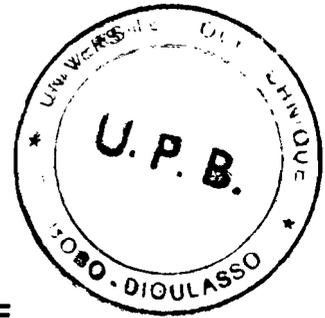


BURKINA FASO

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
(FSS)

SECTION MEDECINE



Année universitaire 1998-1999

Thèse N°8

LES AVORTEMENTS DANS LES CENTRES
HOSPITALIERS NATIONAUX DU BURKINA FASO:
EVALUATION DE L'IMPACT D'UNE PRISE EN CHARGE
INTÉGRÉE POUR LE TRAITEMENT DES
COMPLICATIONS.

Pr. 2302
THESE

AP Présentée et soutenue publiquement le 7 JUIN 1999

Pour l'obtention du **GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE**

(Diplôme d'état)

Par

TAPSOBA Ahmed Sidyalcéré

Né le 9 avril 1969 à Ouagadougou (Burkina Faso)

Directeur de thèse:

Pr. Bibiane KONE

Co-directeur:

Dr. Blandine THIEBA

JURY

Président: Pr. Amadou SANOU

Membres: Pr. Bibiane KONE

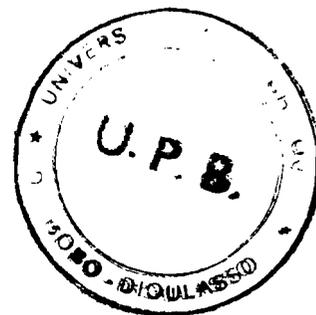
Pr. Ag. Jean LANKOANDE

Dr. Abdoulaye TRAORE

Dr. Blandine THIEBA

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

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



LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF

Doyen	Pr. Robert B. SOUDRE
Vice-doyen chargé des affaires académiques (VDA) Directeur de la section Pharmacie	Pr. I. Pierre GUISSOU
Vice-doyen à la recherche et à la vulgarisation (VDR)	Pr. Ag Jean KABORE
Directeur des stages de la section Médecine	Pr. Ag Y. Joseph DRABO
Directeur des stages de la section Pharmacie	Dr. Rasmata OUEDRAOGO/ TRAORE
Coordinateur C.E.S. de Chirurgie	Pr. Amadou SANOU
Secrétaire principal	Mr Fakouo TRAORE
Chef de service administratif et financier (CSAF)	Mr M. Ousmane ZONGO
Conservateur de la Bibliothèque	Mr Salif YADA
Chef de scolarité	Mme Kadi ZERBO
Secrétaire du doyen	Mme Mariam DICKO
Secrétaire du VDA	Mme Hakiéta KABRE
Secrétaire VDR	Mme Edwige BONKIAN
Audiovisuel	Mr Alain Pascal PITROIPA
Reprographie	Mr Philippe BOUDA
Service Courrier	Mr Ousmane SAWADOGO

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FSS

ENSEIGNANTS PERMANENTS

Professeurs titulaires

Ramdé Moumouni OUIHINGA	Anatomie organogénèse et chirurgie
Hilaire TIENDREBEOGO	Sémiologie et Pathologies Médicales
Tinga Robert GUIGIMDE	Parasitologie
Bobilwendé Robert SOUDRE	Anatomie-Pathologie
Amadou SANOU	Chirurgie générale et digestive
Innocent Pierre GUISSOU	Pharmacologie & Toxicologie
Bibiane KONE	Gynécologie-Obstétrique
Alphonse SAWADOGO	Pédiatrie

Professeurs Associés

Ahmed BOU-SALAH	Neuro-Chirurgie
Blaise KOUDOGBO	Toxicologie

Maîtres de conférences

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 LINGANI	Néphrologie
Omar TRAORE N° 1	Chirurgie
Kampadilemba OUOBA	Oto-Rhino-Laryngologie
Piga Daniel ILBOUDO	Gastro-Entérologie
Albert WANDAOGO	Chirurgie Générale

Maîtres-Assistants associés

Rachid BOUAKAZ	Maladies Infectieuses
----------------	-----------------------

Assistants associés

Caroline Briquet	Chimie Analytique, Pharmacologie & toxicologie
Valérie MURAILLE	Galénique & chimie analytique

Maîtres-Assistants

Lady Kadiatou TRAORE	Parasitologie
Mamadou SAWADOGO	Biochimie
Si Simon TRAORE	Chirurgie
Adama TRAORE	Dermatologie Vénérologie
Abdoulaye TRAORE	Santé Publique
Daman SANO	Chirurgie générale
Arouna OUEDRAOGO	Psychiatrie
Joachim SANOU	Anesthésie-Réanimation
Patrice ZABSONRE	Cardiologie
Jean Gabriel OUANGO	Psychiatrie
Georges KI ZERBO	Maladie Infectueuses

Théophile TAPSOBA	Biophysique
Rabiou CISSE	Radiologie
Blami DAO	Gynéco-Obstétrique
Alain BOUGOUMA	Gastro-entérologie
Michel AKOTIONGA	Gynéco-Obstétrique
Rasmata OUEDRAOGO/TRAORE	Bactério-Virologie
<u>Assistants Chef de cliniques</u>	
Tanguet OUATTARA	Chirurgie
Sophar HIEN	Chirurgie-Urologie
Timothée KAMBOU	Chirurgie
Philippe ZOURE	Gynéco-Obstétrique
T. Christian SANOU (in memoriam)	Oto-Rhino-Laryngologie
Madi KABRE	Oto-Rhino-Laryngologie
Doro SEREME (in memoriam)	Cardiologie
Hamadé OUEDRAOGO	Anesthésie-Réanimation Physiologie
Alexis ROUAMBA	Anesthésie-Réanimation Physiologie
M. Théophile COMPAORE	Chirurgie
Y. Abel BAMOUNI	Radiologie
Maïmouna DAO/OUATTARA	Oto-Rhino-Laryngologie
Alain Zoubga	Pneumologie
André K. SAMANDOULGOU	Cardiologie
Nicole M. KYELEME/ZABRE	Maladies infectieuses
Rigobert THIOMBIANO	Maladies infectieuses

Raphaël DAKOURE

Anatomie-Chirurgie

Assistants

Robert O. ZOUNGRANA

Physiologie

Seydou KONE

Neurologie

Bobliwendé SAKANDE

Anatomie-Pathologie

Raphaël SANOU (in memoriam)

Pneumo-Phtisiologie

Oumar TRAORE N°2 (in memoriam)

Radiologie

Pingwendé BONKOUNGOU

Pédiatre

Arsène M. D. DABOUE

Ophtalmologie

Nonfounikoum D. MEDA

Ophtalmologie

Athanase MILLOGO

Neurologie

Boubacar NACRO

Pédiatre

Vincent OUEDRAOGO

Médecine du travail

Antoinette TRAORE/BELEM

Pédiatre

Christophe S. DA

Chirurgie

Kapoué KARFO

Psychiatrie

Ali NIANKARA

Cardiologie

Nazinigouba OUEDRAOGO

Réanimation

Aurélien J. SANON

Chirurgie

Claudine LOUGUE/SORGHO

Radiologie

Diarra YE/OUATARRA

Pédiatre

Barnabé ZANGO

Chirurgie

Assistants Biologistes des hôpitaux

Lassina SANGARE

Bactério-Virologie

Idrissa SANOU

Bactério-Virologie

Harouna SANON

Hématologie/Immunologie

ENSEIGNANTS NON PERMANENTS

Faculté des sciences et techniques

Professeurs titulaires

Alfred S. TRAORE

Immunologie

Akry COULIBALY

Mathématiques

Sita GUINKO

Botanique-Biologie Végétale

Guy V. OUEDRAOGO

Chimie minérale

Laya SAWADOGO

Physiologie-Biologie Cellulaire

Laou Bernard KAM

Chimie

Maîtres de conférences

Boukary LEGMA

Chimie-Physique Générale

François ZOUGMORE

Physique

Patoin A. OUEDRAOGO

Zoologie

Adama SABA

Chimie Organique

Philippe SANKARA

Cryptogamie

Maîtres-Assistants

W. GUENDA

Zoologie

Léonide TRAORE

Biologie Cellulaire

Macel BONKIAN

Mathématiques et Statistiques

Longin SOME

Mathématiques et Statistiques

Aboubakary SEYNOU

Statistiques

Makido B. OUEDRAOGO

Génétique

Jean KOULIDIATY Physique

Assistants

Appolinaire BAYALA Physiologie

Jeanne MILLOGO T.P. Biologie-Cellulaire

Raymond BELEMTOUNGOURI T.P. Biologie-Cellulaire

Gustave KABRE Biologie

Drissa SANOU Biologie-Cellulaire

Institut du Développement Rural (IDR)

Maîtres de conférences

Didier ZONGO Génétique

Geoges A. OUEDRAOGO Biochimie

Faculté des Sciences Economiques et de Gestion (FASEG)

Maîtres-Assistants

Tibo Hervé KABORE Economie-Gestion

Assistants

Mamadou BOLY Gestion

Faculté de Droit et Sciences Politiques (FDSP)

Assistants

Jean Claude TAITA Droit

ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mme Henriette BARY Psychologie

Dr. Boukary J. OUANDAOGO Cardiologie

Dr. R Joseph KABORE	Gynéco-Obstétrique
Dr. Seydou B. OUEDRAOGO	Radiologie
Dr. Bruno ELOLA	Anesthési-Réanimation
Dr. Michel SOMBIE	Planification
Dr. Nicole PARQUET	Dermatologie
Mr. GUILLRET	Hydrologie
Mr DAHOU	Hydrologie
Dr. Bréhima DIAWARA	Bromatologie
Dr. Annette OUEDRAOGO	Stomatologie
Dr. Adama THIOMBIANO	Législation Pharmaceutique
Dr. Sidiki TRAORE	Galénique
Mr. Mamadou DIALLO	Anglais
Mr. KPODA	Anglais
Dr. Badioré OUATTARA	Galénique
Dr. Tométo KALOULE	Médecine du travail
Dr. Alassane SICKO	Anatomie
Dr. Aline TIENDREBEOGO	Chimie Analytique et contrôle médic.
Dr. Séni KOUANDA	Santé publique
Dr. Noël ZAGRE	Nutrition
Dr. Maminata TRAORE/COULIBALY	Biochimie

ENSEIGNANTS MISSIONNAIRES

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

Pr. Lamine DIAKHATE	Hématologie (Dakar)
---------------------	---------------------

Pr. Abibou SAMB	Bactério-virologie (Dakar)
Pr. José Marie AFOUTOU	Histologie-Embryologie (Dakar)
Pr. Maktar WADE	Bibliographie (Dakar)
Pr.: M. K. A. EDEE	Biophysique (Lomé)
Pr. Ag. Mbayang NDIAYE-NIANG	Physiologie (Dakar)
Pr. Ag. R. DARBOUX	Histologie-Embryologie (Bénin)
Pr. Ag. E. BASSENE	Pharmacognosie (Dakar)

O.M.S

Dr. Jean J. BERJON	Histologie-Embryologie (Créteil)
Dr. Frédéric GALLEY	Anatomie Pathologie (Lille)
Dr. Moussa TRAORE	Neurologie (Bamako)
Pr. Auguste KADIO	Pathologies Infectieuses et parasitaires (Abidjan)
Pr. Jean M. KANGA	Dermatologie (Abidjan)
Pr. Arthur N'GOLET	Anatomie Pathologie (Brazzaville)

Mission Française de Coopération

Pr. Etienne FROGE	Médecine légale
Pr. AYRAUD	Histologie-Embryologie
Pr. Henry MOURAY	Biochimie (Tours)
Pr. Denis WOUESSI DJEWE	Pharmacie Galénique (Paris XI)
Pr. M. BOIRON	Physiologie

Mission de l'Université Libre de Bruxelles (ULB)

Pr. Marc VAN DAMNE	Chimie analytique-Biophysique
Pr. Viviane MOES	Galénique

DEDICACES

JE DEDIE CETTE THESE

A MA MERE Ouramata TAPSOBA née NACRO

Je ne sais que te dire tant j'ai tellement de choses à te dire. Seule, tu as su trouver la force, le courage et les ressources nécessaires pour nous élever. Soutenus et protégés par ton amour, nous avons su trouver la force pour grandir et devenir ce que nous sommes aujourd'hui. Tu t'es toujours sacrifiée pour nous et grâce à toi, nous avons réussi une bataille décisive. Mais plus que jamais, nous aurons toujours besoin de toi. Qu'Allah tout puissant te garde le plus longtemps auprès de nous pour que tu puisses jouir du fruit de tes peines.

A MON PERE Kida TAPSOBA (in mémoriam)

Je t'ai peu connu mais j'aurais tant voulu que tu sois là en ce moment pour savourer le fruit de tes sacrifices, parce que ce travail tout entier t'appartient.

A MES FRERES ET SOEURS (Sékou, Safi, Djénéba, Alima, Stéphane, Mireille, Sara, Bébé, Serge)

Pour tous les soutiens et conseils que vous m'avez apporté durant mes études. Que la solidarité et l'entente qui existent entre nous puisse se renforcer éternellement. Ce travail est aussi le votre.

A Aboubacar NACRO

Je ne te considère pas comme un cousin, mais plus qu'un frère. Tu as toujours été à mes côtés tout petit. Ce travail est aussi le tien. Puisse Dieu te donner la force de réussir dans tout ce que tu entreprendras.

A mes cousines (Ouramata, Ani, Miminata)

Vous êtes toutes des soeurs pour moi. Que Dieu vous donne la force de réussir à l'école car seul le travail paye.

A mon oncle Mouhoussine NACRO

Tu as toujours été une référence pour moi. Je me suis inspiré de toi et je sais que seul le travail paye. Dans ta maison je me suis toujours senti chez moi. Ce travail est aussi le tien. Je te remercie infiniment pour tout ce que tu as entrepris et ne cesse d'entreprendre pour moi. Que Dieu vous garde toi et toute ta famille.

A Monsieur Apolinaire Compaoré et famille

Votre soutien indéfectible m'a toujours été salubre et les mots me manquent pour vous exprimer toute ma gratitude et ma reconnaissance. Je ne sais vraiment pas comment vous remercier pour tout ce que vous avez entrepris et ne cessez d'entreprendre pour moi. Je vous considère beaucoup plus qu'un grand frère. Ce travail vous appartient également. Que Dieu le tout puissant et le miséricordieux vous garde vous et votre humble famille le plus longtemps possible.

A mon beau frère Ibrahima KONE

Je sais que tu as surmonté des difficultés et terrassé des montagnes, mais je n'oublierai jamais tout ce que tu as pu faire pour moi durant ces longues années d'étude. Ta bonté, ta générosité et ton sens de l'humour font de toi un être à part entière. Puisse le sens du devoir conjugal prévaloir dans ton foyer afin qu'il y règne la paix et le bonheur. Je te remercie une fois de plus et qu'Allah te le rende au centuple de tous tes bienfaits.

A mes neveux et nièces (Fayçal, Yasmina, Poussy)

Je souhaite que ce travail vous serve d'exemple. Vous devez bien travailler à l'école pour réussir dans la vie. Du Courage.

A mes oncles, tantes, cousins et cousines

De près ou de loin , vous avez tous œuvré à ma réussite. Je vous remercie et souhaite très sincèrement que vous partagez ma joie aujourd'hui.

A Auguste, Patrice sékou, Abdoul Kader, Ahmed

Vous avez toujours été à mes côtés. Une fois de plus Merci.

A Sandra

Tu as été un pilier pour moi. Par tes conseils et tes encouragements, je suis parvenu à ce résultat. Reçoit là toute mon affection, ma gratitude et mon amour. Je t'aime plus que tout au monde.

A tous mes amis du camp fonctionnaire

Je vous remercie infiniment de votre soutien.

A tous mes promotionnaires de la FSS

A nos maîtres et juges

A NOTRE MAÎTRE ET PRESIDENT DU JURY

Le Professeur Amadou SANOU

C'est pour nous un privilège et un honneur que vous nous faites en acceptant malgré vos multiples occupations, de présider le jury de notre thèse. Nous avons toujours admiré vos compétences scientifiques, votre rigueur au travail, votre simplicité et vos qualités humaines. Vous constituez pour nous une source d'inspiration. Nous vous prions d'accepter notre sincère reconnaissance et notre respectueuse considération.

A NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE THESE

Le Professeur Bibiane KONE

Nous vous remercions de nous avoir guidé lors de l'élaboration de cette thèse. Nous avons admiré votre compétence, votre expérience, votre simplicité et vos qualités humaines. Votre rigueur au travail, votre sens de l'organisation et l'attention que vous portez à vos étudiants nous ont séduit lors de notre passage dans le service. Vous constituez pour nous une très grande référence. Nous vous serons éternellement reconnaissants pour tout ce que vous faites.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Le Professeur Agrégé Jean LANKOANDE

Vous nous avez inspiré ce sujet de thèse et vous nous avez guidé tout au long de son élaboration. Votre ardeur au travail et votre disponibilité permanente inspirent l'admiration de tous. Par ces qualités, vous nous avez guidé dans l'immensité de la gynéco-obstétrique. Nous sommes heureux de l'honneur que vous nous faites en étant juge de ce travail. Soyez assuré de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE
Le Docteur Abdoulaye TRAORE

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations. Ceci témoigne de l'intérêt que vous portez en notre sujet. Votre souci de bien faire font de vous un grand maître. Merci de l'enseignement de qualité que nous avons reçu.

A NOTRE MAÎTRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE
Le docteur Blandine THIEBA

Vous nous avez guidé tout au long de l'élaboration de cette thèse. Par votre rigueur au travail, votre patience et votre savoir faire, vous avez su nous inspirer confiance, nous conseiller et nous encourager dans des moments difficiles. Par votre esprit maternel et votre sagesse, vous avez su nous comprendre. Permettez-nous de vous témoigner notre sincère reconnaissance et respectueuse considération. Que Dieu vous bénisse vous et votre famille.

"Par Délibération, la Faculté des Sciences de la Santé a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation."

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

- Tableau I: Répartition des patientes selon le site d'étude.
- Tableau II: Répartition des patientes par tranche d'âge.
- Tableau III: Répartition des patientes selon le statut matrimonial.
- Tableau IV: Répartition des patientes selon le niveau d'instruction.
- Tableau V: Répartition des patientes selon la profession.
- Tableau VI: Répartition des patientes selon l'âge gestationnel.
- Tableau VII: Répartition des patientes selon le type d'avortement.
- Tableau VIII: Répartition des patientes selon le temps d'attente pour les soins.
- Tableau IX: Répartition des patientes selon la procédure d'évacuation utilisée.
- Tableau X: Répartition des patientes selon les procédures de contrôle de la douleur.
- Tableau XI: Répartition des patientes selon les procédures de contrôle de la douleur et la technique d'évacuation utilisée.
- Tableau XII: Répartition des patientes selon le degré de perception de la douleur et la technique d'évacuation utilisée.
- Tableau XIII: Durée moyenne (heures) d'hospitalisation et extrêmes (jour).
- Tableau XIV: Répartition des coûts moyens (F CFA) supportés par les patientes.
- Tableau XV: Répartition des patientes selon le degré de satisfaction de la prestation des soins.
- Tableau XVI: Répartition des patientes selon les connaissances en matière de fécondité.
- Tableau XVII: Répartition des patientes selon la connaissance des méthodes contraceptives.
- Tableau XVIII: Répartition des patientes selon les méthodes reçues et les raisons de la non utilisation future de la planification familiale.
- Tableau XIX: Durée moyenne de séjour (en heures) des patientes selon des sites d'étude dans certains pays.
- Tableau XX: Coût moyen des soins (en dollars) selon des sites d'étude dans certains pays.

Figure 1: Répartition des patientes selon la parité.

Figure 2: Répartition des patientes selon les informations fournies.

Figure 3: Répartition des patientes selon la durée de séjour et la technique utilisée.

Figure 4: Répartition des coûts moyens supportés par les patientes selon la technique utilisée.

Figure 5: Répartition des patientes selon les prestations et le degré d'acceptabilité de la planification familiale.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
ENONCE DU PROBLEME	4
REVUE DE LA LITTERATURE	8
I. DEFINITION DE L'AVORTEMENT.....	9
II. RAPPELS CLINIQUES DE L'AVORTEMENT.....	9
III. LES COMPLICATIONS DE L'AVORTEMENT.....	10
IV. LA PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS DE L'AVORTEMENT... 12	
4.1. La prise en charge de la rétention placentaire.....	12
4.1.1. Le curage digital.....	12
4.1.1.1. Description de la méthode.....	12
4.1.1.2. Les soins après curage digital.....	12
4.1.2. Le curetage.....	13
4.1.2.1 Le matériel.....	13
4.1.2.2 Description de la méthode.....	13
4.1.2.3 Les soins après curetage.....	14
4.1.2.4 Les complications du curetage.....	14
4.1.3. L'aspiration manuelle.....	15
4.1.3.1. Le matériel.....	15
4.1.3.2. Description de la méthode.....	16
4.1.3.3. Soins après aspiration manuelle.....	17
4.1.3.4. Les complications de l'aspiration manuelle.....	17
4.1.4. L'aspiration électrique.....	18
4.2. La prise en charge de l'hémorragie et du choc.....	19

4.3. La prise en charge de la perforation utérine.....	19
4.4. La prise en charge de l'infection.....	20
4.5. La prise en charge de l'intoxication.....	20
BUT ET OBJECTIFS.....	21
I. BUT DE L'ETUDE.....	22
II. OBJECTIFS.....	22
2.1. Objectif général.....	22
2.2. Objectifs spécifiques.....	22
METHODOLOGIE.....	23
I. CADRE DE L'ETUDE.....	24
1.1. Le CHNYO de Ouagadougou.....	24
1.2. Le CHNSS de Bobo Dioulasso.....	25
II. LE TYPE DE L'ETUDE.....	26
III. LA POPULATION ÉTUDIÉE.....	30
3.1. Les critères d'inclusion.....	30
3.2. Les critères d'exclusion.....	31
IV. COLLECTE DES DONNEES.....	31
V. DÉFINITION OPÉRATIONNELLES.....	33
VI. SAISIE ET ANALYSE DES DONNEES.....	34
RESULTATS.....	35
I. LA POPULATION ETUDIÉE.....	36

II. LES CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ÉTUDIÉE.....	36
1.1. Les caractéristiques socio-démographiques.....	36
1.1.1. L'âge.....	36
1.1.2. Le statut matrimonial.....	37
1.1.3. Le niveau d'instruction.....	38
1.1.4. La profession.....	38
1.2. Le profil obstétrical des patientes.....	39
1.2.1. La parité.....	39
1.2.2. L'âge gestationnel.....	40
1.2.3. Le type d'avortement.....	40
III. LA QUALITE DES PRESTATIONS DE SOINS AUX PATIENTES.....	41
3.1. Le temps d'attente pour les soins.....	41
3.1.1. Le temps d'attente avant l'examen clinique des patientes	41
3.1.2. Le temps d'attente entre l'examen clinique et l'évacuation utérine	
3.2. Les procédures d'évacuation.....	42
3.3. Les procédures de contrôle de la douleur.....	42
3.4. Les Informations fournies aux patientes.....	45
3.5. La durée d'hospitalisation.....	45
3.6. Le coût des soins.....	47
3.7. Satisfaction des patientes sur la qualité des prestations des soins.....	49
IV. CONNAISSANCES ET PRATIQUES EN SANTE DE LA REPRODUCTION.....	50
4.1. Connaissances en matière de fécondité.....	50
4.2. Connaissances des méthodes contraceptives.....	51
4.3. Les intentions d'utilisation future de la planification familiale.	52
COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	54
I. LES CONTRAINTES ET LIMITES DE L'ETUDE.....	55
II. LES CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION.....	56

2.1. Les caractéristiques socio-démographiques.....	56
2.2. Le profil obstétrical.....	56
2.2.1. La parité.....	56
2.2.2. L'âge gestationnel.....	57
2.2.3. Le type d'avortement.....	57
III. LA QUALITE DES PRESTATIONS DE SOINS AUX PATIENTES.....	58
3.1. Le temps d'attente pour les soins.....	58
3.1.1. Temps d'attente avant l'examen clinique des patientes.....	58
3.1.2. Temps d'attente entre l'examen clinique et l'évacuation utérine.....	59
3.2. Les procédures d'évacuation.....	60
3.3. Les procédures de contrôle de la douleur.....	60
3.4. Les informations fournies aux patientes.....	61
3.5. La durée d'hospitalisation.....	63
3.6. Le coût des soins.....	65
3.7. La satisfaction des patientes.....	67
VI. CONNAISSANCES ET PRATIQUES EN SANTÉ DE LA REPRODUCTION.....	68
4.1. Les connaissances des méthodes contraceptives.....	68
4.1. Les intentions d'utilisation future de la planification familiale.....	69
CONCLUSIONS.....	71
RECOMMANDATIONS.....	74
REFERENCES BIBLIOGRPHIQUES.....	77
ANNEXES.....	83

INTRODUCTION

Le contrôle des naissances, depuis toujours, demeure une préoccupation ancestrale de toutes les sociétés humaines. L'avortement a été le moyen le plus anciennement utilisé pour le faire. Cependant, peu de sociétés surtout dans les pays en développement, ont été en mesure d'étudier objectivement les aspects de l'avortement sur la santé des femmes [43]. En effet, la mortalité liée à l'avortement est de 15% dans le monde [33]. En Afrique, 29% de l'ensemble des décès maternels serait lié à l'avortement provoqué [11]. Au Burkina Faso, le taux de mortalité maternel par avortement provoqué atteint 28% [14].

Pour faire face à de telles situations tragiques, des lois sur l'avortement provoqué ont été abrogées dans de nombreux pays. Ces lois dans la plupart des pays au sud du Sahara sont en général des vestiges de la colonisation. Au Burkina Faso, la loi du 31/7/1920 qui réprimait "la provocation à l'avortement et à la propagande anticonceptionnelle" [19] a été reprise le 28/12/1970 et constitue le code de la santé publique [43]. Cette loi très restrictive, n'autorise l'avortement que dans le seul but de sauver la vie de la mère menacée par la poursuite d'une grossesse [2]. Cela aura comme conséquence une recrudescence des avortements qui seront alors pratiqués de façon clandestine et dans des conditions précaires avec comme conséquences de lourdes répercussions sur la mortalité et la morbidité maternelles.

Les principales causes de décès maternel par avortement sont les hémorragies et les infections dont la sévérité dépend largement des circonstances dans lesquelles l'avortement est pratiqué, mais également de la qualité de la prise en charge. On se rend clairement compte que la plupart des femmes qui ont connu les dangers d'un avortement ont non seulement besoin d'une prise en charge adéquate, mais qu'elles ont également besoin qu'on les aide à réguler leur fécondité pour éviter des grossesses indésirées. Mais, la prise en charge des avortements au Burkina Faso, à l'instar des autres pays en développement, est essentiellement axée sur le volet curatif alors qu'il existe des moyens préventifs simples tels que la prestation de conseils et informations en planification familiale pour éviter ces grossesses indésirées dont l'issue est presque toujours l'avortement provoqué.

Ni le contrôle des naissances par l'avortement, ni les lois restrictives régissant l'avortement provoqué n'ont jusque là été en mesure de réduire l'envergure du problème. Le traitement rapide et efficace des complications obstétricales graves pourrait être la clé de la réduction de la mortalité maternelle dans les pays en développement. En développant les soins obstétricaux d'urgence grâce à des services de traitement des complications de l'avortement et des services de prestation de conseils et informations en planification familiale, nous pourrions améliorer la qualité de la prise en charge des avortements et contribuer ainsi à réduire la mortalité et morbidité maternelle après avortement, d'ou l'intérêt de la présente étude.

ENONCE DU PROBLEME

Selon l'OMS, 585.000 décès maternels surviennent chaque année dans le monde dont 99% dans les pays en développement [34]. Cette mortalité maternelle est estimée à 430 pour 100.000 naissances vivantes dans le monde [34]. L'avortement constitue une des principales causes de cette mortalité maternelle puisque 20 Millions d'avortements à risque ont lieu chaque année dans le monde et sont responsables de 70.000 décès maternels annuels [47]. De plus, un décès sur 8 lié à la grossesse dans le monde est dû à l'avortement à risque [47]. Mais la morbidité provoquée par les avortements illégaux est également importante. En effet, des dizaines de Millions de femmes souffrent fréquemment de problèmes de santé graves, chroniques parfois irréversibles qui sont liés aux complications de l'avortement provoqué.

En Afrique, 3,22 millions d'avortements à risque ont lieu chaque année et seraient responsables de 21.000 décès maternels [18]. En effet, le taux de mortalité maternelle lié à l'avortement à risque en Afrique serait de 83 pour 100.000 naissances vivantes [47]. De nombreuses études ont montré que la mortalité par avortement continuaient à faire des pertes tragiques en vies humaines. Une étude réalisée dans des hôpitaux de Dakar a montré que le taux de mortalité par avortement était de 7,4% dont 3,5% par avortement provoqué clandestin [44]. Au Mali, ce taux de mortalité par avortement était de 4% [8]. A la clinique de gynécologie et d'obstétrique de Cotonou, les avortements provoqués constituaient la deuxième cause de mortalité maternelle par hémorragie [3]. A l'hôpital provincial de Bamenda au Cameroun, les avortements en général provoqués constituaient la principale cause de mortalité maternelle (37,3%) [5] et en Guinée, il atteignait 54% des décès maternels [46]. Au Kenya, cette mortalité maternelle atteignait 22,2 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes [42]. Il a été montré que la mortalité maternelle par avortement provoqué était 55 fois plus élevée que la proportion de 130 pour 100.000 cas à la maternité de l'hôpital central de Yaoundé [24].

Au Burkina Faso, 28% de ces décès sont liés aux complications de l'avortement provoqué [14]. Une étude hospitalière avait montré qu'une femme était admise toutes les 48 heures pour avortement provoqué et que le taux de mortalité

maternelle par avortement provoqué clandestin était de 5,9% [40], chiffre qui était voisin de celui de Bazié et ses collaborateurs[6]. Une autre étude dans la ville de Ouagadougou avait chiffré le taux de mortalité maternel par avortement provoqué à 22,1% [31].Ky avait également trouvé dans la ville de Ouagadougou un taux de mortalité maternelle par avortement de 9,7% [22].

L'incidence élevée de cette mortalité et morbidité maternelle montre bien que les systèmes de soins de santé n'ont pas su répondre à une prise en charge adéquate et par conséquent aux besoins de santé de la reproduction des femmes. Les soins après avortement au Burkina Faso comme dans la plupart des pays en développement se limitent aux aspects curatifs tels que l'évacuation intra utérine du produit de conception. Ces soins se caractérisent alors par le manque de communication entre prestataires et patientes, l'absence de soutien psychologique aux patientes, les longues durées d'hospitalisation avec comme conséquence une augmentation des coût des soins. De plus, les patientes ne reçoivent pas toujours de mesures préventives telles que la prestation de conseils et informations en planification familiale pour éviter ultérieurement des situations similaires.

Ces grossesses non désirées dont le risque majeur est celui d'un avortement provoqué, relèvent non seulement de la non utilisation par les femmes de méthodes contraceptives mais également de l'ignorance de ces méthodes contraceptives. Environ, une femme sur 5 désireuse d'éviter une grossesse, n'utilise aucune forme de contraception, ce qui représente environ 120 Millions de femmes [12]. En Afrique, seulement 17% de femmes mariés en âge de procréer ont recours à la contraception [37]. Au Burkina Faso, la couverture contraceptive est de 8,32% [29]. L'avortement traduit ainsi un échec de l'accessibilité à la planification familiale et surtout de l'utilisation de celle ci.

Si aucune mesure n'est prise pour réduire l'envergure du problème, les patientes seront par conséquent exposé à un cycle infernal de la grossesse indésirée, de l'avortement provoqué et du risque de leur vie.

C'est dans un tel contexte que des institutions internationales telles que l'OMS et le FNUAP ont considéré l'amélioration de la prise en charge des avortements comme une priorité d'action. Depuis la conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) au Caire en 1994, une attention particulière est accordée aux soins après avortement en tant que moyen permettant de réduire la mortalité morbidity maternelles.

Pour réduire les risques de mortalité et morbidity maternelles après avortement, il y a alors une nécessité urgente que les structures sanitaires offrent des soins de qualité qui soient accessibles à tous les niveaux des services de santé. Pour cela, une prise en charge des complications d'avortement intégrant l'évacuation intra utérine du produit de conception, la prestation de conseils et informations en sexualité et en planification familiales et le renforcement des liens entre le traitement d'urgence des complications d'avortement et les autres services de soins en santé de la reproduction a été initiée dans les centres hospitaliers nationaux du Burkina Faso afin d'apprécier son impact sur la qualité des soins après avortement.

REVUE DE LA LITTERATURE

I. DEFINITION DE L'AVORTEMENT

L'avortement est l'expulsion du fœtus avant 180 jours de la grossesse, date à partir de laquelle l'enfant né vivant est présumé pouvoir se développer et vivre jusqu'à un âge avancé [28]. Selon L'OMS, c'est l'expulsion d'un embryon ou d'un fœtus avant 22 semaine de gestation. On distingue deux types d'avortements:

- L'avortement provoqué est celui qui survient après des manoeuvres destinées à interrompre la grossesse. Il peut être:

- Clandestin ou illégal dû à des manoeuvres clandestines,
- Thérapeutique pour des raisons de santé,
- Légal.

- L'avortement spontané qui survient de lui même en dehors de toute intervention volontaire.

II. RAPPEL CLINIQUE [4]

L'avortement spontané est généralement précédé par une phase de menace qui se manifeste par des douleurs pelviennes à type de crampes utérines, des métrorragies minimales, parfois indolores, répétées, de sang rouge ou rosé.

A l'examen, le sang est d'origine endo-utérin;

Au touché vaginal, l'utérus est globuleux, gravidé, de volume en rapport avec l'âge de la grossesse et le col est fermé.

L'échographie précisera l'évolutivité de la grossesse à ce stade.

En l'absence de traitement, l'avortement survient, marqué par des métrorragies plus abondantes faites de sang rouge, parfois noir, des douleurs plus intenses à type de contraction utérine.

Au toucher vaginal, la taille de l'utérus est en rapport ou non avec le terme de la grossesse, le col est mou, raccourci et ouvert.

L'évolution se fait donc vers l'expulsion soit en bloc, embryon et placenta, soit en deux temps embryon puis placenta, soit encore vers la rétention de débris ovulaires.

Dans le cas d'un **avortement provoqué**, l'évolution peut être identique, mais il survient en général dans un contexte de grossesse indésirée, et l'hémorragie consécutive à des manoeuvres endo-utérines précède souvent les douleurs.

Si l'**avortement spontané** pose souvent des problèmes de diagnostic étiologique parfois difficile à étayer, l'**avortement provoqué** lui se caractérise par ses complications. Celles-ci sont fréquentes et peuvent être immédiates et précoces, secondaires ou tardives

III. LES COMPLICATIONS DE L'AVORTEMENT

3.1. Les complications immédiates

- **Les hémorragies** sont très fréquentes et peuvent être dues à des lésions cervicales, utérines, vaginales ou abdominales. Elles peuvent simplement être dues à une rétention du produit de conception et être la cause d'un choc mortel.
- **Les perforation utérines** responsables d'un choc hémorragique et d'une péritonite aiguë. Elles sont le plus souvent consécutives à des manoeuvres aveugles utilisant des moyens inadaptés.
- **Les perforations d'autres viscères** tels que la vessie, le rectum, les uretères ou les intestins.
- **La mort** par réflexe cervico-bulbaire ou par embolie gazeuse ou amniotique.

3.2. Les complications secondaires

- **Les infections ovulaires** qui sont très fréquentes et peuvent se compliquer:
 - d'un abcès utérin dont l'évolution peut se faire vers la péritonite,
 - d'une pelvi-péritonite,
 - d'endométrite et de salpingite,
 - d'un phlegmon des ligaments larges,
 - de septicémie et de septico-pyohémie,

- les toxi-infections associées à la septicémie un état de choc et une insuffisance rénale aiguë connues sous le nom de septicémie à *perfringens clostridium welchii* [40].

- **Le tétanos** qui est rare.
- **Les thrombophlébites** des membres inférieurs et pelviennes qui sont graves.
- **Les risques de transmission** de l'hépatite virale et du V.I.H par utilisation d'instruments souillés.

3.3. Les complications tardives

Elles se divisent en 3 groupes:

- Les conséquences obstétricales telles que:

L'iso immunisation rhésus par absence de prévention chez les femmes rhésus négatif,

Les grossesses extra utérines secondaires,

Les placentas praevias à répétition,

Les béances cervico isthmiques responsables d'avortements tardifs.

- Les complications neuro-psychiques à type de:

Crises convulsives,

Hémiplégies ou monoplégies,

Trismus,

Refus sexuel,

Frigidité,

Psychose,

Tentatives de suicide.

- Les infertilités par synéchie utérine ou par obstruction tubaire

IV. LA PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS DES AVORTEMENTS

4.1. La prise en charge de la rétention placentaire

4.1.1. Le curage digital

4.1.1.1. Description de la méthode

C'est une méthode d'évacuation de l'utérus qui n'est réalisable que lorsque le canal cervical est perméable pour permettre le passage d'un ou de deux doigts. Elle est le plus souvent effectuée sans anesthésie générale dans nos hôpitaux.

- La patiente est mise en position gynécologique après lui avoir vidé la vessie et pris des précautions d'asepsie,
- On désinfecte le périnée à l'aide d'une solution antiseptique
- La main gauche de l'opérateur fixe et maintient solidement le fond utérin.
- Un ou deux doigts de la main droite sont introduites dans la cavité utérine à travers l'orifice cervical
- On détache alors les débris placentaires qui adhèrent aux faces, aux cornes, aux bords et au fond de l'utérus.
- Le doigt ne doit sortir que lorsqu'on est sûr d'avoir détaché tous les fragments, ce qui permet d'éviter les infections.

Cette technique a pour inconvénient d'être extrêmement douloureuse, l'évacuation est souvent incomplète et le risque d'infection est grand du fait du non respect des règles de la prévention des infections.

4.1.1.2. Les soins après curage digital

Il se résume également à la prescription d'un antibiotique de couverture et d'un utérotonique.

4.1.2. Le curetage

4.1.2.1. Le matériel

Le matériel indispensable pour réaliser un curetage comprend:

- Un plateau à instruments avec couvercle;
- Une valve à poids ou un spéculum;
- Une pince à badigeonner
- Une cuvette pour recevoir la solution anti septique;
- Une pince de Pozzi ou de Museux,
- Un jeu de dilateur, calibre 5 à 12 mm
- Une grande et une petite curettes
- Une pince à faux germe.

4.1.2.2. Description de la méthode.

Elle comporte les étapes suivantes:

- Une anesthésie générale est systématiquement administrée à la patiente.
- La femme en position gynécologique, après avoir vidé la vessie, on désinfecte le périnée, la vulve et le vagin avec un antiseptique,
- Insérer doucement une valve à poids ou un spéculum ou une valve vaginale.
- Repérer la lèvre antérieure du col et la saisir avec une pince de Pozzy,
- Faire une hystérométrie pour apprécier la profondeur de l'utérus,
- La dilatation cervicale par des bougies ou des laminaires n'est nécessaire que si le canal cervical ne permet pas le passage d'une curette.
- Insérer doucement la curette dans la cavité utérine,
- A l'aide de la curette, on évacue soigneusement et doucement par des mouvements de va et vient, paroi par paroi les produits de conception retenus dans la cavité utérine, sans oublier le fond et les cornes de l'utérus.

- Lorsque l'utérus est vide, on a une sensation granuleuse lorsque la curette passe sur la surface de l'utérus et on a une mousse rouge qui est évacuée. L'utérus se contracte autour de la curette [32].
- Retirer la curette, enlever la pince de Pozzy et la valve à poids.
- Appliquer un tampon vaginal.
- Inspecter les tissus évacués et les envoyer en anatomie pathologie.

4.1.2.3. Les soins après curetage

Ils se résument à la prescription d'un antibiotique de couverture et d'un utérotonique. La patiente est ensuite hospitalisée pendant au moins 24 heures avant sa sortie.

4.1.2.4. Les complications du curetage

La perforation utérine.

Elle est possible surtout lorsque l'utérus est retroversé ou antéversé ou lorsque son extrême mollesse ne permet nullement d'apprécier le contact de la paroi [28]. Cette complication peut avoir comme conséquence des lésions traumatiques de la vessie ou de l'intestin. A cela, il faut ajouter le risque de dissémination de l'infection.

Les déchirures cervicales.

Elles sont plus fréquentes que la perforation. Elles sont dues, soit aux pinces à col, soit à une dilatation cervicale par des dilateurs et dont les séquelles tardives se manifestent au moment des accouchements ultérieurs.

Les évacuations incomplètes.

Elles sont dans l'immédiat sources d'hémorragie et parfois de choc hémorragique; mais à distance, elles peuvent entraîner des infections voir un choc septique.

4.1.3. L'aspiration manuelle

La technique d'aspiration manuelle utilise la succion pour retirer les produits de conceptions à travers une canule avec une aspiration des parois utérines. Elle ne demande pas une anesthésie générale et peut être réalisée dans une salle de procédure ou d'examen clinique. Elle ne nécessite que la mobilisation de deux personnes au maximum.

4.1.3.1. Le matériel d'aspiration manuelle

Le matériel nécessaire pour réaliser une aspiration manuelle intra utérine comprend:

- Un plateau à instrument avec couvercle
- Un spéculum
- Une pince à badigeonner,
- Une cuvette pour recevoir la solution antiseptique
- Une pince de Pozzi ou de Museux
- Un jeu de dilateur d'un calibre de 4 à 12 mm
- Un jeu de canules de 6 à 12 mm
- Des adaptateurs
- Une seringue à faire le vide
- Un haricot pour recueillir les débris aspirés.
- La xylocaïne à 1%

4.1.3.2. Description de la méthode d'aspiration manuelle

- La patiente étant en position gynécologique après lui avoir vidé la vessie, on désinfecte soigneusement le périnée, la vulve et le vagin avec une solution antiseptique.
- Mettre en place un spéculum pour apprécier l'état du col et les parois vaginales.
- Evaluer la hauteur utérine, la position et la taille de l'utérus par un examen bi-manuel soigneux afin d'exclure toute affection éventuelle.
- Remettre à nouveau un autre spéculum et tamponner les régions cervicales au moyen d'une solution antiseptique.
- Saisir le col à l'aide d'une pince de Pozzi.
- Exercer une traction douce sur le col afin d'horizontaliser le canal cervical et l'utérus
- En fonction de l'état émotionnel de la patiente, du degré d'ouverture du col, de la durée escompté de la procédure ou de la compétence du prestataire, administrer une anesthésie para cervicale avec 10 ml de xylocaïne à 1% dont 2 ml respectivement à 3 heures, 5 heures, 7 heures et 9 heures [47].
- Dilater le col si nécessaire avec des bougies ou des canules de taille croissante.
- Introduire doucement la canule à travers l'orifice cervical jusqu'à ce qu'elle touche le fond, sans dépasser 10 cm, en veillant à ce qu'elle ne touche pas les parois vaginales (technique "sans toucher").
- Noter la profondeur de la cavité utérine grâce aux points visibles sur la canule
- Fixer la seringue préparée à la canule et vérifier que l'on est bien dans la cavité utérine en poussant lentement la canule dans la cavité utérine jusqu'à ce qu'elle touche le fond utérin et en retirant légèrement la canule en arrière.
- Ouvrir alors les valves de la seringue pour faire passer le vide dans l'utérus à travers la canule.
- Des débris sanglants et des bulles doivent commencer à remonter dans la seringue.
- Evacuer le contenu de l'utérus en imprimant des mouvements de va et vient parallèle au grand axe de l'utérus; associé à une rotation sur l'axe de la seringue. Du fait de la dépression négative, le contenu de l'utérus se détache et est aspiré dans la seringue [35].

- L'évacuation est complète lorsqu'il n'y a plus de débris de tissus dans la canule mais une mousse rouge ou rose et que l'opérateur a une impression de granulation de l'utérus au contact de la canule et que l'utérus se contracte autour de la canule [36].
- Une fois la procédure terminée, retirer tous les instruments et les plonger dans un bassin de décontamination y compris les gants.
- Inspecter les débris aspirés et les envoyer au laboratoire d'anatomie pathologie. Surveiller la patiente quelque temps et vérifier qu'elle ne saigne plus avant de la laisser sortir.

4.1.3.3. Soins après aspiration manuelle

C'est essentiellement la prescription d'un antibiotique de couverture et d'un utérotonique

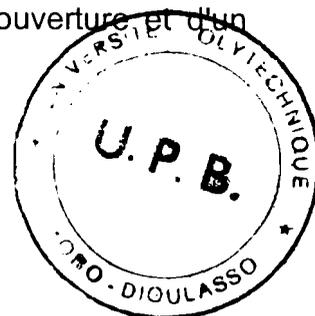
4.1.3.4. Les complications de l'aspiration manuelle

La perforation utérine.

C'est la complication la plus grave car elle entraînerait un grand risque de lésion des autres organes par aspiration. Elle entraînerait également un risque d'infection et d'hémorragie. Il s'agit d'une complication rare qui se produit dans moins d'un cas pour 1.000 avortements [35].

Les hémorragies.

Elles sont secondaires à des troubles de l'hémostase, des anomalies de la rétraction utérine, à la présence de fibromes, et parfois à une aspiration incomplète.



Les lésions cervicales.

Elles peuvent avoir des conséquences sérieuses pour les grossesses ultérieures car elles entraîneraient à long terme des béances cervico-isthmiques et des risques d'accouchements prématurés.

L'évacuation incomplète

Elle est cause d'hémorragie et parfois d'infection. Le taux d'échec de l'aspiration manuelle est de 0,5 à 3% [41].

L'aéroembolie

Elle survient lorsque par mégarde le piston est lâché pendant que la canule est encore dans l'utérus.

Les infections

Elles surviennent dans moins de 1% des cas [25]. Elles surviennent dans les jours suivant l'aspiration accompagnées de fièvre, de métrorragies avec parfois des écoulements louches voir purulents.

4.1.4 L'aspiration électrique

Contrairement à la technique d'aspiration manuelle, cette méthode utilise au lieu de la seringue manuelle, un appareil électrique muni d'un tuyau de raccord pour provoquer une dépression d'environ 600 mmHg permettant ainsi l'aspiration. La technique est la même que l'aspiration manuelle, de même que les complications.

4.2. La prise en charge de l'hémorragie et du choc

Les causes des hémorragies étant variées, cette prise en charge sera alors fonction de l'étiologie. Lorsqu'elle est liée à une rétention ovulaire, alors une évacuation s'impose. Dans le cas où elle serait due à une lésion cervicale ou vaginale, alors une suture doit être effectuée.

Dans tous les cas, l'objectif de cette prise en charge étant de stabiliser la patiente, il faut évaluer rapidement les pertes sanguines, oxygéner la patiente (6 à 8 litre/minute) et restaurer la volémie si celle-ci s'impose. On pourra à cet effet utiliser des solutés par voie veineuse et ajouter à cela des antibiotiques. Si l'importance de l'hémorragie est très marquée avec apparition des signes de choc, alors, une transfusion sanguine doit être mise en route en urgence car celle-ci engage le pronostic vital.

L'hémorragie et le choc étant des complications qui peuvent entraîner la mort, cette prise en charge doit absolument précéder le traitement de la cause sous-jacente, laquelle permettra d'éviter que l'état de la patiente ne s'altère davantage.

4.3. La prise en charge de la perforation utérine

La perforation utérine est une complication redoutable pouvant être responsable à court terme de la mort par hémorragie et à long terme, elle peut mettre en jeu la fertilité de la patiente. La prise en charge de la perforation utérine varie selon que l'utérus est vide ou non.

- Si l'évacuation est complète, il faut stabiliser la patiente en restaurant la volémie grâce à des perfusions intraveineuses de liquides et surtout faire une antibiothérapie de couverture. Il faut ajouter à cela des utérotoniques. Il ne faudra surtout pas oublier de lui administrer l'anatoxine tétanique en cas de doute. Un tel traitement peut arriver à stabiliser la patiente et arrêter l'hémorragie. Si malgré le

traitement les signes vitaux se détériorent, il faudra envisager une laparotomie en urgence et réparer la lésion.

- Si l'évacuation est incomplète, il faudra poursuivre la stabilisation de la patiente et continuer l'évacuation utérine. Puis une laparotomie sera effectuée pour réparer les lésions.

4.4. La prise en charge de l'infection

L'infection est une complication fréquente et le traitement sera fonction de la gravité.

- S'il s'agit d'une infection modérée, localisée uniquement au reste du produit de conception, une antibiothérapie sera prescrite et dès que possible l'évacuation sera effectuée.
- Lorsqu'il s'agit d'une infection grave, qui s'étend au delà des limites de l'utérus, et si l'on suspecte une septicémie, alors la patiente sera hospitalisée et le traitement sera mis en route. Il faudra alors faire des perfusions d'antibiotiques, des soins intensifs (oxygénation, remplissage vasculaire, anatoxine tétanique...) et le cas échéant une intervention chirurgicale peut être nécessaire.

4.5. La prise en charge des intoxications

Un avortement peut être la conséquence directe d'une réaction à des substances toxiques. Il faut alors savoir toujours rechercher le toxique en cause pour une prise en charge adéquate car ces substances peuvent être à l'origine de réaction très diverses. Ainsi, cette prise en charge sera fonction du toxique utilisé. Dans tous les cas, il faudra veiller à ce que l'état de la patiente ne s'altère pas grâce à une réanimation d'urgence et à l'utilisation d'antidote spécifique.

BUT ET OBJECTIFS

I. BUT DE L'ETUDE

Améliorer la qualité des soins après avortement grâce à l'introduction d'une prise en charge intégrant l'évacuation d'urgence du produit de conception et la prestation de conseils et information en planification familiale dans les centres hospitaliers nationaux du Burkina Faso.

II. OBJECTIFS DE L'ETUDE

2.1. Objectif général

Evaluer l'impact de la prise en charge intégrant l'évacuation d'urgence du produit de conception et la prestation de conseils et information en planification familiale sur la qualité des soins après avortement dans les centres hospitaliers nationaux du Burkina Faso.

2.2. Objectifs spécifiques

1. Décrire les caractéristiques des patientes admises pour avortement avant et après l'introduction de la prise en charge intégrée dans les centres hospitaliers nationaux du Burkina Faso.
2. Comparer la qualité des prestations des soins aux patientes admises pour avortement avant et après l'introduction de la prise en charge intégrée dans les centres hospitaliers nationaux du Burkina Faso.
3. Comparer les connaissances et pratiques en matière de santé de la reproduction des patientes admises pour avortement avant et après l'introduction de la prise en charge intégrée dans les centres hospitaliers nationaux du Burkina Faso.

METHODOLOGIE

I. CADRE DE L'ETUDE

L'étude s'est déroulée dans les services de gynéco-obstétrique des deux centres hospitaliers nationaux du Burkina Faso, à Ouagadougou à la maternité du centre hospitalier national Yalgado Ouédraogo (CHNYO) et à Bobo Dioulasso à la maternité du centre hospitalier national Sourô Sanou (CHNSS).

1.1. Le centre hospitalier national Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou

Le centre hospitalier national Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou est le centre de référence pour la province mais également pour les provinces environnantes. Il dispose de la plupart des services spécialisés et compte 772 lits, 84 médecins, 12 pharmaciens, 101 attachés de santé, 133 infirmiers d'état et sages femmes, 80 infirmiers brevetés et 20 techniciens [29].

Le service de gynéco obstétrique, site de notre étude compte à ce jour:

- 6 gynécologues obstétriciens dont un professeur titulaire et un professeur agrégé
- 1 médecin anesthésiste réanimateur
- 2 médecins généralistes
- 16 attachés de santé (aides anesthésistes et aides opérateurs)
- 29 sages femmes
- 5 infirmiers d'état

Le plateau technique du service comprend:

- Une salle d'accouchement
- Une unité d'hospitalisation des pathologies gynécologiques et des suites de couche
- Une unité du post opéré
- Une unité de réanimation
- Une unité de soins intensifs
- Une unité de grossesses pathologiques

- Un bloc opératoire
- Une unité de puériculture
- Une unité de planification familiale.

1.2. Le centre hospitalier national Sourô Sanou de Bobo Dioulasso

Il est le deuxième site de notre étude. Il constitue également le centre de référence pour la province du houet mais aussi pour les provinces voisines. Lui par contre ne dispose pas de tous les services spécialisés notamment le service de dermatologie et de psychiatrie.

Le service gynéco obstétrique, site de notre étude compte à ce jour:

- 5 gynécologues obstétriciens
- 11 sage femmes
- 10 attachés de santé (aides anesthésistes et aides opérateurs)
- 7 infirmières
- 7 accoucheuses auxiliaires

Le plateau technique du service comprend:

- Une salle d'accouchement
- Une unité d'hospitalisation des pathologies gynécologiques, de l'après avortement et des grossesses pathologiques
- Une unité d'hospitalisation des patientes des suites de couche
- Une unité du post opéré
- Une unité de planification familiale.

II. LE TYPE DE L'ETUDE

Il s'agit d'une recherche opérationnelle de type intervention. Elle a comporté deux phases séparées par l'introduction d'une prise en charge intégrée des complications d'avortement associant l'évacuation d'urgence du produit de conception, la prestation de conseils et information en planification familiale et le renforcement des liens entre les services de traitement d'urgence des complications d'avortement et les soins en santé de la reproduction.

2.1. La première phase

Il s'agit d'une phase d'analyse situationnelle de la prise en charge des complications d'avortement. D'une durée totale de 5 mois (du 20/4/1997 au 20/9/1997), elle a consisté en une observation et une évaluation initiales des données portant sur les caractéristiques de la population étudiée, la qualité des prestations des soins et les intentions d'utilisation future de la planification familiale.

2.2. La prise en charge intégrée des complications d'avortement

L'introduction de la prise en charge intégrée est intervenue immédiatement après la première phase et elle a comporté trois éléments essentiels:

- Le traitement d'urgence des complications d'avortement,
- La prestation de conseils et informations en planification familiale,
- Le renforcement des liens entre les services de traitement d'urgence des complications d'avortement et les soins en santé de la reproduction.

2.2.1. Le traitement d'urgence des complications d'avortement

Le traitement d'urgence des complications d'avortement débute dès l'entrée de la patiente en salle de soins. Un bilan initial est d'abord effectué à la recherche des signes de gravité. Ceci dans le but de stabiliser la patiente pour évacuer l'utérus

soit par aspiration manuelle, soit par curetage ou par curage digital selon les circonstances. Il est indiqué d'expliquer chaque étape à la patiente avant de l'exécuter et de lui parler tout au long de la procédure pour l'aider à mieux supporter la douleur.

2.2.2. La prestation de conseils et informations en planification familiale

Des conseils et informations sont fournis à la patiente après l'évacuation utérine. Ceux-ci portent essentiellement sur l'état de santé de la patiente notamment les effets secondaires à attendre, les renseignements concernant l'hygiène personnelle, les signes qui peuvent motiver une consultation ultérieure, les dates des visites de contrôle.

Elle reçoit également des conseils et informations en planification familiale pour lui permettre d'éviter si elle le souhaite une grossesse indésirée. Ces conseils et informations portent sur la période féconde, le retour de la fécondité après un avortement, les méthodes contraceptives et les intentions d'utilisation future de la planification familiale.

2.2.3. Le renforcement des liens entre les services de traitement d'urgence des avortements et les soins en santé de la reproduction

Les patientes sont systématiquement référées dès leur sortie vers les autres services de santé de la reproduction; ceci dans deux buts principaux:

- Développer des liens étroits entre les services de traitement d'urgence des avortements et les autres services de santé de la reproduction
- Permettre un meilleur suivi des patientes afin de prévenir d'éventuelles grossesses indésirées.

2.3. La réorganisation des services de gynéco-obstétrique

L'introduction de la prise en charge intégrée a nécessité une réorganisation des services des deux sites et une formation complémentaire du personnel de santé.

Cette réorganisation des services a consisté en l'équipement et en la mise en place d'infrastructures adéquates pour la prestation des soins de qualité tant pour l'évacuation utérine que pour les conseils et informations en planification familiale. Le circuit des patientes traitées pour complications d'avortement a ainsi été aménagé de telle sorte qu'elles puissent être prise en charge de façon intégrée sans passer par la salle d'accouchement ou d'hospitalisation. Ceci dans le but d'éviter les pertes de temps dans les autres unités du service.

2.4. La formation du personnel de terrain

Cette formation avait pour but d'augmenter les compétences techniques des prestataires dans la prise en charge des avortements afin d'améliorer la qualité des services fournis aux patientes. Elle a consisté en une formation en prévention de l'infection, une mise à jour en technologie contraceptive, une formation en technique d'évacuation intra utérine par aspiration manuelle et un recyclage en technique de communication interpersonnel.

2.4.1. La formation en prévention de l'infection

Elle a intéressé l'ensemble du personnel des services de gynéco-obstétrique des centres hospitaliers nationaux du Burkina Faso

2.4.2. La mise à jour en technologie contraceptive

Un atelier de mise à jour en technologie contraceptive a permis de recycler le personnel des deux sites en matière de planification familiale afin de leur permettre de mieux prendre en charge les patientes traitées pour complications d'avortement.

2.4.3. La formation en aspiration manuelle

Des gynécologues obstétriciens ont été envoyés en formation en technique d'évacuation intra utérine par aspiration manuelle au Ghana. Ils ont ensuite assuré la formation des médecins des services de gynéco-obstétrique des centres hospitaliers nationaux du Burkina Faso.

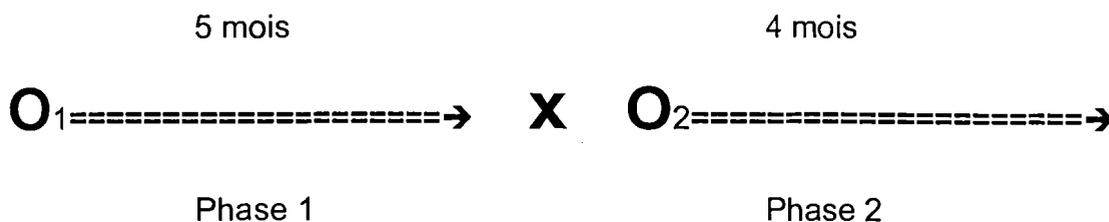
2.4.4. Le recyclage en technique de communication interpersonnel

L'accent a été mis sur certains aspects de la prise en charge notamment l'accueil de la patiente et le dialogue avec elle qui lui permet de recevoir non seulement un soutien psychologique mais également des conseils et informations sur son état de santé, d'établir de bonnes relations avec les prestataires et de recevoir des prestations de planification de meilleur qualité.

2.4. La deuxième phase

Il s'agit d'une phase de recherche après l'introduction de la prise en charge intégrée. D'une durée totale de 4 mois (du 21/1/1998 au 21/5/1998), elle a permis de faire une observation et une évaluation des données portant sur les caractéristiques de la population étudiée, la qualité des prestations des soins et les intentions d'utilisation future de la planification familiale.

En résumé, le type de l'étude peut être schématisé par le diagramme suivant:



O1: Observation et évaluation initiales des données au cours de la première phase.

X : Introduction de la prise en charge intégrée des complications d'avortement et la formation du personnel des centres hospitaliers nationaux du Burkina Faso.

O2: Observation et évaluation des données au cours de la seconde phase.

III. LA POPULATION ETUDIEE.

Notre étude a porté sur l'ensemble des femmes en âge de procréer qui se sont présentées en urgence dans les services de gynéco-obstétrique des centres hospitaliers nationaux du Burkina Faso pour complications d'avortement spontané ou provoqué dont l'âge gestationnel était inférieur ou égal à 15 semaines d'aménorrhée.

3.1. Critères d'inclusion

Ont été incluses dans l'étude:

- Les patientes présentant un avortement incomplet, hémorragique ou non, infecté ou non.
- Les patientes présentant un avortement spontané ou provoqué dont l'âge gestationnel est inférieur ou égal à 15 semaines d'aménorrhée.
- Les patientes qui ont donné leur consentement pour participer à l'étude.

3.2. Critères d'exclusion

Ont été exclues de l'étude:

- Les patientes présentant des avortements complets et des complications majeurs (les pelvipéritonites, les perforations utérines...)
- Les patientes qui ont refusé l'interview.

IV. COLLECTE DES DONNEES.

4.1. Technique de collecte des données

La collecte des données s'est faite par entrevue à l'aide d'un questionnaire individuel auprès des patientes souffrant de complications d'avortement incomplet dans les services de gynéco-obstétrique des centres hospitaliers nationaux du Burkina Faso. Elle s'est déroulée du 20/4/1997 au 20/9/1997 pour la première phase et du 21/1/1998 au 21/5/1998 pour la seconde phase.

L'entrevue avait lieu lorsque l'état clinique de la patiente le permettait, après l'évacuation utérine dans une salle isolée afin de respecter le caractère strictement confidentiel de l'entrevue. Les questions ont été posées directement aux patientes et les réponses ont été enregistrées au fur et à mesure par écrit sur la fiche d'enquête.

Certaines réponses ont pu être obtenues à partir des dossiers cliniques des patientes notamment l'âge gestationnel, la technique d'évacuation utilisée, le type d'avortement et la durée d'hospitalisation.

Il faut préciser qu'avant chaque entrevue, il était expliqué aux patientes le but de l'étude et le caractère strictement confidentiel de l'entrevue. Le consentement de la patiente était toujours obtenu avant le démarrage de l'entrevue.

4.2. Variables recherchées

Un grand nombre de variables a été pris en compte au cours de la collecte. Parmi celles-ci, nous pouvons citer:

4.2.1. Les caractéristiques socio-démographiques

- L'âge
- Le statut matrimonial
- Le niveau d'instruction
- La profession

4.2.2. Le profil obstétrical des patientes

- La parité
- L'âge gestationnel
- Le type d'avortement

4.2.3. La qualité des prestations des soins aux patientes

- Le temps d'attente pour les soins
- Les procédures d'évacuation utilisées
- Les procédures de contrôle de la douleur:
 - * prise en charge psychologique de la douleur ou soutien verbal encore appelée "anesthésie verbale" dans le jargon médical,
 - * L'anesthésie générale
 - * L'administration de médicaments de type analgésique
- Les informations fournies aux patientes
- La durée d'hospitalisation
- Le coût des soins
- La satisfaction des patientes sur la qualité des soins

4.2.4. Les connaissances en matière de fécondité

- Les connaissances de la période féconde
- Les connaissances du retour de la fécondité après un avortement

4.2.5. Les connaissances des méthodes contraceptives

4.2.6. Les intentions d'utilisation future de la planification familiale

V. DEFINITIONS OPERATIONNELLES

- **Connaissances en matière de fécondité:** Connaissances de la période où une femme a le plus de chance d'être enceinte.
- **Connaissances des méthodes contraceptives:** Connaissances des moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse.
- **Les intentions d'utilisation future de la planification familiale:** Décision de commencer à utiliser une méthode contraceptive.
- **Le temps d'attente pour les soins:** Temps écoulé entre l'admission de la patiente dans le service et les soins fournis.
- **Les procédures d'évacuation:** Les techniques utilisées pour assurer l'évacuation de l'utérus.
- **Les procédures de contrôle de la douleur:** Les méthodes utilisées pour apaiser ou supprimer la douleur.
- **Les informations fournies aux patientes:** L'ensemble des renseignements apportés aux patientes au cours de leur séjour hospitalier.

- **La durée d'hospitalisation:** Temps mis par la patiente durant son séjour hospitalier.
- **Le coût des soins:** L'ensemble des coûts directs supportés par la patiente durant son séjour hospitalier tels que le coût des ordonnances, les frais d'hospitalisation, des examens complémentaires, de nourriture, de prestation de planification familiale...
- **La satisfaction des patientes sur la qualité des prestations:** L'appréciation par les patientes des services de soins reçus durant le séjour hospitalier.
- **La qualité des soins:** Degré à partir duquel les prestations de soins dispensées au malade augmentent la probabilité des résultats souhaités et diminuent celle des résultats non souhaités, compte tenu de l'état des connaissances actuelles.

VI. SAISIE ET ANALYSE DES DONNEES.

L'ensemble des opérations de saisie des données a été réalisé au moyen du logiciel EPI INFO version 6. Pour apprécier la qualité des données et réduire le taux d'erreur lors de la saisie, une double saisie a été effectuée.

Après analyse des données des deux phases, nous avons procédé à une comparaison des résultats afin d'apprécier les variations entre la première et la seconde phase. Le test de Chi carré (X^2) a été utilisé pour évaluer statistiquement les différences observées en considérant que la différence est statistiquement significative si $p < 0,05$.

RESULTATS

I. LA POPULATION ETUDIEE

Nous avons interrogé 330 patientes au cours de la première phase (analyse situationnelle) et 456 patientes au cours de la seconde phase (après introduction de la prise en charge intégrée) soit un total de 786 patientes représentant 10,6% des admissions dans les services de gynéco-obstétrique des deux centres hospitaliers nationaux du Burkina Faso.

A Ouagadougou, les patientes représentaient 56,4% des cas lors de la première phase et 48,9% des cas lors de la seconde phase. Les différences observées n'étaient pas significative ($p>0,05$). La répartition des patientes selon le site d'étude est représentée dans le tableau I

Tableau I: Répartition des patientes selon le site d'étude (n=786).

SITE D'ETUDE	Phase 1		Phase 2		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Maternité (CHNYO)	186	56,4	223	48,9	409	52
Maternité (CHNSS)	144	43,6	223	51,1	337	48
Total	330	100	456	100	786	100

II. LES CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE

2.1. Les caractéristiques socio-démographiques

2.1.1. L'âge

Au cours de la première phase, la classe modale était celle de 20-24 ans. Les âges extrêmes étaient 14 et 45 ans. La moyenne d'âge était de 26 ans.

Au cours de la seconde phase, la classe modale était celle de 25-29 ans. Les âges extrêmes étaient 15 et 50 ans. La moyenne d'âge était de 26 ans.

Les différences observées n'étaient pas significatives ($p>0,05$). La répartition des patientes par tranche d'âge est représentée dans le tableau II.

Tableau II: Répartition des patientes par tranche d'âge (n=786).

TRANCHE D'ÂGE	Phase 1		Phase 2		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
<= 14 ans	3	1	0	0	3	0,4
15-19 ans	53	16	63	13,9	116	14,7
20-24 ans	83	25,1	110	24,1	193	24,5
25-29 ans	75	22,7	135	29,6	210	26,8
30-34 ans	63	19,1	82	18	145	18,4
35-39 ans	40	12,1	46	10	86	11
40-44 ans	10	3	13	2,9	23	3
>=45 ans	3	1	7	1,5	10	1,2
Total	330	100	456	100	786	100

2.1.2. Le statut matrimonial

Les patientes étaient mariées dans 63,6% des cas lors de la première phase et dans 68,6% des cas lors de la seconde phase. Les différences observées n'étaient pas significatives ($p>0,05$).

Le tableau III donne la répartition des patientes selon le statut matrimonial.

Tableau III: Répartition des patientes selon le statut matrimonial (n=786).

STATUT MATRIMONIAL	Phase 1		Phase 2		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Mariée	210	63,6	313	68,6	523	66,5
Célibataire	86	26,1	110	24,1	196	24,9
Concubinage	28	8,5	31	6,8	59	7,5
Divorcé/Veuve	6	1,8	2	0,5	8	1,1
Total	330	100	456	100	786	100

2.1.3. Le niveau d'instruction

Les patientes étaient analphabètes dans 42,7% des cas lors de la première phase et dans 36% des cas lors de la seconde phase. Les différences observées n'étaient pas significatives ($p>0,05$). Le tableau IV donne la répartition des patientes selon le niveau d'instruction.

Tableau IV: Répartition des patientes selon le niveau d'instruction (n=786).

NIVEAU D'INSTRUCTION	Phase 1		Phase 2		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Alphabètes	141	42,7	164	36	305	38,8
Primaire	74	22,4	100	21,9	174	22,1
Secondaire	97	29,4	163	35,7	260	33,1
Supérieur	18	5,5	29	6,4	47	6
Total	330	100	456	100	786	100

2.1.4. La profession

Les patientes étaient sans aucune activité génératrice de revenu dans 66,4% des cas lors de la première phase et dans 58,1% des cas lors de la seconde phase. Les différences observées n'étaient pas significatives ($p>0,05$). Les patientes ont été réparties selon la profession dans le tableau V.

Tableau V: Répartition des patientes selon la profession (n=786).

PROFESSION	Phase 1		Phase 2		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Ménagères	219	66,4	265	58,1	484	61,6
Fonctionnaires	43	13	65	14,3	108	13,7
Commerçantes	34	10,3	83	18,2	117	14,9
Elèves/étudiantes	34	10,3	41	9	75	9,5
Autre	0	0	2	0,4	2	0,3
Total	330	100	456	100	786	100

2.2. Le profil obstétrical des patientes

2.2.1. La parité

Elle variait de 0 à 9 accouchements et en moyenne les patientes étaient à leur deuxième parité au cours de deux phases. Les paucipares (35,2% contre 34,6%) étaient les plus nombreuses. Les différences observées n'étaient pas significatives ($p > 0,05$).

Les patientes ont été réparties selon la parité en cinq classes:

- Les nullipares: 0 accouchement
- Les primipares: 1 accouchement
- Les paucipares: 2 à 4 accouchements
- Les multipares: 5 à 6 accouchements
- Les grandes multipares: ≥ 7 accouchements.

La figure 1 donne la répartition des patientes selon la parité.

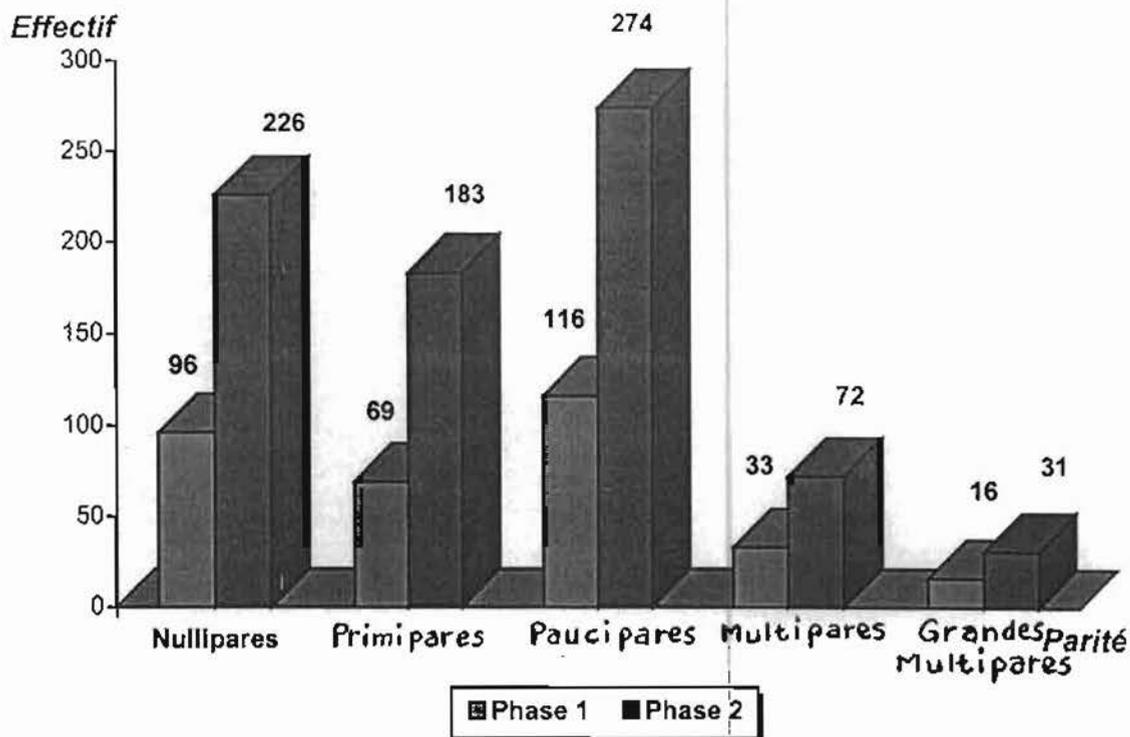


Figure 1: Répartition des patientes selon la parité (n=786).

2.2. L'âge gestationnel

Au cours des deux phases, il variait de 6 à 15 semaines d'aménorrhée et en moyenne les grossesses étaient à la 9^{ème} semaine d'aménorrhée. Les différences observées n'étaient pas significatives ($p>0,05$).

Le tableau VI donne la répartition des patientes selon l'âge gestationnel.

Tableau VI: Répartition des patientes selon l'âge gestationnel (n=786).

AGE GESTATIONNEL (semaine d'aménorrhée)	Phase 1		Phase 2		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
< 8	51	15,5	54	11,9	105	13,3
>=8	279	84,5	402	88,1	681	86,7
Total	330	100	456	100	786	100

2.3. Le type d'avortement

Les avortements spontanés étaient prédominants dans 66,7% des cas lors de la première phase et dans 72,3% des cas lors de la seconde phase. Les différences observées n'étaient pas significatives ($p>0,05$).

Les patientes ont été réparties selon le type d'avortement dans le tableau VII.

Tableau VII: Répartition des patientes selon le type d'avortement (n=786).

TYPE D'AVORTEMENT	Phase 1		Phase 2		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Avortement spontané	220	66,7	330	72,3	550	69,9
Avortement provoqué	110	33,3	126	27,7	236	30,1
Total	330	100	456	100	786	100

III. LA QUALITE DES PRESTATIONS DES SOINS AUX PATIENTES.

3.1. Le temps d'attente pour les soins.

Les patientes ont été examinées dans les 30 minutes après leur admission dans 60,6% des cas en première phase et dans 48,2% des cas en seconde phase. Elles étaient 33% en première phase et 45,2% en seconde phase à avoir attendu de 3 à 24 heures entre l'examen clinique et la procédure d'évacuation. Dans tous les cas, les différences observées étaient très significatives ($p < 0,05$).

Le tableau VIII donne la répartition des patientes selon le temps d'attente pour les soins.

Tableau VIII: Répartition des patientes selon le temps d'attente pour les soins.

TEMPS D'ATTENTE POUR LES SOINS	Phase 1		Phase 2		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Temps d'attente avant examen.						
<30 minutes	200	60,6	220	48,2	420	53,5
30 minutes et 3 heures	113	34,2	227	49,8	340	43,2
>3heures	17	5,2	8	2	26	3,3
(n=786)						
Temps d'attente entre examen et procédure						
<30 minutes	106	32,2	50	11	156	19,8
30 minutes et moins de 3 heures	72	21,8	156	34,2	228	29,1
3 heures et moins de 24 heures	109	33	206	45,2	315	40,1
>24 heures	43	13	44	9,6	87	11
(n=786)						

3.2. Les procédures d'évacuations.

Au cours des deux phases, trois procédures d'évacuation des débris intra-utérins ont été utilisées: le curage digital, le curetage et l'aspiration manuelle. L'aspiration manuelle a été utilisée uniquement en seconde phase de l'étude dans 97,1% des cas contre 1,1% pour le curetage. Les différences observées étaient statistiquement significatives ($p < 0,05$). Les patientes ont été réparties selon la procédure d'évacuation utilisée au cours des deux phases dans le tableau IX.

Tableau IX: Répartition des patientes selon la procédure d'évacuation utilisée (n=786).

PROCEDURE D'EVACUATION	Phase 1		Phase 2		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Curage digital	131	39,7	8	1,8	139	17,7
Dilatation curetage	199	60,3	5	1,1	204	26
Aspiration manuelle	0	0	443	97,1	443	56,3
Total	330	100	456	100	786	100

3.3. Les procédures de contrôle de la douleur

Après l'introduction de la prise en charge intégrée, les patientes ont pu bénéficier de l'anesthésie verbale dans 98% des cas. Elles étaient 61,2% en première phase et 1,3% en seconde phase à bénéficier de l'anesthésie générale. La prescription de médicaments de type analgésique a été effective chez 66% des patientes en première phase et chez 34,9% des patientes en seconde phase. Les différences observées étaient statistiquement significatives ($p < 0,05$).

Les patientes ont été réparties selon les procédures de contrôles de la douleur dans le tableau X.

Tableau X: Répartition des patientes selon les procédures de contrôle de la douleur.

PROCEDURES DE CONTROLE DE LA DOULEUR	Phase 1		Phase 2		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
"Anesthésie verbale"						
Oui	215	65,2	446	98	661	84,2
Non	115	35,8	9	2	124	15,8
(n=785)						
Anesthésie générale						
Oui	202	61,2	6	1,3	208	26,5
Non	128	38,8	450	98,7	578	73,5
(n=786)						
Médicaments contre la douleur						
Oui	217	66	159	34,9	376	48
Non	112	34	296	65,1	408	52
(n=784)						

L'utilisation des procédures de contrôle variait selon la technique d'évacuation utilisée. Le tableau XI donne la répartition des patientes selon les procédures de contrôle de la douleur et la technique d'évacuation utilisée.

Tableau XI: Répartition des patientes selon les procédures de contrôle de la douleur et la technique d'évacuation utilisée.

PROCEDURES DE CONTROLE DE LA DOULEUR	Curage digital		Curetage		Aspiration manuelle	
	N	%	N	%	N	%
"Anesthésie verbale"						
Oui	90	64,7	138	67,6	433	98
Non	49	35,3	66	32,4	9	2
(n=785)						
Anesthésie générale						
Oui	4	2,8	204	100	0	0
Non	135	97,2	0	0	443	100
(n=786)						
Médicament contre la douleur						
Oui	18	13	0	0	154	34,2
Non	120	87	204	100	288	65,8
(n=784)						

Ces procédures de contrôle de la douleur ont réduit le degré de perception de la douleur des patientes. Les patientes traitées par aspiration manuelle n'ont perçu qu'une douleur modérée dans 69,1% des cas.

Le tableau XII donne la répartition des patientes selon le degré de perception de la douleur et la technique utilisée.

Tableau XII: Répartition des patientes selon le degré de perception de la douleur et la technique d'évacuation utilisée (n=786).

PERCEPTION DE LA DOULEUR	Curage digital		Curetage		Aspiration manuelle	
	N	%	N	%	N	%
Non	10	7,2	204	100	10	2,3
Minime	5	3,6	0	0	179	40,4
Modérée	24	17,3	0	0	117	26,4
Extrême	100	71,9	0	0	137	30,9
Total	139	100	204	100	443	100

4.4. Les Informations fournies aux patientes.

Les informations fournies aux patientes au cours de leur séjour hospitalier portaient sur les soins qu'on allait leur procurer, les problèmes spécifiques qui peuvent survenir après la procédure et pour lesquels elles doivent se rendre dans un centre de santé, le retour de la fécondité après un avortement et la planification familiale.

Les patientes ont été réparties selon les informations fournies dans la figure 2.

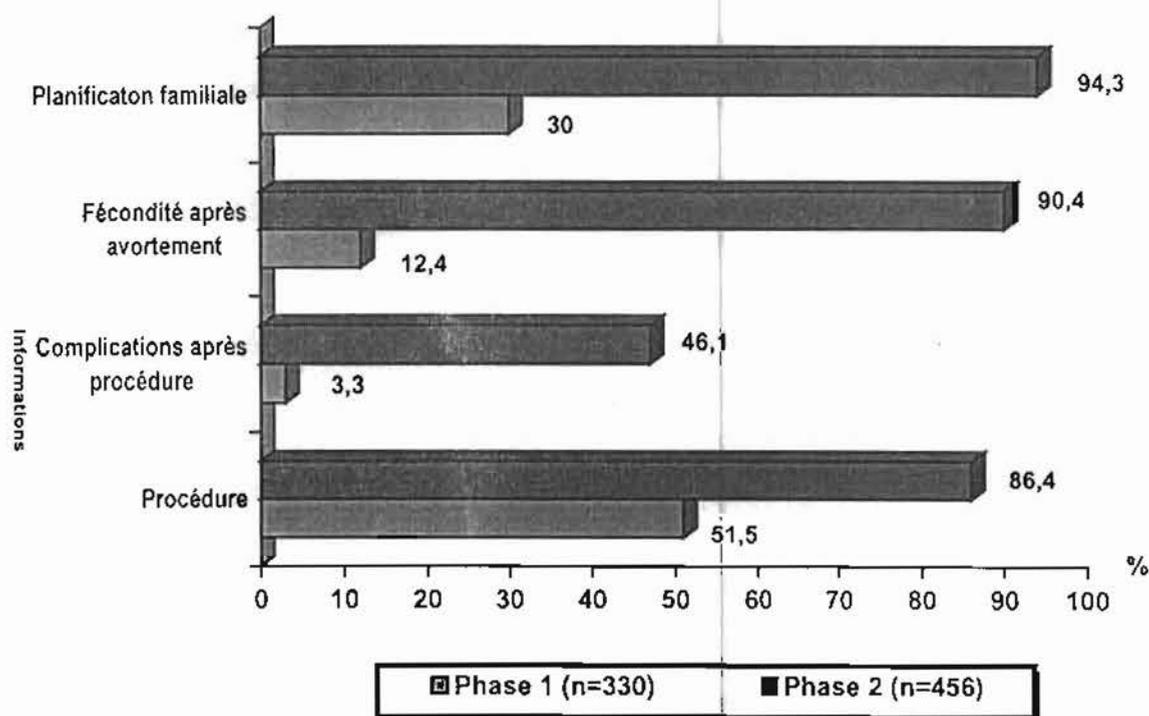


Figure 2: Répartition des patientes selon les Informations fournies (n=786).

3.5. La durée d'hospitalisation

Elle a été précisée par 779 patientes au cours des deux phases (323 patientes au cours de la première phase et 456 patientes au cours de la seconde phase). Au cours des deux phases, cette durée d'hospitalisation variait de moins d'un jour à 10 jours, avec une moyenne de 27 heures soit approximativement 1,114 jours pour l'ensemble des patientes.

La durée moyenne d'hospitalisation au cours des deux phases est représentée dans le tableau XIII.

Tableau XIII : Durée moyenne (heures) d'hospitalisation et extrêmes (jour).

DURÉE D'HOSPITALISATION	Phase 1	Phase 2	TOTAL
Extrêmes (jours)	<1 à 10	<1 à 8	<1 à 10
Moyenne (heure)	36,5	19,8	27

La durée d'hospitalisation variait également selon la technique utilisée. Elle était de 39 heures pour les patientes qui ont été traitées par curetage, 31 heures pour celles qui ont été traitées par curage digital et 19 heures pour celles qui ont bénéficié de l'aspiration manuelle. Les différences observées étaient statistiquement significatives ($p < 0,05$). La durée d'hospitalisation des patientes selon la technique utilisée est représentée par la figure 3.

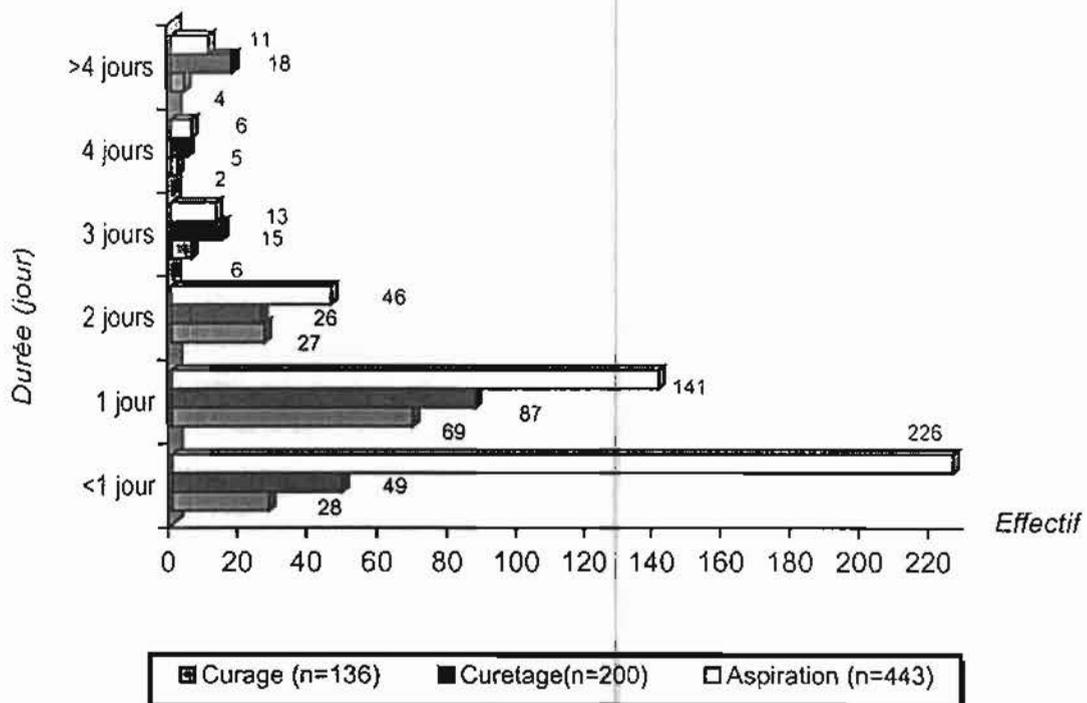
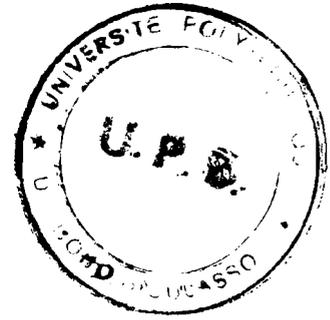


Figure 3: Répartition des patientes selon la durée de séjour et la technique utilisée (n=779).



3.6. Le coût des soins

3.6.1. Le coût des d'ordonnances

Il a été précisé au cours des deux phases par 753 patientes (310 patientes au cours de la première phase et 443 patientes au cours de la seconde phase). Le coût des ordonnances variait au cours des deux phases de 1.875 F à 75.775 F CFA avec une moyenne de 12.249 F CFA.

Au cours de la première phase, ces frais d'ordonnances variaient de 1.875 F à 62.750 F CFA avec une moyenne de 15.874 F CFA.

Au cours de la seconde phase, il variait de 1980 F à 75.775 F CFA avec une moyenne de 9.712 F CFA. Les différences observées étaient statistiquement significatives ($p < 0,05$).

Le coût des ordonnances variait également selon la technique d'évacuation utilisée. Il était en moyenne de 8.546 F CFA pour le curage digital, 20.106 F CFA pour Le curetage et 9.786 F CFA pour l'aspiration manuelle. Les différences observées étaient statistiquement significatives ($p < 0,05$).

3.6.2. Le coût des autres frais.

D'autres frais ont été occasionnés par le séjour hospitalier notamment les frais d'hospitalisation, les frais d'examen, les frais de nourriture, les frais de prestation de la planification familiale...

Il a été précisé au cours des deux phases par 594 patientes (175 patientes au cours de la première phase et 419 patientes au cours de la seconde phase). De façon générale au cours des deux phases, ces autres frais variaient de 100 F à 90.200 F CFA avec une moyenne de 6.078,5 F CFA.

Au cours de la première phase, ces frais variaient de 200 F à 26.600 F CFA, avec une moyenne de 4.700 francs CFA.

Au cours de la seconde phase, ils variaient de 100 F à 90.200 F CFA, avec une moyenne de 7.457 F CFA. Les différences observées étaient statistiquement significatives ($p < 0,05$).

Les autres frais variaient également selon la technique d'évacuation utilisée. Ces frais étaient en moyenne de 2.987 F CFA pour le curage digital, 6.190 F CFA pour le curetage et 7.515 F CFA pour l'aspiration manuelle. Les différences observées étaient statistiquement significatives ($p < 0,05$).

Le tableau XIV résume l'ensemble des coûts moyens supportés par les patientes au cours de leur séjour hospitalier.

Tableau XIV: Répartition des coûts moyens (F CFA) supportés par les patientes.

COÛTS MOYENS DES SOINS	Phase 1	Phase 2	TOTAL
Ordonnances	15.874	9.712	12.793
Autres frais	4.700	7.457	6.078,5
Total	20.574	17.169	18.871,5

La figure 4 donne également la répartition des coûts moyens supportés par les patientes en fonction de la technique utilisée.

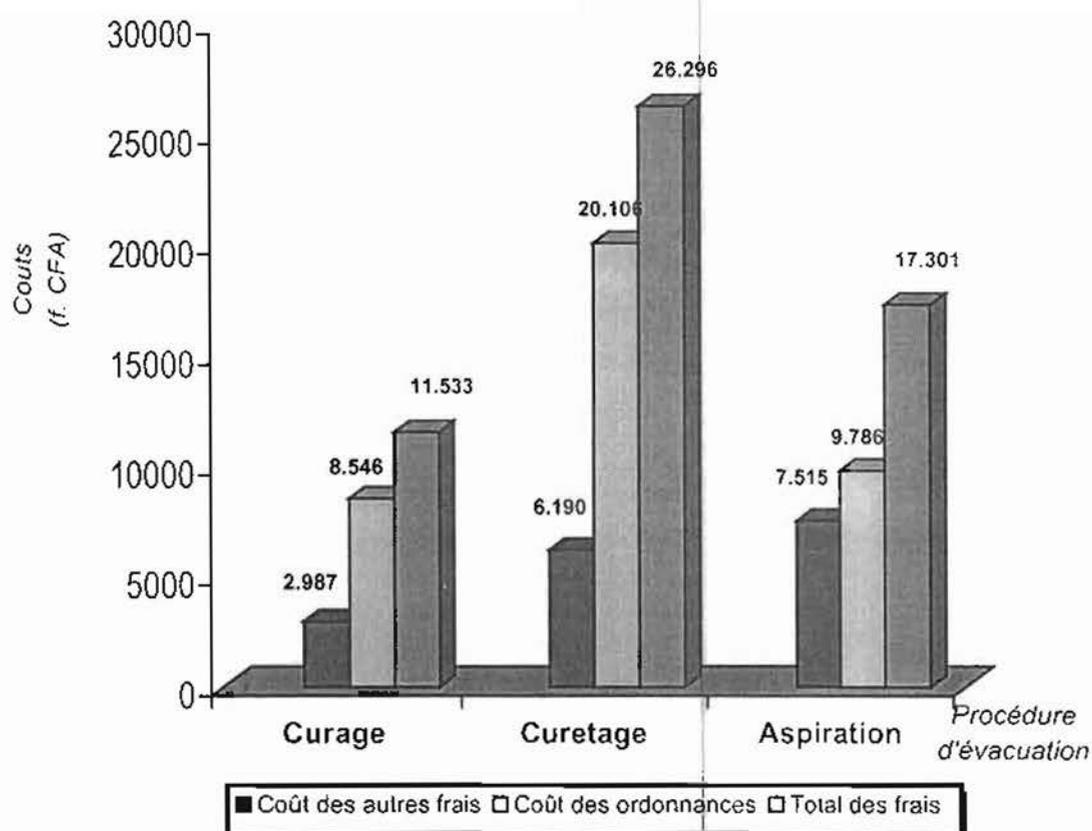


Figure 4: Répartition coûts moyens supportés par les patientes selon la technique utilisée.

3.7. Satisfaction des patientes sur la qualité des prestations des soins.

Les patientes ont précisées si elles étaient satisfaites des prestations de soins reçus durant leur séjour hospitalier.

Elles étaient 88,2% en première phase et 93,6% en seconde phase à être satisfaites des prestations reçues. Les différences observées étaient significatives ($p < 0,05$).

Le tableau XV donne la répartition des patientes selon leur degré de satisfaction au cours des deux phases.

Tableau XV: Répartition des patientes selon le degré de satisfaction de la prestation des soins (n=778).

SATISFACTION DE LA PRESTATION DES SOINS	Phase 1		Phase 2		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Oui	285	88,2	426	93,6	711	91,4
Non	38	11,8	29	6,4	67	8,6
Total	323	100	455	100	778	100

IV. CONNAISSANCES ET PRATIQUES EN SANTE DE LA REPRODUCTION

4.1. Connaissance en matière de fécondité

Les patientes connaissaient leur période féconde dans 43,9% des cas lors de la première phase et dans 47,8% des cas lors de la seconde phase. Les différences observées n'étaient pas significatives ($p > 0,05$).

Elles étaient 27% lors de la première phase à connaître le retour de la fécondité après un avortement contre 62,7% lors de la seconde phase. Les différences observées étaient significatives ($p < 0,05$). Le tableau XVI donne la répartition des patientes selon les connaissances en matière de fécondité.

Tableau XVI: Répartition des patientes selon les connaissances en matière de fécondité.

CONNAISSANCES EN MATIERE DE FECONDITE	Phase 1		Phase 2		TOTAL	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
La période féconde						
Connaît	145	43,9	218	47,8	363	46,2
Ne connaît pas	185	56,1	238	52,2	423	53,8
(n=786)						
La fécondité après avortement						
Connaît	89	27	286	62,7	375	47,7
Ne connaît pas	241	73	170	37,3	411	52,3
(n=786)						

4.2. Connaissances des méthodes contraceptives.

Les patientes avaient déjà entendu parler d'une méthode contraceptive dans 91,5% des cas lors de la première phase et dans 98% des cas lors de la seconde phase. Les différences observées étaient significatives ($p < 0,05$).

La pilule (40,1% contre 37,1%) et le condom (19,7% contre 18%) étaient les méthodes les plus connues des patientes au cours des deux périodes. Les différences observées dans tous les cas n'étaient pas significatives ($p > 0,05$).

Le tableau XVII donne la répartition des patientes selon la connaissance des méthodes contraceptives.

Tableau XVII: Répartition des patientes selon la connaissance des méthodes contraceptives.

CONNAISSANCE DES MÉTHODES CONTRACEPTIVE	Phase 1		Phase 2		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
A déjà entendu parlé						
Oui	302	91,5	447	98	749	95,3
Non	28	8,5	9	2	37	4,7
(n=786)						
Méthodes contraceptives citées						
Pilule	280	40,1	406	37,1	686	38,3
Condom	138	19,7	197	18	335	18,7
Injectable	125	17,9	211	19,2	336	18,7
DIU	112	16	197	18	309	17,2
Norplant	28	4	36	3,2	64	3,5
Spermicide	7	1	19	1,7	26	1,4
Ne sait pas	6	0,8	28	2,5	34	1,8
CCV	1	0,1	0	0	1	0,0
(n=746)						

4.3. Les intentions d'utilisation future de la planification familiale

Les patientes qui avaient reçu des prestations de planification familiale durant leur séjour hospitalier (99 patientes soient 30% en première phase et 430 patientes soient 94,3% en seconde phase) ont précisé leurs intentions en matière d'utilisation future des méthodes contraceptives.

Elles étaient 63,9% en première phase et 81,8% en seconde phase à avoir l'intention de commencer à utiliser la planification familiale. 56,7% des patientes en première phase et 83,1% en seconde phase ont reçu une méthode contraceptive. Les différences observées étaient statistiquement significatives ($p > 0,05$).

La figure 5 donne la répartition des patientes selon les prestations et le degré d'acceptabilité de la planification familiale au cours des deux phases.

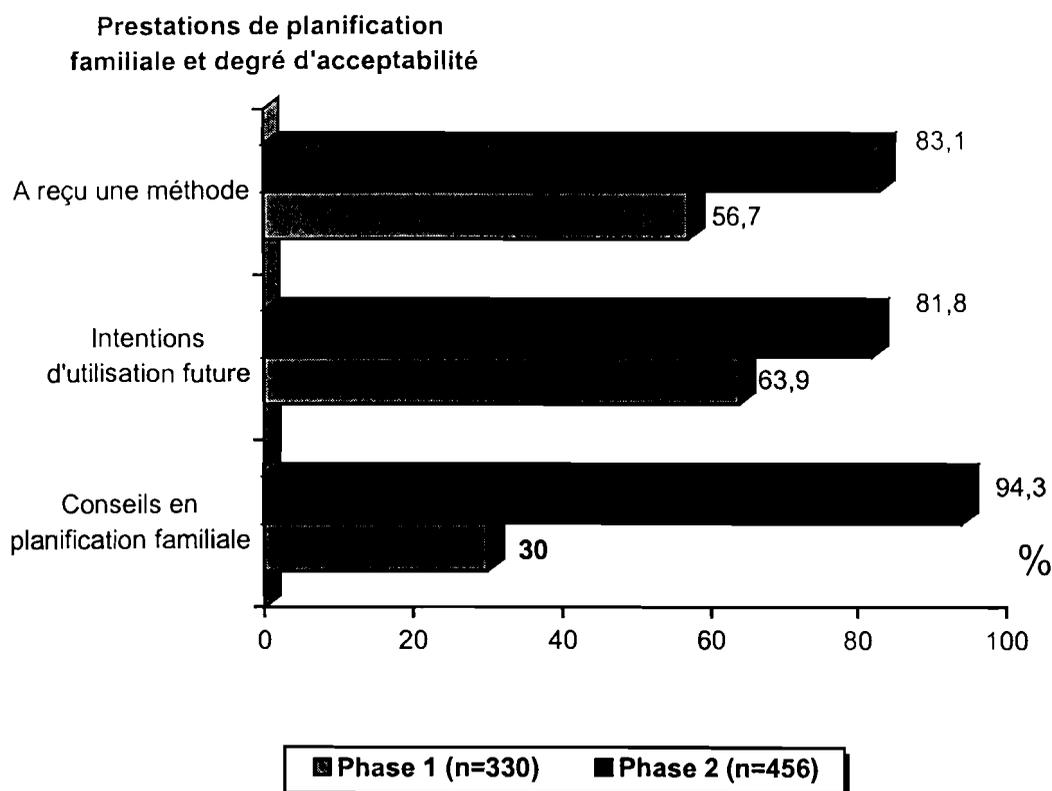


Figure 5 : Répartition des patientes selon les prestations et le degré d'acceptabilité de la planification familiale (n=786).

La pilule (73,2% contre 74,4%) étaient la méthode la plus prescrite. Celles qui n'avaient pas l'intention de commencer à l'utiliser n'ont pas donné leur opinion (62,5% contre 50,7%)

Le tableau XVIII donne la répartition des patientes selon les méthodes reçues et les raisons de la non utilisation future de la planification familiale.

Tableau XVIII: Répartition des patientes selon les intentions d'utilisation future de la planification familiale

UTILISATION FUTURE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE	Phase 1		Phase 2		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Méthode reçue						
Pilule	40	73,2	264	74,4	304	74,1
Injectable	9	16	40	11,3	49	12
Norplant	3	5,4	15	4,2	18	4,4
DIU	2	3,6	7	2	9	2,2
Spermicide	1	1,8	16	4,5	17	4,1
Condom	0	0	12	3,4	12	2,9
Autre	0	0	1	0,3	1	0,2
(n=410)						
Raisons de la non utilisation future						
Sans opinions	15	62,5	34	50,7	49	53,8
Peur des effets secondaires	5	20,8	6	8,9	11	12
Désir de grossesse	3	12,5	12	17,9	15	16,4
Méthode non disponible	1	4,2	2	2,9	3	3,2
Méthode contre indiquée	0	0	1	1,4	1	1
Rapports sexuels occasionnels	0	0	3	4,4	3	3,2
Opposition du mari/Religion	0	0	9	13,4	9	9,8
(n=91)						

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

I. CONTRAINTES ET LIMITES DE L'ETUDE.

L'éclairage qu'apporte notre étude est sûrement partiel. Aussi, nous n'avons pas la prétention d'avoir épuisé toutes les approches du problème.

Consciemment ou non, certaines réponses n'ont peut-être pas reflété l'exacte réalité.

Au niveau du type de l'étude, il aurait dû se dérouler sur au moins une année, car le flux des avortements varie beaucoup au cours de l'année.

L'estimation des coûts de la prise en charge des avortements était trop limitative. Certains aspects des coûts indirects n'ont pas été pris en compte notamment le salaire de l'agent de santé s'occupant de la patiente, le coût lié à l'utilisation de l'institution...

Au niveau de la technique d'enquête, l'entrevue par questionnaire a pu avoir une influence sur les réponses concernant surtout les attitudes et pratiques en matière de planification familiale.

Au niveau des questionnaires, leur longueur a sûrement entraîné une lassitude et surtout une envie d'en finir, d'où peut être des réponses erronées.

La langue a certainement constitué un grand handicap car il a pu y avoir des pertes d'information inhérente à leur traduction.

Le démarrage de l'étude a été reporté à plusieurs reprises car, en matière d'avortement, la législation en vigueur au Burkina Faso est très restrictive.

II. LES CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

2.1. Les caractéristiques socio-démographiques

Les caractéristiques socio-démographiques des patientes interviewées lors des deux phases étaient pour l'essentiel similaires.

Langer au Mexique, Benson au Pérou et Pile en Turquie avaient également constaté dans des études similaires que leurs patientes étaient homogènes dans leurs caractéristiques socio-démographiques [23] [7] [39]. Mohamed au zimbabwe avait constaté que toutes ses patientes lors des deux phases étaient comparables pour l'âge et l'histoire reproductive [30]. Quant à Kizza et Roggo, ils ont constaté que l'âge et d'autres caractéristiques des patientes de l'étude étaient similaires à des études antérieures [21].

Ces constatations permettent d'affirmer que les caractéristiques socio-démographiques des patientes ayant eu un avortement ne varient pas dans le temps et dans une même région.

2.2. Le profil obstétrical des patientes

Le profil obstétrical des patientes était également identique au cours des deux phases.

2.2.1. La parité

Les paucipares (2 à 4 accouchements) avec un taux de 34,8% soient 35,2% lors de la première phase et de 34,6% lors de la seconde phase constituaient la classe la plus représentée. En moyenne, les patientes étaient à leur deuxième parité.

Benson au Pérou avaient également constaté que la majorité de ses patientes était des paucipares (65,4% lors de la première phase et 62,3% lors de la seconde

phase) [7]. Solo et Lukman avaient par contre constaté que la classe la plus représentée était celle des nullipares (33% lors de la première phase et 32% lors de la seconde phase) [45], (35,2% lors de la première phase et 44,8% lors de la seconde phase) [26].

2.2.2. L'âge gestationnel

Les avortements étaient relativement précoces. En moyenne, les grossesses étaient à la neuvième semaine d'aménorrhée lors des deux phases.

Kizza et Roggo au Kenya avaient constaté des chiffres presque identiques puisque 80% des patientes lors de la première phase et 79% lors de la seconde phase avaient un âge gestationnel qui se situait avant la douzième semaine d'aménorrhée [21]. Lukman en Ethiopie avait par contre constaté que la quasi totalité de ses patientes se situait entre 8 et 12 semaines d'aménorrhée (99,4% lors de la première phase et 99,8% lors de la seconde phase) [26].

2.2.3. Le type d'avortement

Les cas d'avortements spontanés (69,9% dont 66,7% lors de la première phase et 72,7% lors de la seconde phase) étaient beaucoup plus nombreux que les cas d'avortements provoqués (30,1% dont 33,3% lors de la première phase et 27,3% lors de la seconde phase).

Nos Chiffres se rapprochent un peu de ceux de Ramdé qui avait constaté en 1989 au centre hospitalier national Yalgado Ouédraogo que les avortements spontanés (64,1%) étaient beaucoup plus nombreux que les avortements provoqués (35,9%) [40], de même que Bazié A. J. qui avait trouvé en 1996 au centre hospitalier national Sourô Sanou 62% d'avortements spontanés et 38% d'avortements provoqués [6].

Lukman en Ethiopie avait par contre constaté que les cas d'avortements provoqués (53,1% lors de la première phase et 48% lors de la seconde phase) étaient beaucoup plus nombreux que les cas d'avortements spontanés (46,9% lors de la première phase et 52% lors de la seconde phase) [26], de même que Huntington en Egypte [15].

Les différences constatées par rapport à notre étude pourraient s'expliquer par plusieurs facteurs: le diagnostic d'avortement provoqué n'était pas aisé; lorsque la tentative ou la manœuvre n'était pas avouée, l'avortement était considéré comme spontané, ce qui n'était pas évident. De plus, les avortements provoqués ne fréquentent pas tous les structures sanitaires, d'où le nombre relativement bas des avortements provoqués.

III. LA QUALITE DES PRESTATIONS DES SOINS

L'évaluation de la qualité des soins a porté sur les procédures de soins (les procédures d'évacuation utilisées, les procédures de contrôle de la douleur et les informations fournies aux patientes) et sur les résultats des soins (le temps d'attente avant les soins, la durée d'hospitalisation, le coût des soins et la satisfaction des patientes quant aux soins reçus).

3.1. Le temps d'attente pour les soins

3.1.1. Le temps d'attente avant l'examen clinique

Les patientes de la première phase (60,6%) étaient plus nombreuses que celles de la seconde phase (48,2%) à être prise en charge dès leur entrée à l'hôpital.

Si l'on considère également le temps d'attente en fonction de la technique d'évacuation utilisée, on se rend compte que la majorité des patientes traitées par curage digital (71,3%) et celles traitées par curetage (53,4%) étaient beaucoup plus

nombreuses que celles traitées par aspiration manuelle (48,1%) à être prises en charge dès leur entrée à l'hôpital.

Cette augmentation du temps d'attente avant l'examen clinique des patientes lors de la seconde phase trouve essentiellement son explication dans le manque de ressources humaines pour assurer les prestations de soins. Du fait de la réorganisation des services de gynéco-obstétrique, un circuit supplémentaire des patientes traitées pour avortement a été créé sans une augmentation des ressources humaines. De plus, les salles d'aspiration manuelle n'étaient pas fonctionnelles en dehors des heures ouvrables; autant de facteurs qui contribuaient à augmenter le temps d'attente pour les soins.

3.1.2. Le temps d'attente entre l'examen clinique et l'évacuation utérine

Les patientes de la première phase (54%) étaient plus nombreuses que celles de la seconde phase (45,2%) à avoir moins attendu avant de recevoir la procédure d'évacuation utérine.

Les différences observées étaient significatives lorsque l'on considère ce temps d'attente des patientes en fonction des techniques d'évacuation utilisées. Les patientes traitées par curage digital (62,8%) et celles traitées par curetage (11,3%) étaient beaucoup plus nombreuses que celles traitées par aspiration manuelle (10,4%) à être prise en charge moins de 30 minutes maximum après leur examen.

Ce long délai d'attente entre l'examen clinique et l'évacuation utérine au cours des deux phases pourrait résulter soit du transfert de la patiente en salle de soins, soit de l'exploration échographique complémentaire pour infirmer ou affirmer la vitalité fœtale et ou s'assurer de la vacuité utérine. Le plus long délai d'attente en seconde phase était essentiellement dû au manque de ressources humaines pour assurer la prestation des soins du fait de la réorganisation des services.

D'autres facteurs contribuaient à augmenter le temps d'attente entre l'examen clinique et l'évacuation utérine au cours de la seconde phase notamment les prestations de conseils et informations avant et après l'évacuation utérine, la stabilisation physiologique des patientes dont on ne tenait pas compte en première phase.

3.2. Les procédures d'évacuation

Au cours de la première phase, le curetage (60,3%) et le curage digital (39,7%) étaient les deux techniques utilisées pour l'évacuation des débris ovulaires.

En seconde phase, l'aspiration manuelle (97,1% des cas) a été la procédure d'évacuation la plus utilisée au détriment du curetage (1,8% des cas) et du curage digital (1,1% des cas).

Les patientes qui ont été prise en charge par curetage et par curage digital lors de la seconde phase l'ont été soit du fait du refus de la technique d'aspiration manuelle, soit parce qu'elles ne supportent pas la douleur ou encore parce qu'il s'agissait d'une urgence survenue pendant les heures de fermeture de la salle d'aspiration manuelle.

3.3. Les procédures de contrôle de la douleur

La douleur est en général un des principaux signes de l'avortement qu'il soit simple ou compliqué. De ce fait, les patientes ont besoin d'une prise en charge rapide et efficace de la douleur. Pour cela, trois procédures de contrôle de la douleur ont été utilisées à savoir "l'anesthésie verbale", l'anesthésie générale et la prescription de médicaments de type analgésique.

La grande majorité des patientes (84,2%) a bénéficié de "l'anesthésie verbale". Elles étaient plus nombreuses à bénéficier de "l'anesthésie verbale" en seconde phase (98%) qu'en première phase (65,2%). L'anesthésie générale a été

très peu utilisée au cours de l'étude (26,5%). Elle a été utilisée chez 1,3% des patientes lors de la seconde phase contre 61,2% en première phase.

Les procédures de contrôle de la douleur variaient également selon la technique d'évacuation utilisée.

Toutes les patientes traitées par curetage l'ont été sous anesthésie générale (60,3%) et de ce fait, n'ont perçu aucune douleur au cours de la procédure d'évacuation et n'ont donc pas reçu de médicaments.

Le curage digital sans anesthésie est une procédure extrêmement douloureuse, constatation faite par la majorité des patientes (71,9%). Cependant, seulement 13% d'entre elles ont reçu des médicaments de types analgésiques.

La quasi totalité des patientes traitées par aspiration manuelle (98%) a bénéficié d'un soutien verbal. Elles étaient 34,2% à recevoir une médication contre la douleur soit 27,8% d'anesthésie locale à la xylocaïne et 6,4% d'analgésiques ce qui a permis à 69,1% d'entre elles de ne ressentir qu'une douleur modérée.

L'analyse des données sur la perception et le contrôle de la douleur permet de dire tout comme Kizza au Kenya, qu'un soutien verbal bien conduit permettait aux patientes de mieux se mettre en confiance et de supporter la douleur.

L'abandon des attitudes négatives des agents de santé du fait de leur formation et l'augmentation d'attention de leur part surtout dans la seconde phase furent des facteurs qui ont contribué à aider les patientes à mieux supporter la douleur.

3.4. Les informations fournies aux patientes.

De façon générale au cours de leur séjour hospitalier, la plupart des patientes était libérée après la procédure d'évacuation sans conseils et informations sur les

problèmes sanitaires de l'après avortement, alors qu'un des éléments clés de la qualité des services de santé repose sur les communications entre prestataires et patientes. Il était donc essentiel qu'en plus des soins curatifs, les agents de santé donnent ces conseils et informations aux patientes par rapport à leur état morbide, répondent aux questions et lèvent leurs inquiétudes.

Au cours de notre étude, on a constaté une faible communication entre prestataires et patientes lors de la première phase par rapport à la seconde phase.

Les patientes étaient 51,5% lors de la première phase à avoir reçu des informations sur la technique d'évacuation utilisée contre 86,4% en seconde phase de l'étude.

L'information sur la possibilité de survenue de complications liées à la technique utilisée n'a été fournie qu'à 3,3% des patientes en première phase contre 46,1% en seconde phase de l'étude.

Quant à l'information sur le retour de la fécondité après un avortement, elles étaient 12,4% lors de la première phase à l'avoir reçu contre 90,4% en seconde phase.

Les informations sur la planification familiale ont été fournies à 30% des patientes lors de la première phase contre 94,3% en seconde phase.

Les différences très marquées entre les deux phases de l'étude se justifient par l'acquisition en seconde phase des connaissances de la part des prestataires après la formation en soins après avortement.

L'augmentation des informations fournies aux patientes de la première à la seconde phase a également été constaté dans de nombreuses études.

Benson au Pérou avait constaté que ses patientes étaient seulement 9,8% lors de la première phase à recevoir des informations sur la procédure contre plus de 44,9% lors de la seconde phase [7].

Au Mexique, les informations sur la procédure ont été fournies à 84,4% lors de la première phase et à plus de 85% des patientes lors de la seconde phase. Les informations sur la planification familiale ont été fournies à 42,7% des patientes lors de la première phase et à plus de 84,7% lors de la seconde phase [9]. Les informations sur le retour de la fertilité étaient fournies à 19,1% des patientes lors de la première phase alors qu'elles étaient plus de 54,4% lors de la seconde phase. Les informations sur la planification familiale avaient été fournies à 42,4% des patientes lors de la première phase contre 85,5% lors de la seconde phase [23].

Solo au Kenya avait constaté que 7% des patientes avaient reçu des informations sur la planification familiale lors de la première phase, alors qu'elles étaient beaucoup plus de la moitié (68%) lors de la seconde phase [45].

3.5. La durée d'hospitalisation.

L'étude de la durée d'hospitalisation constituait l'un des volets les plus importants de notre étude. De façon générale, la durée d'hospitalisation au cours des deux phases était en moyenne de 27 heures. On a constaté une durée d'hospitalisation plus élevée en première phase qu'en seconde phase. Cette durée d'hospitalisation était en moyenne de 36,5 heures lors de la première phase alors qu'elle était de 19,8 heures lors de la seconde phase, soit une réduction de 45,7%.

Cette durée d'hospitalisation était également plus élevée chez les patientes traitées par curetage et par curage digital que chez les patientes traitées par aspiration manuelle. Elle était en moyenne de 39 heures pour les patientes traitées par curetage et de 31 heures pour celles traitées par curage digital alors que celles traitées par aspiration manuelle avaient une durée moyenne d'hospitalisation de 19 heures soit une réduction de près de 52,5% par rapport au curetage.

Plusieurs facteurs pouvaient expliquer les différences observées: les patientes traitées par curetage devaient systématiquement rester en hospitalisation pendant au moins 24 heures du fait de l'anesthésie générale. Certaines patientes restaient en hospitalisation jusqu'à ce qu'elles se soient acquittées de leurs frais de prestation de soins.

Au cours de la seconde phase, la transformation des services de soins après avortement en services ambulatoires (étant donné que l'anesthésie générale n'avait pas été utilisée lors de l'aspiration manuelle) était le premier facteur de réduction de la durée de séjour des patientes. La prise en charge des patientes sans tenir compte du règlement des frais des prestations a également contribué à réduire la durée de séjour des patientes.

Cette durée de séjour des patientes traitées par aspiration manuelle aurait d'avantage pu être réduite si les ressources humaines pour assurer les prestations de soins avaient été augmentées parallèlement à la réorganisation des services.

La durée d'hospitalisation variait également selon le site d'étude. Elle était plus élevée à la maternité du centre hospitalier national Sourô Sanou (26,8 heures en moyenne) qu'à celle du centre hospitalier national Yalgado Ouédraogo (12 heures en moyenne). Il apparaît donc que la séparation des prestations de planification familiale aux prestations d'aspiration manuelle garantirait plus un meilleur counseling en planification familiale, mais rallonge la durée d'hospitalisation des patientes.

La réduction de la durée d'hospitalisation des patientes lors de la seconde phase a également été constatée dans certains pays [7] [20] [32]. Le tableau XIX donne la durée moyenne de séjour (en heures) des patientes au cours des deux phases selon des sites d'étude dans certains pays.

Tableau XIX: Durée moyenne de séjour (en heures) des patientes selon différents sites d'étude dans certains pays.

SITE D'ETUDE	Phase 1	Phase 2	Différence
Burkina Faso	36,5	19,8	16,7 (45,7%)
Kenya ₄	40,9	20,7	20,2 (49,4%)
Kenya ₅	100,7	23,9	76,8% (76,3%)
Egypte ₁	18,5	12,9	5,6 (30,2%)
Egypte ₂	9,4	2,9	6,5 (69,1%)
Mexique ₂	35,1	26,5	8,6 (24,5%)
Mexique ₉	20,6	11,4	9,2 (44,9%)
Brésil	38,3	9,9	28,4 (74,1%)
Pérou	33,3	6,4	26,9 (80,8%)

3.6. Le coût des soins.

Les complications de l'avortement constituent une charge non seulement pour les patientes mais aussi pour les établissements médicaux et pour l'ensemble de la société. En effet, dans les pays où l'incidence des complications de l'avortement est élevée, les prestations des soins absorbent une part considérable des ressources des services de santé. Des études dans certains pays ont montré que jusqu'à 50% des ressources allouées aux maternités des hôpitaux servent à soigner des avortements [33]. Au Burkina Faso, 40% des ressources allouées aux soins en gynéco-obstétrique sont dépensées pour la prise en charge des avortements [].

Le coût d'un avortement est très variable d'un pays à l'autre. Son évaluation reste en général très difficile.

De façon générale, le coût des soins supporté par les patientes était en moyenne de 18.871,5 F C.F.A. Il était plus élevé en première phase qu'en seconde phase. Au cours de la première phase, il était de 20.574 F CFA contre 17.169 F CFA lors de la seconde phase soit une réduction de près de 16,5 %.

Si l'on compare les coûts moyens supportés par les patientes en fonction de la technique d'évacuation, on se rend compte qu'il est plus élevé chez les patientes traitées par curetage que chez celles traitées par aspiration manuelle. En effet, ce coût était de 26.296 F CFA pour les patientes traitées par curetage contre 17.301 F CFA pour celles traitées par aspiration manuelle soit une réduction de près de 34,2%. Tous ces coûts restaient plus élevés que celui des patientes traitées par curage digital qui était de 11.533 F CFA.

Ces différences constatées résulteraient de plusieurs facteurs. Le curetage étaient réalisé sous anesthésie générale, ce qui nécessitait la prescription supplémentaire de médicaments nécessaires pour une voie veineuse (solutés, perfuseurs, seringues, intranules...) contrairement à l'aspiration manuelle.

La transformation des services de soins après avortement en services ambulatoires lors de la seconde phase, entraînait une réduction de la durée de séjour donc une réduction des autres frais occasionnés par le séjour hospitalier (frais d'hospitalisation, d'examen, de nourriture, de prestation de planification familiale...).

La réduction des coûts des prestations lors de la seconde phase a été constatée dans certains pays [7] [20]. Le tableau XX donne les coûts moyens des soins (en dollars) des patientes au cours des deux phases selon des sites d'étude dans certains pays.

Tableau XX: Coût moyen des soins (en dollars) selon différents sites d'étude dans certains pays.

SITE D'ÉTUDE	Phase 1	Phase 2	Différence
Burkina Faso	34,29	28,61	5,68 (16,5%)
Kenya ₄	3,99	3,09	0,9 (22,6%)
Kenya ₅	15,25	5,24	10,01 (65,6%)
Mexique ₂	24,27	17,53	6,74 (27,8%)
Mexique ₉	143,25	65,73	77,52 (54,1%)
Brésil	78,38	24,2	54,18 (69,1%)
Pérou	80	40	40 (50%)

N.B: 1 dollars \simeq 600 francs CFA

Parmi les raisons qui peuvent expliquer la différences des coûts moyens des soins entre les pays, nous pouvons entre autre citer le niveau socio-économique différent, les structures sanitaires différentes et les protocoles de prise en charge différents.

3.7. La satisfaction des patientes.

La quasi totalité des patientes (91,4%) admises pour soins après avortement était très satisfaite de la qualité des soins au cours de leur séjour hospitalier. Elles étaient plus nombreuses à être satisfaites en seconde phase (93,6%) qu'en première phase (88,2%).

Les différences significatives observées résulteraient de l'amélioration de la qualité des soins après avortement au cours de la seconde phase, consécutive aux formations reçues par les agents de santé. Il faut cependant noter un biais de

courtoisie car dans les mentalités africaines, pour ne pas vexer son interlocuteur ou tant qu'on n'est pas mort, on est toujours satisfait des soins reçus.

IV. LES CONNAISSANCES ET PRATIQUES EN SANTE DE LA REPRODUCTION

4.1. Connaissances des méthodes contraceptives.

La quasi totalité des patientes (95,3%) connaissait l'existence des méthodes contraceptives. Les patientes étaient beaucoup plus informées en seconde phase (98%) qu'en première phase (91,5%). Elles étaient plus informées à Bobo Dioulasso (97,6%) qu'à Ouagadougou (93,2%).

L'introduction du counseling en planification familiale dans la prise en charge des complications d'avortement lors de la seconde phase justifierait les différences observées.

A Bobo Dioulasso la prestation de conseils et informations en planification familiale était systématique pour toute patiente ayant eu des complications d'avortement, d'où les chiffres plus élevés.

Au plan national par contre, les femmes étaient seulement 66% à connaître l'existence des méthodes contraceptives [17].

En Egypte, malgré le nombre peu important des patientes connaissant l'existence des méthodes contraceptives lors des deux phases, on a constaté une nette augmentation de cette connaissance de la première à la seconde phase (2% contre 51%) [16].

Au Pérou par contre, les patientes étaient très nombreuses à connaître l'existence de ces méthodes contraceptives lors des deux phases, mais contrairement

à toute attente, il y a eu une régression des proportions de la première (98%) à la seconde phase (95,5%) [7]; les raisons n'ont pas été précisées.

4.2. Intentions d'utilisation future de la planification familiale.

Pour être capable et libre de procréer selon son choix ainsi que d'utiliser les méthodes de régulation des naissances pour éviter une grossesse indésirée, il est nécessaire que les patientes de l'après avortement reçoivent au cours de leur prise en charge des conseils et informations en matière de planification familiale dans le but d'augmenter leurs intentions d'utilisation future.

La grande majorité des patientes (78,5%) avait l'intention d'utiliser dans le future la planification familiale. Elles étaient plus nombreuses en seconde phase qu'en première phase à avoir ces intentions. Les patientes étaient 63,9% lors de la première phase ont décidé d'utiliser la planification familiale dans le future, alors qu'elles étaient beaucoup plus de 81,8% lors de la seconde phase. Une plus grande proportion des patientes lors de la seconde phase (83,1%) par rapport à celles de la première phase (56,7%) a reçu une méthode. .

Cette augmentation des intentions d'utilisation future de la planification familiale lors de la seconde phase est directement liée aux prestations de conseils et informations en planification familiale fournies aux patientes par les agents de santé au cours de la prise en charge . Nos résultats ont montré que lorsque la formation des agents de santé est adéquate, et lorsque les conseils et informations sont correctement donnés au cours de la prise en charge, les patientes peuvent choisir librement d'utiliser ou non la planification familiale dans le futur et de les recevoir si elles le souhaitent.

Parmi les patientes qui n'avaient pas l'intention d'utiliser la planification familiale dans le future (36,1% lors de la première phase et 18,2% lors de la seconde phase), certaines ont été référées vers les autres services de santé de la reproduction pour

désir de grossesse. Cela permettait de renforcer les liens entre les services de soins après avortement et les autres services de santé de la reproduction.

La proportion des patientes ayant l'intention d'utiliser la planification familiale dans le futur lors de notre étude est très au dessus de celle constatée par l'enquête démographique et de santé de 1993 (30%) [17].

L'augmentation des intentions d'utilisation de la planification familiale a également été constatée au Kenya où elles étaient 69% lors de la seconde phase contre seulement 22% lors de la première phase. Lors de la première phase, 3% des patientes ont reçu une méthode contraceptive alors qu'elles étaient plus de 70% lors de la seconde phase [45].

En Egypte, 0,7% des patientes lors de la première phase étaient intéressées par la planification familiale dans le futur, alors qu'elles étaient 57% lors de la seconde phase; aucune patiente lors de la première phase n'a reçu de méthodes contraceptives alors qu'elles étaient 58% lors de la seconde phase [16].

Au Mexique, 29,5% des patientes lors de la première phase avaient l'intention d'utiliser la planification familiale dans le futur contre 59,7% lors de la seconde phase et 74,4% d'entre elles ont reçu des méthodes de leur choix contre 78,9%. Les injectables étaient les méthodes les plus prescrites [23].

CONCLUSION

Première en Afrique de l'ouest francophone, l'introduction de la prise en charge intégrée des complications d'avortement associant les soins curatifs et préventifs revêt beaucoup d'intérêts.

Elle a permis une nette amélioration de la qualité des soins après avortement et une réorganisation des services de gynéco-obstétrique. Elle a non seulement permis de réduire le coût des soins après avortement, la durée d'hospitalisation, le risque de complications mais également de satisfaire les patientes. Cette prise en charge intégrée des complications d'avortement a également permis d'augmenter les intentions d'utilisation future de la contraception dans le but de prévenir des grossesses indésirées grâce à des prestations de conseils et informations en planification familiale.

Au regard de l'attitude négative habituelle des agents de santé à l'égard des patientes se présentant pour avortement, la présente recherche opérationnelle a créé des changements de comportement tant dans les relations interpersonnelles que dans l'adhésion à l'introduction de la prise en charge intégrée pour le traitement des complications des avortements.

L'utilisation de l'aspiration manuelle comme technique de choix dans la prise en charge des complications d'avortement serait souhaitable dans la mesure où elle a permis de réduire la durée d'hospitalisation des patientes et le coût des soins. En plus, elle a apporté un meilleur confort aux patientes par rapport aux autres méthodes.

Ces résultats qui entrent en droite ligne des préoccupations de la conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) en 1994, nous exhortent à rechercher des stratégies pour la pérennisation de cette approche dans les centres hospitaliers nationaux du Burkina Faso et son extension au niveau des autres formations sanitaires. Ces stratégies devront privilégier le respect de la législation et la politique de décentralisation en cours de réalisation pour les formations sanitaires.

Loin de refléter l'importance réelle du phénomène des avortements dans notre pays, notre étude nous a enfin montré la nécessité d'utiliser la recherche opérationnelle afin de créer des changements dans les services de soins après avortement. Dans le souci de maintenir constante cette amélioration de la qualité des soins après avortement, il y aurait donc lieu d'axer les actions à venir sur les recherches opérationnelles.

RECOMMENDATIONS

Dans le but d'apporter notre modeste contribution à la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles après avortement pour l'avènement d'une maternité sans risque, les recommandations suivantes ont été proposées en vue d'améliorer et d'étendre les services de soins après avortement au Burkina Faso.

I. Aux prestataires de soins après avortement

- Utiliser l'aspiration manuelle pour la prise en charge des avortements incomplets non compliqués de moins de 15 semaines d'aménorrhée.
- Etablir des protocoles claires de prise en charge des avortements par la technique d'aspiration manuelle et le communiquer à tout les agents de santé.
- Offrir des soins globaux et intégrés pour améliorer la qualité des services de santé.

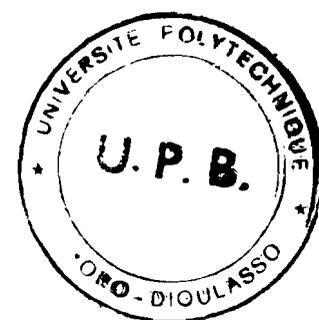
II. Aux autorités sanitaires

- Elargir l'introduction de la prise en charge intégrée des complications d'avortement aux centres hospitaliers régionaux.
- Elaborer un guide de prestation/formation en santé de la reproduction au niveau national.
- Assurer la formation continue des agents de santé en soins après avortement.
- Assurer une gestion stricte du matériel d'aspiration afin qu'il n'y ait pas de débordement au regard de la législation.
- Les hôpitaux sites d'étude doivent être des centres de référence pour la formation continue des agents de santé

III. Recommandations relatives à la recherche.

- Faire des évaluations/suivis pour confirmer avec beaucoup plus de certitudes de l'efficacité de la prise en charge intégrée.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES



- [1] **ABDEL-TAWAB N., HUNTINGTON D., OSMAN H. E., YOUSSEF H., NAWAR L.** Effects of husband involvement on post abortion patients recovery and use of contraception in Egypte. New York: Population Council, January 19-21, 1998:24
- [2] **A.D.P. IV^E REPUBLIQUE 1^{ERE} LEGISLATURE.** Loi N°23/94/A.D.P.portant sur le code de la santé publique. Burkina Faso.
- [3] **ALIHONOU E. ET COLL.** Causes de mortalité maternelle et conditions socio-économiques et sanitaires. (analyse à la clinique de gynéco-obstétrique de Cotonou de 1990 à 1993). III^e congrès de la S.A.G.O, Yaoundé, Décembre 1994; 125-131.
- [4] **AUPELF-URELF.** Obstétrique. Paris: Ellipses, 1995:983.
- [5] **BATUR C. C.** La mortalité maternelle à l'hôpital provincial de Bamenda au Camérout de Septembre 1989 à Septembre 1993. III^e congrès de la S.A.G.O, Yaoundé, Décembre 1994; 176-183.
- [6] **BAZIE A. J., DAO B., KOALAGA P. A., BAMBARA M., YARA J. P., YARO S.** Les avortements provoqués clandestins à la maternité du centre hospitalier national Sourô Sanou (A propos de 158 cas). Symposium sur l'avortement en Afrique. Bobo Dioulasso, Burkina Faso, Mars 1996.
- [7] **BENSON J.** Providers practices and patients perspectives in an integrated post abortion cure model in Peru. New York: Population Council, January 19-21, 1997:20
- [8] **BINKIN J., BURTON N., TOURE N.** Women hospitalized for abortion complications in Mali. International family planning perspectives 1981, 10: 8-12.
- [9] **BRAMBILA C., GRACIA C., HEIMBURGER A.** Estimating cost of post abortions services at Aurelio Valdivieso general hospital, Oaxaca, Mexico. New York: Population Council, January 19-21, 1997:31

[10] **CENTRE HOSPITALIER NATIONAL YALGADO OUEDRAOGO (CHNYO)**. Rapport d'activité hospitalière 1995. Ouagadougou: S.I.M, 1996:35

[11] **Planification Familiale (PF) / Santé maternelle et infantile (SMI) et problématique démographique en Afrique sub-Saharienne**. Quatrième journée du réseau de recherche en santé de la reproduction: Burkina Faso, Mai 1992.

[12] **FAMILY HEALTH INTERNATIONAL**. Les femmes et la planification familiale. Network, Octobre 1994;9:

[13] **FREI A., TINTURIER G.** Coût et financement de la santé in journal d'économie médicale, 1995;13:403-411

[14] **GHOSH A., KONE B., LANKOANDE J., TAPSOBA P.** Introducing improved post abortion care into maternity service in Burkina Faso. New York: Population Council, January 19-21, 1997:31

[15] **HUNTINGTON D. ET COLL** A descriptive study of the Post abortion cure load in Egyptian Hospital. New York: Population Council, January 19-21, 1997:25

[16] **HUNTINGTON D. AND NAWAR L.** Introducing improved post abortion cure in Egypte: Moving from pilot study to large scale. New York: Population Council, January 19-21, 1998:21

[17] **INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE LA DEMOGRAPHIE**. Enquête démographique et de santé 1993. Ouagadougou: INSD, 1994:296.

[18] **I.P.P.F.** Conférence de Maurice: Les avortements à risque et la planification familiale post abortum en Afrique. Île Maurice, 1994

[19] **JOURNAL OFFICIEL de l'Afrique Occidentale Française**, 1933, P634

- [20] **KIM T., BENSON J. STEIN K.** Comparing the cost of post abortion cure in Africa and latina America. The data post abortion cure project. New York: Population Council, January 19-21, 1998:15
- [21] **KIZZA A. P. M. AND ROGGO K. O.** Assesement of the manual vacuum aspiration in the management of incomplete abortion. East African médical journal;67 N°11 November 1990;812-822.
- [22] **KY A.** Les avortements dans les maternité de la ville de Ouagadougou: Aspects épidémiologiques et cliniques. Thèse de médecine, Ouagadougou; FSS, 1998:108
- [23] **LANGER A. AND COLL.** Improving Post abortion care in a public hospital in Oaxaca, Mexico. New York: Population Council, January 19-21, 1997:23
- [24] **LEKE R. I. J., HALLE-EKANE, NJIKAM S. O. M.** The psychosocial impact of induced abortions on patients attending the central maternity, central hospital, Yaoundé. III^e congrès de la S.A.G.O, Yaoundé, Décembre 1994; 1-7.
- [25] **LOPES P., BOURMEAU A.** Interruption Volontaire de Grossesse: législation, épidémiologie, complications. Revue du praticien (Paris) 1992, 42,17; 2235-2238.
- [26] **LUKMAN H. Y., POGHARION D.** Management of incomplète abortion with manual vacuum aspiration (M.V.A.) in comparison to sharp metallic curettage in an Ethiopian setting. East African médical journal, September 1996, 73:598-603.
- [27] **MATILLON Y., DURIEUX P.** L'évaluation médicale. Du Concept à la pratique. Paris: Médecine-Science, Flammarion, 1994:161
- [28] **MERGER R. ET COLL.** Précis d'obstétrique. 5^{ème} édition. Paris: Masson, 1993:740
- [29] **MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE.** Statistiques sanitaires de 1995. Ouagadougou, D.E.P., 1999.

[30] **MOHAMED K., HEALY J. TANDON S.** A comparison of manual vacuum aspiration (M.V.A.) and sharp curettage in the management of incomplète abortion. International Journal of Gynecologie and obstetrique. 1994;46:27-32.

[31] **NAPON A. M.** Mortalité maternelle dans l'agglomération de Ouagadougou de 1990 à 1994. Thèse de médecine. Ouagadougou; FSS, 1996:82

[32] **NAWAR L., HUNTINGTON D., NAGUIB N.** Cost effectiveness of post abortion services in Egypte. New York: Population Council, January 19-21, 1998:21

[33] **O.M.S.** Complications de l'avortement: Directives techniques et gestionnaires pour la prévention et le traitement. Genève: OMS, 1997:161

[34] **O.M.S.** Estimation révisée de la mortalité maternelle pour 1990. Genève: OMS, 1996:15

[35] **O.M.S. PUBLICATION OFFSET N°49** L'avortement provoqué: Guide des soins et services requis. Genève: OMS, 1980:77

[36] **O.M.S.** Maternité sans risque: Prise en charge clinique des complications de l'avortement. Guide pratique. Genève: OMS, 1994:81

[37] **O.M.S. PRESS.** Communiqué O.M.S./24 du 14/04/1992

[38] **PACERE T. F.** L'avortement et la loi. Ouagadougou: I.N.C., 1983:67

[39] **PILE J. AND COLL.** The quality of abortion servises in Turkie. New York: Population Council, January 19-21, 1998:33

[40] **RAMDE F.** Les avortements clandestins provoqués (A propos de cas observés à l'hôpital Yalgado Ouédraogo. Thèse de médecine, Ouagadougou; F.S.S., 1989.

[41] **ROBERT H. G., PALMER R., BOURY C., COHEN J.** Précis de gynécologie. 2^{ème} édition. Paris: Masson, 1979:885

[42] **ROGGO K. O.** Induced abortion in sub-saharan Africa. East African medical journal, 1993; 6: 386-395.

[43] **ROYSTON E. ARMSTRONG S.** La prévention des décès maternels. Genève: O.M.S. 1990:230

[44] **SANGARE M., FAYE E. O., DIOUF A., MOREIRA P., DIADHIOU F.** mortalité et morbidité liée aux avortements provoqués clandestins dans 4 sites de référence Dakarois au Sénégal. UCAD/CGO/CHU Le Dantec et OMS/HRP; 1995:50

[45] **SOLO J., OMINDE A.** Creating linkage between incomplete abortion treatment and family planning services in Kenya: Wath Works Best? New York: Population Council, January 19-21, 1998:22

[46] **TOURE B. ET COLL.** Level and cause of maternal mortality in Guinée. International Journal of Gynecologie and obstetrique 1992; 89-95.

[47] **WINKLER J., OLIVERAS E., McINTOSH N.** Soins après avortement: Guide pratique pour améliorer la qualité des soins. Baltimore POST ABORTION CURE CONSORTIUM, 1995:126

[48] **YAO D.** Aspects cliniques et thérapeutiques des avortements clandestins compliqués. Thèse de médecine, Abidjan; Faculté de médecine, 1994.

ANNEXES

QUESTIONNAIRE:**PATIENTES**

en fin de Soins Après Avortement

Date	/...../...../1997	N° Patiente	/...../...../.
Ville	N° de saisie	/...../...../.

⊗ Informations à rechercher auprès de : Chef d'unités - Dossiers cliniques -
Patiente

Age /...../
gestationnel: semaines

Date d'entrée : /...../...../1997

Heure d'entréeH.....m
n

Date de sortie : /...../...../1997

Précisez si un traitement contre la
douleur a été administré à la
patiente.

Avant:

Après:

Pendant:

Technique d'évacuation utérine utilisée

- Curage
- Dilatation - Curetage
- Aspiration Manuelle
- Autre (préciser) :

FORMULE INTRODUCTIVE PROPOSEE

Bonjour Madame (**Africain**), je m'appelle.....
et je travaille dans un projet du **Ministère de la Santé**. Je voudrais avec votre
permission, vous poser quelques questions sur **les prestations de soins** que vous
avez reçues depuis votre admission dans cet hôpital, afin de **faire des suggestions**
aux autorités sanitaires pour les améliorer. Votre **participation est volontaire** et
vous n'êtes pas obligée de participer ou de répondre aux questions que vous jugez
embarrassantes. Votre participation à l'étude n'affectera pas les prestations des
services qui vous seront fournies.

**Rassurez-vous, cet entretien est strictement confidentiel et votre nom ne
sera pas mentionné. Puis-je continuer avec votre permission?**

Oui

Non

I. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

	QUESTIONS	REPONSES	CODE
1	Quel est votre âge ?	_____ ans	
2	Quel est votre statut matrimonial ?	9. NSP - PDR 1. Célibataire 2. Mariée 3. Divorcée/Veuve 4. Concubinage 9. NSP - PDR	L 7
3	Quel est le niveau scolaire le plus élevé que vous avez atteint ?	1. Anaalphabète 2. Primaire 3. Secondaire 4. Supérieur 9. NSP - PDR	L 7
4	Quelle est votre profession ?	1. Ménagère 2. Commerçante 3. Fonctionnaire 4. Elève 5. Etudiante 6. Employée de bar 9. NSP - PDR	L 7

II. CAP REPRODUCTION & FECONDITE



Maintenant, je voudrais que nous parlions de votre vie de femme et de votre compréhension de la vie sexuelle d'une femme.

5	Combien de grossesses avez-vous eu en tout y compris celle-ci ?	_____	99. NSP - PDR 01. <input checked="" type="checkbox"/>	L 7
6	Combien de fois avez-vous porté à terme vos grossesses	_____	99. NSP - PDR	L 7
7	Entre le premier jour des règles d'une femme et le premier jour des règles suivantes, quelle est la période où elle a le plus de chance de tomber enceinte ?	1. Pendant les règles 2. Juste après les règles 3. Au milieu du cycle 4. Juste avant le début des règles 8. Selon la volonté de Dieu 9. NSP - PDR Autres.....		L 7

III. COUTS DES PRESTATIONS



Je sais que votre séjour ici vous a occasionné des dépenses, j'aimerais que nous évaluions l'ensemble des frais engendrés par votre maladie y compris les frais de déplacement. Si vous avez certaines pièces à votre portée (ordonnances), je pourrais vous aider à comptabiliser les dépenses quand je poserais les questions.

Marquez une pause afin d'obtenir les ordonnances et de les comptabiliser

8	Combien vous reviennent vos frais d'ordonnance ?	_____ francs CFA	99. NSP - PDR
9	Quel est le montant des autres frais occasionnés par votre séjour ici que vous n'avez pas mentionné	_____ francs CFA	99. NSP - PDR

IV. ACCUEIL - PRESTATIONS



A présent, j'aimerais discuter des services que vous avez reçu dans cet hôpital depuis votre arrivée et avoir votre avis sur la qualité de ces services.

10	Combien de temps avez-vous attendu avant que l'on s'occupe de vous (examen) ?	1. Inconsciente 2. Immédiatement 3. ½ à 1 heure 4. 1 à 2 heures	5. 2 à 3 heures 6. 3 - 6 heures 7. Plus de 6 heures 9. NSP - PDR	L 7
11	Combien de temps (heures) avez-vous attendu entre votre examen et le traitement d'évacuation utérine ?	1. Immédiatement 2. 30 - 60 mn 3. 1 - 2 heures 4. 3 - 12 heures 5. 12 - 24 heures	6. 2 - 3 jours 7. Plus de 3 jours 8. Inconsciente 9. NSP - PDR	L 7
12	Un agent de santé vous a-t-il informé avant les soins, sur ce que l'on va vous faire (comme traitement) ?	1. Oui 2. Non	8. Inconsciente 9. NSP - PDR	L 7
13	Le personnel de santé en charge de vous, a-t-il dit des paroles de nature à vous aider à supporter la peur de la douleur ?	1. Oui 2. Non	1. Inconsciente 9. NSP - PDR	L 7
14	Etiez-vous éveillée ou endormie pendant la procédure ?	1. Eveillée 2. Endormie <input checked="" type="checkbox"/> 9. NSP - PDR		L 7
<p> Si endormie, allez à la question N° 16</p>				
15	Avez-vous senti une douleur pendant la procédure, et à quel degré vous avez senti cette douleur ?	1. Pas de douleur 2. Douleur minimale 3. Douleur modérée	4. Douleur extrême 9. NSP - PDR	L 7
16	<input checked="" type="checkbox"/> Vous a-t-on donné ou prescrit un médicament pour apaiser cette douleur ?, A quel moment ?	1. Non 2. Avant 3. Pendant	4. Après 9. NSP - PDR	L 7
<p>Médicament :</p>				
<p> Si NON, allez à la question N° 18</p>				
17	Quels sont ces problèmes ?	1. Saignement de plus de 2 semaines 2. Sang plus abondant que celui des règles 3. Fièvre ou refroidissement 4. Crampes de plus de 3 jours 5. Douleurs pelviennes aiguës 6. Vertiges 9. NSP - PDR Autre:		[1] [1] [1]
18	Un agent de santé, vous a-t-il informé que vous pouvez avoir une grossesse immédiatement, avant même le retour de vos règles ?	1. Oui 2. Non 9. NSP - PDR		L 7

V. PLANIFICATION FAMILIALE



Maintenant, j'aimerais parler de la Planification Familiale, c'est-à-dire des moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse.

19	Avez-vous déjà entendu parler de tels moyens ou méthodes ?	1. Oui 2. Non <input checked="" type="checkbox"/>	9. NSP - PDR		L 7									
Si Non allez à la question N° 22														
20	Pouvez-vous me citer ces moyens et méthodes dont vous avez entendu parler ?	1. Pilule 2. DIU 3. Injectable 4. Condoms 5. Spermicides Autre :	6. Norplant 7. MAMA 8. Ligature des trompes 9. NSP - PDR		<table border="1"> <tr><td>┌</td><td>└</td><td>┌</td></tr> <tr><td>└</td><td>┌</td><td>└</td></tr> <tr><td>└</td><td>┌</td><td>└</td></tr> </table>	┌	└	┌	└	┌	└	└	┌	└
┌	└	┌												
└	┌	└												
└	┌	└												
Pour les méthodes non citées, il faut les énumérer et au besoin porter une explication sommaire à la demande de l'enquêtée.														
21	Avez-vous déjà entendu parler des méthodes suivantes que je m'en vais vous énumérer ?	Oui (1)	Non (2)	NSP-PDR (3)										
	Pilule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	DIU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	Injectables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	Condoms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	Spermicides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	Norplant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	Ligature des trompes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	Diaphragme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	Vasectomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	MAMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	Méthodes traditionnelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
22	Auriez-vous aimé avoir des informations sur la Planification Familiale lorsque vous étiez toujours à l'hôpital ?	1. Oui 2. Non <input checked="" type="checkbox"/>	9. NSP - PDR		L 7									
23	Pendant votre séjour présent à l'hôpital, quelqu'un vous a-t-il parlé de la Planification Familiale ?	1. Oui 2. Non <input checked="" type="checkbox"/>	9. NSP - PDR		L 7									
Si Non allez à la question N° 29														
24	A quel moment de votre séjour vous avez reçu l'information sur la Planification Familiale, avant, après ou pendant l'évacuation ?	1. Avant la procédure 2. Pendant la procédure 3. Après la procédure 9. NSP - PDR			L 7									
25	Avez-vous décidé de commencer à utiliser une méthode contraceptive moderne ?	1. Oui <input checked="" type="checkbox"/> 2. Non	9. NSP - PDR		L 7									

 Si Oui allez à la question N° 27		
26	Si non, pourquoi n'avez-vous pas accepté une méthode contraceptive ?	1. Méthode non disponible 2. Contre indications 3. Peur des effets secondaires 4. Veut attendre / Incertaine 5. Désir une grossesse 6. Rapports sexuels occasionnels 7. Contraire à la religion 8. Désapprouve la Planification Familiale 9. NSP - PDR 10. Opposition du Mari/Partenaire Autre :
27	Avez-vous reçu une méthode ?	1. Oui 2. Non <input checked="" type="checkbox"/> 9. NSP - PDR
 Si Non allez à la question N° 29		
28	Quelle méthode avez-vous reçue ?	1. Pilule 2. DIU 3. Condoms 4. Spermicides 5. Injectables 6. Norplant 8. Autres:
29	Etes-vous satisfaites des prestations des services depuis votre séjour dans cet hôpital ?	1. Oui 2. Non 9. NSP - PDR



Je vous remercie pour nous avoir donné toutes ces informations et pour votre temps que nous avons occupé. Ces informations nous seront d'une très grande utilité.

30. Avez-vous quelque chose d'autre à nous dire sur les sujets abordés?

.....

.....

*Encore une fois, Merci,
Aurevoir et bonne journée!*



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 je n'exigerai jamais de salaire au dessus de mon travail

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

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque."

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le CO-DIRECTEUR DE THESE

LE DIRECTEUR DE THESE

Dr THIEBA Blandine

Dr B. BONANE THIEBA
Gynécologue Accoucheur
OUAGADOUGOU

Pr Bibiane KONE



Titre: Les avortements dans les Centres hospitaliers Nationaux du Burkina Faso:
Evaluation de l'impact d'une prise en charge intégrée pour le traitement des complications

Auteur: TAPSOBA Ahmed Sidyalcé 01 BP 4087 Ouagadougou 01

Mots Clés: Avortement, Impact, Intégrée, Traitement, Complications

Résumé:

L'introduction de la prise en charge intégrée pour le traitement des complications d'avortement réalisée dans les centres hospitaliers nationaux du Burkina Faso du 23/04/1997 au 21/05/1998 a eu un impact positif sur la qualité des soins après avortement.

- Elle a permis de réduire la durée de séjour des patientes avec comme conséquence une réduction du coût des soins.

- L'abandon de l'anesthésie générale au profit du soutien verbal en seconde phase a permis de réduire la charge en travail des agents de santé. Bien que n'ayant pas supprimé la perception de la douleur comme c'était le cas avec l'anesthésie générale, le soutien verbal a néanmoins permis de mieux supporter la douleur qui était modérée dans 69,1% des cas.

- La communication entre les prestataires et les patientes lors de la première phase s'est nettement améliorée lors de la seconde phase puisqu'une plus grande proportion des patientes a été informées sur la procédure d'évacuation utilisée, sur les complications qui peuvent survenir après la procédure, sur le retour de la fécondité après un avortement et sur la planification familiale.

- La prévention des grossesses indésirées donc des avortements, quasi inexistante lors de la première phase s'est vue renforcée en seconde phase car une plus grande proportion des patientes a reçu des informations sur le retour de la fécondité après un avortement, des conseils et informations sur la planification familiale, avec comme conséquence une nette augmentation des intentions d'utilisation future de la planification familiale. Ainsi donc, quelque soit la technique d'évacuation utilisée, le counseling doit avoir une place de choix dans la prise en charge des avortements.