

BURKINA FASO
UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
(F.S.S.)
(Section Médecine)

ANNEE 1992

THESE N° 21

**LES EVACUATIONS SANITAIRES EN
GYNECOLOGIE
ET OBSTETRIQUE
A PROPOS DE 2135 DOSSIERS
RECUEILLIS
A LA MATERNITE DU CENTRE
HOSPITALIER NATIONAL
YALGADO OUEDRAOGO**

THESE

Présentée et soutenue publiquement
le 15 juillet 1992
Pour obtenir le
GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

Par

Anne FORO Epouse PARE
née à TOMA (BURKINA FASO)
le 26 Juillet 1961

Directeur de thèse :

Pr. Ag. Bibiane KONE

Co-Directeur de Thèse :

Dr. Jean LANKOANDE

Jury :

Président : Pr. Ag. B. Robert SOUDRE

Membres : Pr. Ag. Bibiane KONE

Dr. Jean LANKOANDE

Dr. Tanguet OUATTARA

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

FACULTE DES SCIENCES DE LA
SANTÉ (F.S.S.)

LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF

DOYEN : *Pr. R. M. OUIMINGA*

VICE-DOYEN CHARGE DES AFFAIRES ACADEMIQUES :

Pr. Ag. R. B. SOUDRE

VICE-DOYEN A LA RECHERCHE ET A LA VULGARISATION :
DIRECTEUR DE LA SECTION PHARMACIE

Pr. Ag. I. P. GUISSOU

COORDONNATEUR DU CES DE CHIRURGIE GENERALE :

Pr. Ag. A. SANOU

DIRECTEUR DES STAGES : *Dr. K. R. OUEDRAOGO*

SECRETAIRE PRINCIPAL : *Mr. S. G. BANHORO*

CHEF DU SERVICE ADMINISTRATIF, FINANCIER ET
COMPTABLE : *Moussa SAWADOGO*

RESPONSABLE DE LA SCOLARITE : *Seydou GNEGNE*

RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHEQUE : *M. KANRATAO*

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

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

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA F.S.S.

ENSEIGNANTS PERMANENTS

Professeurs titulaires

Rambré Moumouni OUIMINGA

Anatomie organogenèse et
chirurgie

Hilaire TIENDREBOEOGO

Sémiologie et Pathologie
médicale

Professeurs associés

François CANONNE

Santé Publique

Ahmed BOU-SALAH

Neuro-chirurgie

Maîtres de Conférences Agrégés

Amadou SANOU

Chirurgie

Bobilwendé Robert SOUDRE

Anatomie pathologique

Tinga Robert GUIGUEMDE

Parasitologie

Julien YILBOUDO

Orthopédie-Traumatologie

Bibiane KONE

Gynécologie-Obstétrique

Alphonse SAWADOGO

Pédiatrie

Innocent Pierre GUISSOU

Pharmacologie-Toxicologie

Maître de Conférences associé

Jean TESTA

Epidémiologie-Parasitologie

Maîtres-Assistants associés

Ould MOHAMMEDI

Dermatologie

Rachid BOUAKAZ

Maladies infectieuses

Maîtres-Assistants

Kongoré Raphaël OUEDRAOGO

Chirurgie

François René TALL

Pédiatrie

Lady Kadidiatou TRAORE

Parasitologie

Mamadou SAWADOGO

Biochimie

Assistants Chefs de clinique

Pascal BONKOUNGOU	Gastro-Entérologie
Boukari Joseph OUANDAOGO	Cardiologie
Tanguet OUATTARA	Chirurgie
R. Joseph KABORE	Gynécologie-Obstétrique
Mamadou Patrice ZEI	Gynécologie-Obstétrique
Luc SAWADOGO	Gynécologie-Obstétrique
Philippe ZOURE	Gynécologie-Obstétrique
Saïdou Bernard OUEDRAOGO	Radiologie
Issa SANOU	Pédiatrie
Toungo Christian SANOU (in memoriam)	Oto Rhino Laryngologie
Raphaël DAKOURE	Anatomie-Chirurgie
K. Ludovic KAM	Pédiatrie
Piga Daniel ILBOUDO	Gastro-entérologie
Doro SERME	Cardiologie
Virginie TAPSOBA	Ophtalmologie
Adama LENGANI	Néphrologie
Sophar HIEN	Chirurgie
Jean LANKOANDE	Gynécologie-Obstétrique
Hamadé OUEDRAOGO	Anesthésie-Réanimation-Physiologie
Arouna OUEDRAOGO	Psychiatrie
Oumar TRAORE	Chirurgie
Joseph Y. DRABO	Endocrinologie
Blaise SONDO	Santé publique
Abdoulaye TRAORE	Santé publique
Joachim SANOU	Anesthésie-Réanimation-Physiologie
Madi KABRE	Oto Rhino Laryngologie
Kampadilemba OUOBA	Oto Rhino Laryngologie
Salifo SAWADOGO	Hématologie
Gana Jean Gabriel OUANGO	Psychiatrie
Alexis ROUAMBA	Anesthésie-Réanimation-Physiologie
Daman SANO	Chirurgie
Si Simon TRAORE	Chirurgie

Assistant Chef de clinique associé

Gérard MITELBERG	Psychiatrie
------------------	-------------

Assistant associé

Akpa Raphaël GBARY	Epidémiologie
--------------------	---------------

Chargés de cours

Annette SCHWEICH	Physiologie
Jean LANDOIS	Chirurgie
Daniel TRANCHANT	Endocrinologie
Maurice GALIN	Oto Rhino Laryngologie

ENSEIGNANTS NON PERMANENTS

Faculté des Sciences et Techniques (FAST)

Professeurs Titulaires

TRAORE S. Alfred	Immunologie
Akry COULIBALY	Mathématiques

Maîtres de Conférences

Sita GUINKO	Biologie cellulaire- Botanique-B.V.
Laya SAWADOGO	Physiologie-Biologie cellulaire
Boukary LEGMA Laou Bernard KAM	Chimie Générale Chimie

Faculté des Sciences et Techniques (FAST)

Maîtres-Assistants

W. GUINDA	Zoologie
Léonide TRAORE	Biologie cellulaire
Adama SABA	Chimie organique
François ZOUGMORE	Physique
Longin SOME	Mathématiques-statistiques
Gomtibo Jean-Baptiste OUEDRAOGO	Physique
Aboubakary SEYNOU	Statistiques

Assistants

Makido B. OUEDRAOGO	Génétique
Apollinaire BAYALA (in memoriam)	Physiologie
Jeanne MILLOGO	T.P. Biologie cellulaire
Raymond BELEMTUGOURI	T.P. Biologie cellulaire

Institut du Développement Rural

Maître-Assistant

Didier ZONGO

Génétique

Faculté des Sciences Economiques et Gestion (FASEG)

Maître-Assistant

Tibo Hervé KABORE

Economie-Gestion

Faculté de Droit et Sciences Politiques (FDSP)

TAHITA

Législation Pharmaceutique
(Droit)

ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mme Henriette BARY	Psychologie
Dr Jean Zézouma SANOU	Psychiatrie
Dr Bruno ELOLA	Anesthésie-Réanimation
Dr Jean KABORE	Neurologie
Dr Michel SOMBIE	Planification
Mr Abdoulaye KEITA	Administration
Mr René DALLA	Statistiques
Mlle Rasmata TRAORE	T.P. Bactériologie
Mr Casimir KADEBA	T.P. Biochimie
Dr Madi KABRE	Oto Rhino Laryngologie
Dr Nicole PARQUET	Dermatologie
Dr Nazinigouba OUEDRAOGO	Physiologie
Dr Annette OUEDRAOGO	Stomatologie
Dr THIOMBIANO Adama	Législation Pharmaceutique
Dr Sidiki TRAORE	Galénique
Dr Badioré OUATTARA	Galénique

ENSEIGNANTS MISSIONNAIRES

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

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

O.M.S.

Dr Jean-Jacques BERJON	Histologie-Embryologie (Creteil)
Dr Frédérick GALLEY	Anatomie pathologique (Lille)
Dr Moussa TRAORE	Neurologie (Bamako)
Pr Auguste KADIO	Pathologies infectieuses et parasitaires (Abidjan)
Pr Jean Marie KANGA	Dermatologie (Abidjan)
Pr Arthur N'GOLET	Anatomie pathologique (Brazzaville)

Mission Française de Coopération

Pr J. C. KOUYOUMDJIAN	Biochimie (Creteil)
Pr Daniel LAURENT	Physiologie (Creteil)
Pr Michel DUSSARDIER	Physiologie (Marseille)
Pr Michel JAN	Neuro-Anatomie (Tours)
Pr Etienne FROGE	Médecine Légale Médecine du travail (Tours)
Pr Henri MOURAY	Biochimie (Tours)
Pr P. QUEGUINER	Ophtalmologie (Marseille)
Mlle Evelyne WIRQUIN	Biophysique (Creteil)
Mr P. JOUANNET	Histologie-Embryologie (Paris)
Mr THEPOT	Histologie-Embryologie (Paris)
Dr Claire SCHWARTZ	Endocrinologie (Reims)
Dr Brigitte DELEMER	Endocrinologie (Reims)
Pr Denis QUESSIDJEW	Pharmacie Galénique (Paris XI)

Mission de l'Université Libre de Bruxelles (ULB)

Pr Marc VAN DAMME	Chimie Analytique-Biophysique
Pr MOES	Galénique

DEDICACES

- A toutes celles qui ne sont plus parce qu'elles n'ont pas trouvé d'issue favorable sur cette "longue route de la mort" qu'est la maternité,
- A toutes celles qui ont déjà emprunté ou emprunteront ce chemin,
- A toutes les femmes du monde sous développé,
- enfin à tous ceux qui ont conscience du rôle, du statut et des besoins de la femme en matière de santé.

A tous nos parents et amis, pour le soutien moral et matériel que vous nous avez apporté durant ces longues années d'étude, pour les moments de joie que nous avons eu ensemble, ce travail est aussi le vôtre.

A NOS MAITRES ET JUGES

- Le Professeur B. Robert SOUDRE

Nous sommes heureuse de savoir que l'un des maîtres de cette Faculté nous sanctionnera à la fin de ces longues années d'études. Pour cet honneur que vous nous faites et pour votre contribution à notre formation, recevez nos sincères remerciements.

- Le Professeur Bibiane KONE

A travers vous, nous voyons simplicité, compétence et amour du travail bien accompli.

Puisse votre image guider nos pas et votre aide contribuer toujours à notre perfectionnement.

Nos sincères remerciements.

- Le Dr. Jean LANKOANDE,

Modèle de l'ardeur et de la bonne humeur au travail, nous vous sommes infiniment reconnaissante pour votre entière disponibilité.

- Le Dr. Tanguet OUATTARA,

Nous n'avons pas eu l'occasion de vous connaître, mais nous sommes touchés par l'honneur que vous nous faites de juger ce travail. Pour cela nous vous remercions.

- Le Dr. Abdoulaye TRAORE

Vous n'êtes pas là aujourd'hui pour juger ce travail dont vous avez contribué à l'accomplissement. Vous nous avez reçu avec simplicité et pour cela nous ne pouvons pas vous oublier.

REMERCIEMENTS

- A nos compagnons de lutte : Noëlie, Zanré, Seini, pour votre contribution.

- A Monsieur GNEGNE Seydou, KABORE Jean Baptiste, Mme KEITA Abibata, Monsieur NONGUIERMA, Mr ZOUNGRANA, au personnel de la DEP et de la FDC, pour votre apport.

- A tous les enseignants de la Faculté des Sciences de la Santé (F.S.S.) pour leur contribution à notre formation.

- A tout le personnel de la Maternité de l'Hôpital Yalgado OUEDRAOGO, pour l'aide qu'ils ont apporté à l'aboutissement de ce travail.

"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 ABREVIATIONS

B.F. : BURKINA FASO
C.H.R. : Centre Hospitalier Régional
C.M. : Centre Médical
C.S.P.S. : Centre de Santé et de Promotion Sociale
D.E.P. : Direction des Etudes et de la Planification
O.M.S. : Organisation Mondiale de la Santé
Y.O. Yalgado OUEDRAOGO
Dispro F.P. : Disproportion foeto-pelvienne
Ut. Cicat. : Utérus cicatriciel
M.Eff. exp. : Mauvais effort expulsif
Bass. Patho. : Bassin pathologique
Défaut. eng. : Défaut d'engagement
Menacee- Avt. : Menace d'avortement
Avt. Icomp. : Avortement incomplet
Present. anle : Présentation anormale
Hgie post. P. : hémorragie post partum
Souff. foet. : souffrance foetale
Procid. cord : procidence du cordon
Anémie + G : Anémie et grossesse
An. Post. P. : Anémie post partum
Metrorr. & G : métrorragie et grossesse
doul. Pel. + G : douleurs pelviennes et grossesse
prer & R.U. : Prérupture et rupture utérine
Tox. & compl. : Toxémie et complications
M. Accht. Pr. : Menace d'accouchement prématuré
p.p. : Placenta Praevia
Reten. 2è j. : Rétention 2è jumeau
Dysto. Dyn. : dystocie dynamique
Infect. p.p. : infection post partum
Infect. + G : syndrome infectieux et grossesse
G.E.U. : grossesse extra utérine
Grde Xpr. : grande multiparité
Autres obst. : autres motifs obstétricaux

..../...

Trbles cy. : troubles du cycle
métrorr : métrorragies
doul. pelv. : douleurs pelviennes
Masse pelv. : masse pelvienne
kyste. ov. : kyste de l'ovaire
fibrome ut. : fibrome utérin
kc genit. : cancer génital
Infect. hte : infection génitale haute
Autres gy. : autres motifs gynécologiques.

S O M M A I R E

	Pages
<u>INTRODUCTION</u>	1
<u>ENONCE DU PROBLEME</u>	4
<u>OBJECTIFS</u>	8
<u>1ERE PARTIE : METHODOLOGIE</u>	10
1- CADRE DE L'ETUDE	11
2- MALADES ET METHODES D'ETUDE	11
2.1. Malades	11
2.2. Recueil des informations	12
2.3. Traitement informatique des données	12
3- DIFFICULTES RENCONTREES	12
<u>2EME PARTIE : RESULTATS</u>	14
1- FREQUENCE DES EVACUATIONS	15
2- CARACTERISTIQUES DES EVACUEES	17
2.1. Age	17
2.2. Situation matrimoniale	18
2.3. Profession de la femme	19
2.4. Profession de l'époux	20
2.5. Antécédents gynécologiques et obstétricaux	21
2.5.1. Age des premières règles	21
2.5.2. Cycle menstruel	22
2.5.3. Gestité	23
2.5.4. Parité	24
2.6. Motif d'évacuation	25
2.7. Diagnostic réel	28
2.8. Corrélation motif d'évacuation - diagnostic réel	31

3- CONDITIONS DE L'EVACUATION	36
3.1. Provenance	36
3.2. Formation sanitaire	41
3.3. Mode d'évacuation	43
3.4. Coût de l'évacuation	46
3.4.1. Coût du transport	46
3.4.2. Coût des ordonnances	56
3.4.3. Coût du séjour à l'hôpital	58
3.4.4. Coût total de l'évacuation	60
3.5. Moyen financier des patientes	62
4- PRONOSTIC MATERNEL - PRONOSTIC FOETAL	63
4.1. Eléments d'appréciation du pronostic maternel	63
4.1.1. Etat général	63
4.1.2. Anémie	64
4.1.3. Hyperthermie	65
4.1.4. Etat de choc ou collapsus	66
4.1.5. Etat de la poche des eaux	67
4.1.6. Etat du bassin maternel	68
4.1.7. Mode d'accouchement	69
4.1.8. Traitement reçu.	70
4.2. Appréciation de l'état du foetus	71
5- RESULTATS DU TRAITEMENT	72
5.1. Résultats chez la mère	72
5.1.1. Répartition des entrantes en fonction du résultat	72
5.1.2. Résultat en fonction du diagnostic réel	75
5.1.3. Résultat en fonction de l'état général à l'arrivée	75
5.1.4. Résultat en fonction de la distance.	76

5.2. Résultat foetal	78
5.2.1. Sexe	78
5.2.2. Apgar	79
5.2.3. Poids.	82
<u>3EME PARTIE</u> : <u>COMMENTAIRES - DISCUSSION</u>	83
<u>4EME PARTIE</u> : <u>CONCLUSION</u>	95
<u>5EME PARTIE</u> : <u>PROPOSITIONS</u>	96
<u>RESUME</u>	98
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	99
<u>ANNEXES</u>	105

INTRODUCTION

Dans le monde entier, la naissance d'un enfant fait la joie de sa famille. Cependant des milliers de femmes vivent quotidiennement la naissance de leur bébé non pas comme un évènement heureux, mais comme un enfer qui peut leur coûter la vie.

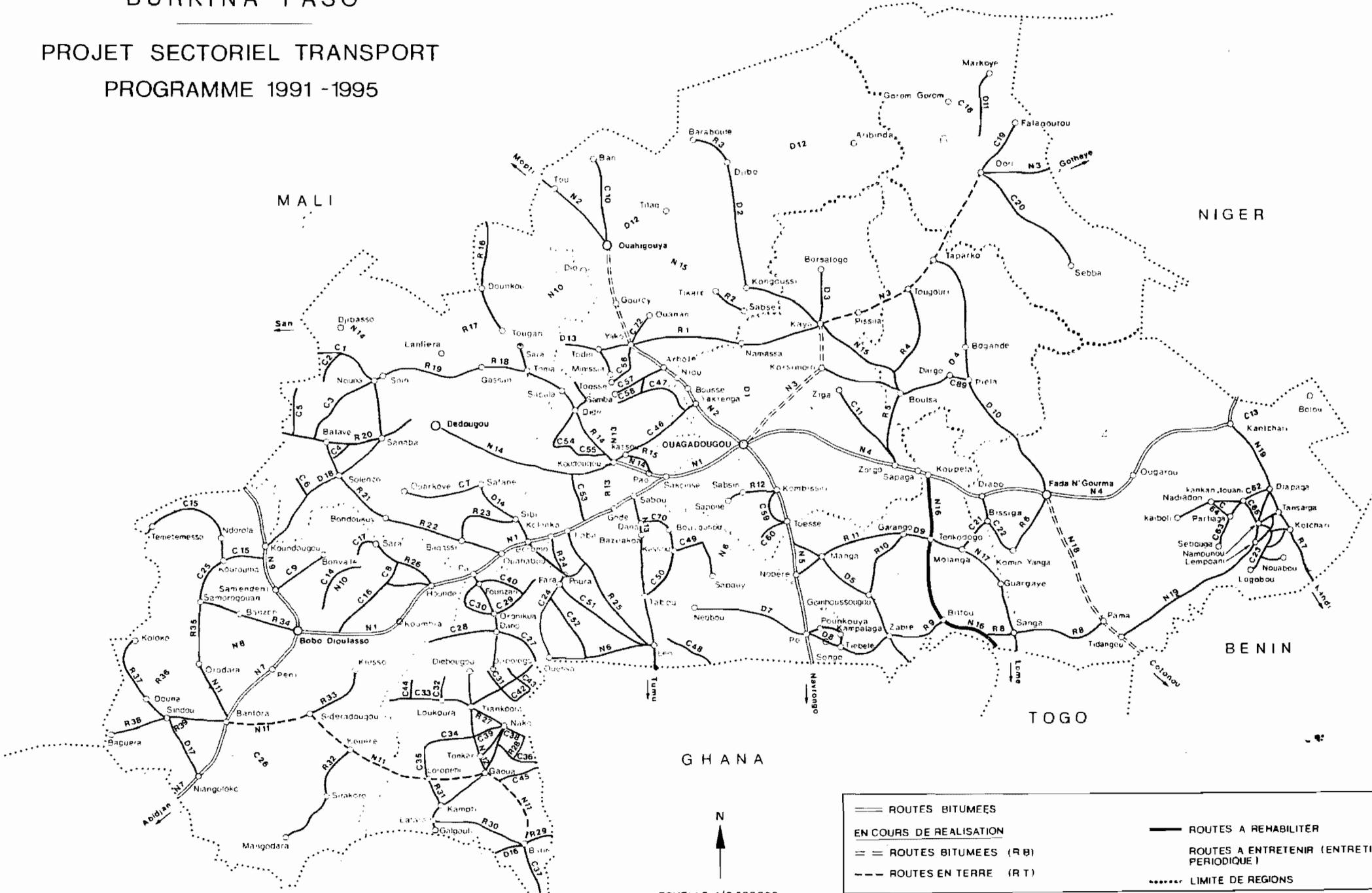
Suivez l'histoire vraie de cette jeune femme de 16 ans. Mariée il y a à peine un an, Aminata était enceinte dès le premier mois de sa vie conjugale. Durant toute sa grossesse, elle était restée sans aucune consultation prénatale. Le jour de son accouchement, elle fut assistée par deux accoucheuses de son village. Le travail avait commencé le 16 juin 1990 aux environs de 6 heures. 24 heures plus tard, elle n'avait pas encore mis son enfant au monde. Elle fut donc transportée au dispensaire le plus proche de chez elle qui était à 5 km. De là elle fut envoyée au Centre Médical par l'infirmier. Là le médecin avait découvert que Aminata avait des signes de prérupture. Il décida donc d'une évacuation sanitaire sur la Maternité de l'Hôpital Yalgado OUEDRAOGO qui est à 45 km du Centre Médical. La dotation d'essence de la formation sanitaire était épuisée dès la première semaine du mois. Son époux devait donc prendre en charge le prix du carburant. Il fut obligé pour cela, d'hypothéquer sa bicyclette qui avait jusque là servi à transporter sa femme. Aminata arriva dans le service de Gynécologie et d'Obstétrique de l'Hôpital Yalgado OUEDRAOGO à 15 heures. L'examen à l'entrée révéla une rupture utérine. Le médecin décida aussitôt d'une laparotomie et envoya chercher du sang. Mais notre jeune dame n'avait vraiment pas de chance. Il n'y avait plus de sang du groupe 0+ dans le service d'hématologie, et les deux salles d'opération étaient occupées. A 17 heures 30 minutes, Aminata fut installée sur la table d'opération. Quelques minutes après le retrait de son bébé qui était déjà mort, elle même s'éteignit dans un tableau de collapsus cardio-vasculaire.

En analysant le cas de cette jeune femme, nous découvrons qu'elle avait pourtant quelques portes de sortie, sur cette longue route qui l'a conduite vers la mort. Si elle n'avait pas été enceinte trop tôt, si et seulement si elle avait bénéficié de la dernière porte de sortie, c'est-à-dire un Centre Médical à moins de 10 km de chez elle, capable de la prendre entièrement en charge. Mais combien de femmes ont subi ou subiront encore le sort de Aminata ? C'est devant le nombre élevé de ces cas que nous nous sommes penché sur le problème de l'évacuation sanitaire dans notre service.

ENONCE DU PROBLEME

BURKINA FASO

PROJET SECTORIEL TRANSPORT PROGRAMME 1991 -1995



N
 ↑
 ECHELLE 1/2 500 000

— ROUTES BITUMÉES	— ROUTES A REHABILITER
— EN COURS DE REALISATION	— ROUTES A ENTRETIEN (ENTRETIEN PERIODIQUE)
== ROUTES BITUMÉES (R B) LIMITE DE REGIONS
--- ROUTES EN TERRE (R T)	

COTE D'IVOIRE

Le Burkina Faso est un pays Ouest Africain en voie de développement. Il présente un certain nombre de caractéristiques bien connues. L'agriculture et l'élevage qui sont la base de son économie occupent 85 % de la population.

Ces deux secteurs sont défavorisés par trois principaux facteurs :

- une désertification progressive ;
- une pluviométrie irrégulière et mal répartie ;
- une méthode culturale encore archaïque.

C'est pourquoi son revenu par tête d'habitant oscille autour de 63 000 F CFA.

Sur le plan des transports et communications, le réseau routier joue un rôle important. Ce dernier est cependant insuffisant et souvent en mauvais état. Ainsi selon un rapport de la direction des travaux publics, l'état du réseau routier en septembre 1990 montrait 9 130 km de route au total dont 37 % en mauvais ou très mauvais état. [5]

Cette catégorie composée essentiellement de routes départementales, régionales et non classées constitue le réseau intérieur. Elles sont donc quotidiennement empruntées par les malades pour rejoindre les formations sanitaires.

Dans le domaine de la santé, on constate une insuffisance du personnel de santé et des structures sanitaires ou de leur équipement. Ainsi en 1989, on rapporte les chiffres suivants : [6]

- un Centre Hospitalier Régional pour 988 330 habitants ;
- un Centre Médical pour 136 846 habitants ;
- un Centre de Santé et de Promotion sociale pour 19 212 habitants.

Enfin 94 ambulances pour 709 formations sanitaires desservant 8 894 971 habitants. 56 % seulement de la population a la chance d'être à 5 km d'une formation sanitaire. Ce déficit oblige à l'évacuation de beaucoup de malades vers les quelques

OBJECTIFS

1- OBJECTIF GENERAL

Analyser les problèmes liés à l'évacuation sanitaire en gynécologie et obstétrique en vue de contribuer à la baisse du taux de mortalité maternelle et infantile.

2- OBJECTIFS SPECIFIQUES

- 2-1- Déterminer les caractéristiques épidémiologiques et cliniques des évacuées ;
- 2-2- Déterminer les relations entre les différents paramètres épidémeio-cliniques ;
- 2-3- Etudier les conditions de l'évacuation ;
- 2-4- Déterminer le coût moyen de l'évacuation ;
- 2-5- Faire des propositions en vue d'apporter des solutions aux problèmes liés à l'évacuation sanitaire.

PREMIERE PARTIE : METHODOLOGIE

1- CADRE DE L'ETUDE

Le travail a été réalisé à la maternité de l'Hôpital Yalgado OUEDRAOGO. C'est le service de référence des pathologies gynécologiques et obstétricales de la ville de Ouagadougou et des provinces environnantes.

1.1. Le service compte sept(7) unités

- le bloc d'accouchement avec une salle d'attente de six (6) lits et une salle d'accouchement dotée de trois (3) tables d'accouchement ;
- le bloc opératoire avec deux (2) salles d'opération ;
- le pavillon de réanimation avec douze(12) lits ;
- la section "post opérées" avec vingt (20) lits ;
- la section "pathologies gynécologiques et suites de couches" avec vingt (20) lits ;
- la crèche avec vingt (20) berçeaux.

1.2. Le personnel est composé en 1992 de :

- neuf (9) médecins dont six (6) gynécologues-obstétriciens, deux (2) généralistes, un (1) anesthésiste réanimateur ;
- vingt sept (27) sages-femmes dont une sage-femme puéricultrice ;
- seize (16) assistants de santé ;
- seize (16) agents de soutien.

2- MALADES ET METHODES D'ETUDE

2.1. Notre étude comporte deux parties.

Il s'agit :

- d'une étude retrospective sur l'ensemble des dossiers des patientes évacuées dans le service de gynécologie et d'obstétrique du 1er janvier 1990 au 31 décembre 1990. Dossiers médicaux, registres d'accouchement et registres de sortie serviront au recueil des données ;

- d'une étude prospective sur toutes les femmes évacuées en fin d'hospitalisation du 1er mars 1992 au 30 avril 1992. Cette étude prospective de courte durée servira à relever les éléments non précisés dans l'étude retrospective, afin d'évaluer le coût moyen de l'évacuation.

2.2. La collecte des données

Elle est faite à l'aide de deux (2) fiches d'enquête.

- La première établie pour recueillir les informations à partir d'un dossier médical établi pour chaque malade à son entrée et mis à jour jusqu'à sa sortie. Les registres d'accouchement et de sortie ont servi à compléter certains éléments manquants sur certains dossiers médicaux.

- La deuxième fiche a servi à faire une enquête par interrogatoire directe de toutes les femmes évacuées en fin d'hospitalisation du 1er mars au 30 avril 1992. Il s'agit de malades hospitalisées dans deux sections du service : "suites de couches" et "post opérées".

2.3. Traitement informatique des données

La saisie à l'ordinateur a été faite après codification des différentes variables. Le logiciel Epi-info a été utilisé pour l'entrée et l'analyse des données.

3- DIFFICULTES RENCONTREES

- Les dossiers sont le plus souvent incomplets. Malgré l'usage des registres d'accouchement et de sortie, les éléments recherchés sont restés souvent incomplets par rapport à chaque dossier médical ;

- vue le nombre élevé de motifs et l'association de motifs dans certains dossiers, nous avons dû procéder à un choix du motif le plus probant puis à un regroupement ;

- pour l'étude prospective, nous n'avons pas pu remplir une fiche d'enquête pour toutes les sortantes pour les raisons suivantes :

- . Les sorties de malades sans avis médical ;
- . le départ de certaines malades avant l'interrogatoire ;
- . Les patientes ignorant les réponses aux questions.

DEUXIEME PARTIE : RESULTATS

1- FREQUENCE DES EVACUATIONS

1.1. Répartition des entrantes en fonction du mode d'admission : 1990

Tableau I : Fréquence annuelle des évacuations

Rubrique	TOTAL	Pourcentage
Evacuées	2135	54 %
Non évacuées	1818	46 %
TOTAL	3953	100 %

Pour l'année 1990, du 1er janvier au 31 décembre, 3953 entrantes ont été enregistrées dans le service de Gynécologie et d'obstétrique du Centre Hospitalier National Yalgado OUEDRAOGO.

Parmi elles, 2135 étaient évacuées, soit 54 % de l'effectif.

1.2. Répartition des évacuations par mois :

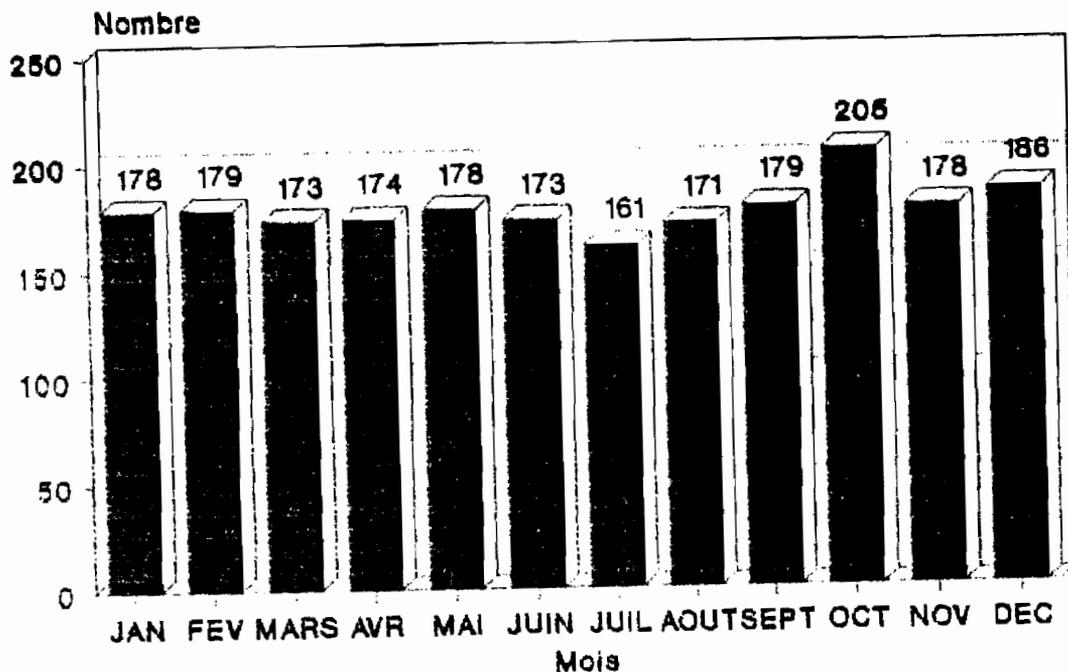


Figure No 1: Fréquence mensuelle des évacuations (1990)

Nous remarquons sur le graphique de répartition mensuelle des évacuations qu'il y a une légère baisse en juillet et août. C'est la saison pluvieuse avec les travaux champêtres et la dégradation des routes.

2- CARACTERISTIQUES DES EVACUEES

2.1. Age

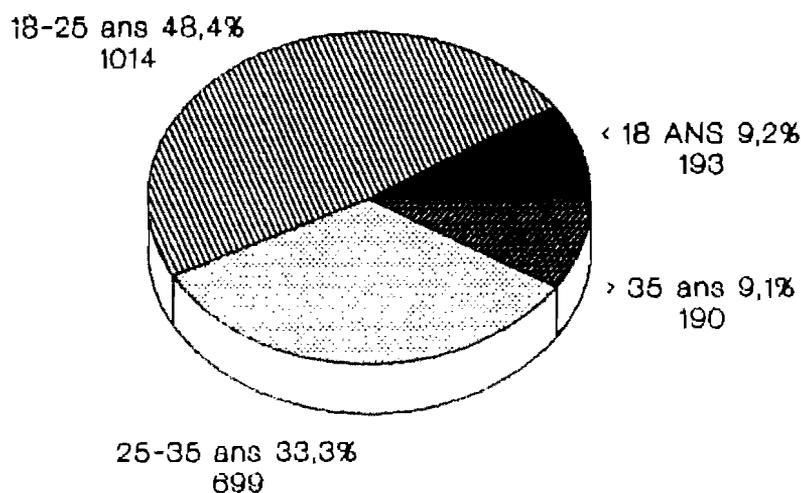


Figure No 2: Répartition des évacuées par tranche d'âge

Sur 2135 évacuées, 2096 ont entre 11 et 68 ans. Les âges des 39 autres étaient inconnus. Nous avons constitué 4 tranches d'âge.

- 193 soit 9,2 % des patientes ont moins de 18 ans.
- 190 soit 9,1 % ont plus de 35 ans.
- 1014 soit 48,4 % des patientes ont entre 18 et 25 ans. C'est dans cette tranche que se situe le mode de la distribution qui est 19 ans,
- 699 soit 33,3 % des patientes ont entre 25 et 35 ans.

Ces deux groupes constituent la majorité de la population.

2.2. Situation matrimoniale

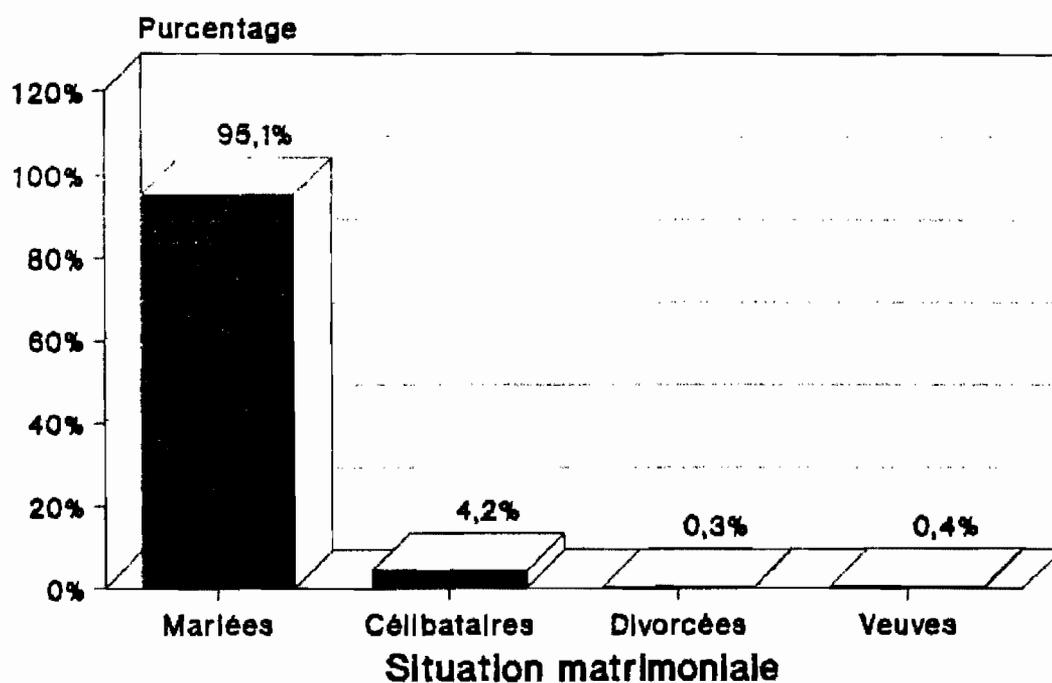


Figure No 3: Répartition des évacuées en fonction de la situation matrimoniale

Parmi les évacuées, 1964 ont eu leur situation matrimoniale mentionnée. 1868, soit 95,1 % sont mariées. C'est la majorité de la population.

2.3. Profession de la femme

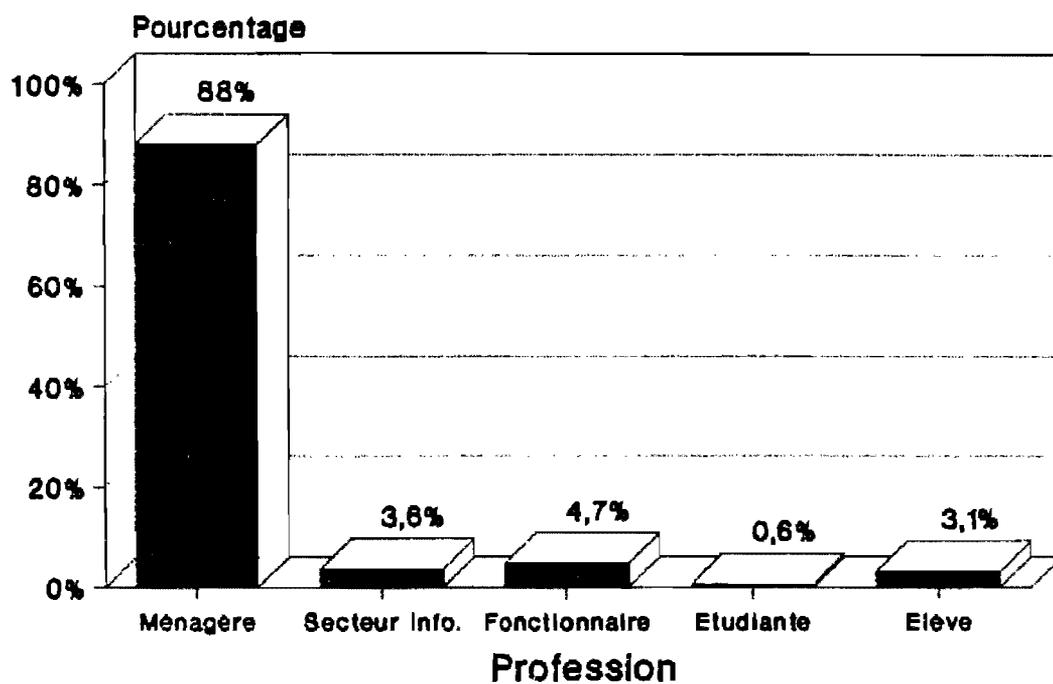


Figure No 4: Répartition des évacuées par profession

Sur 1916 femmes dont les professions ont été mentionnées, 1686 soit 88 % sont des ménagères.

2.4. Profession de l'époux

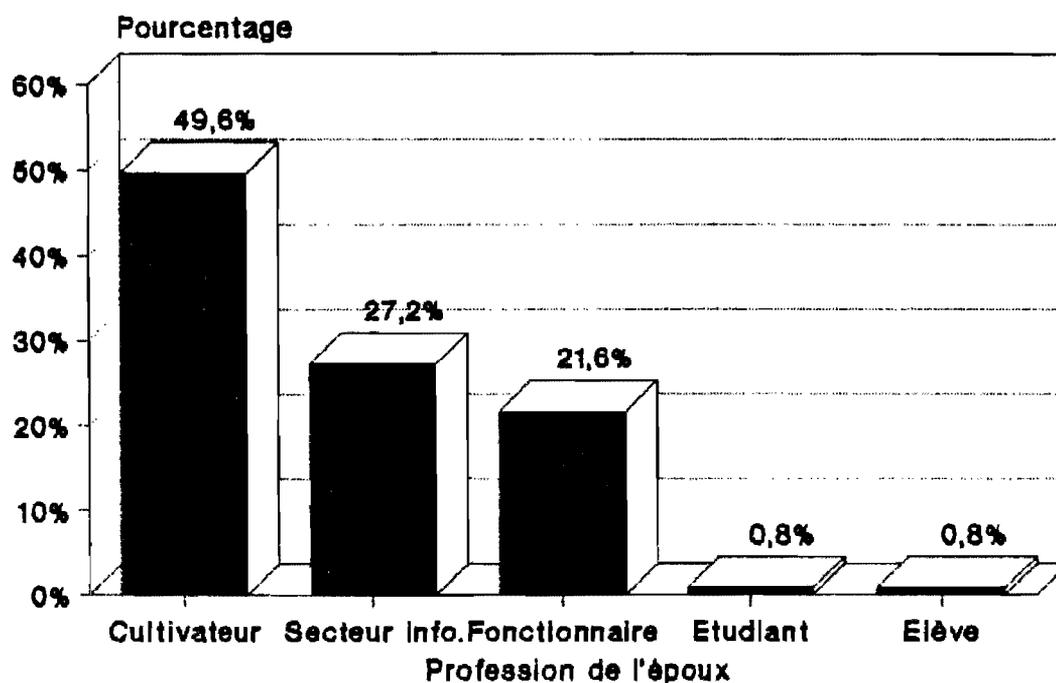


Figure No 5: Répartition des évacuées en fonction de la profession de l'époux.

1708 femmes ont eu la profession de leur époux mentionnée :

49,8 % sont des cultivateurs.

27,2 % sont du secteur informel.

2.5. Antécédents gynécologiques et obstétricaux

2.5.1. Age des premières règles

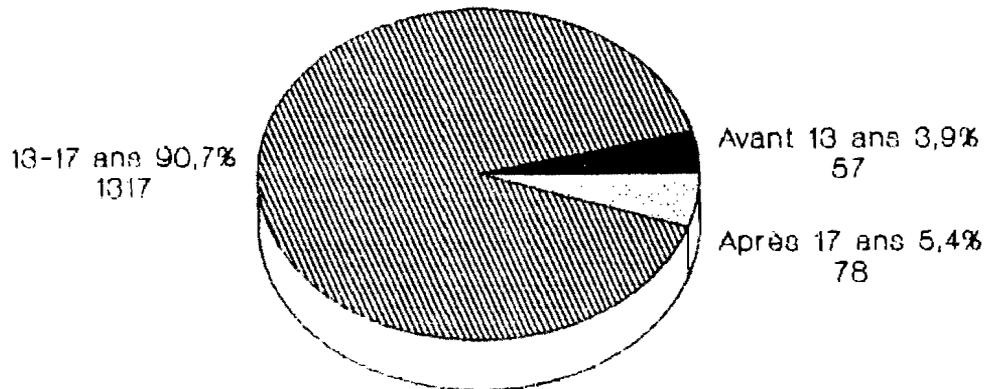


Figure No 6: Répartition des évacuées en fonction de l'âge des premières règles.

Nous avons fait un regroupement par tranche d'âge. Sur 1451 patientes, 1317 soit 90,7 % ont eu leurs premières règles entre 13 et 17 ans.

Le mode de la distribution est situé à 15 ans.

2.5.2. Cycle menstruel

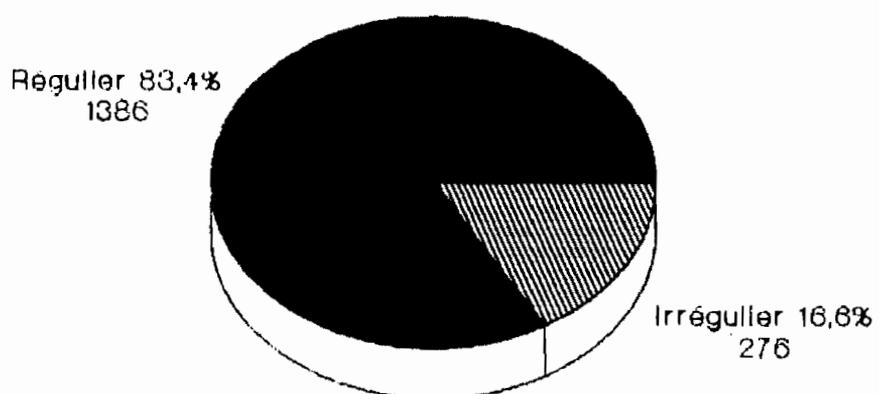


Figure No 7: Répartition des évacuées en fonction du caractère régulier ou irrégulier du cycle

La majorité des patientes soit 83 % ont un cycle régulier.

2.5.3. Gestité

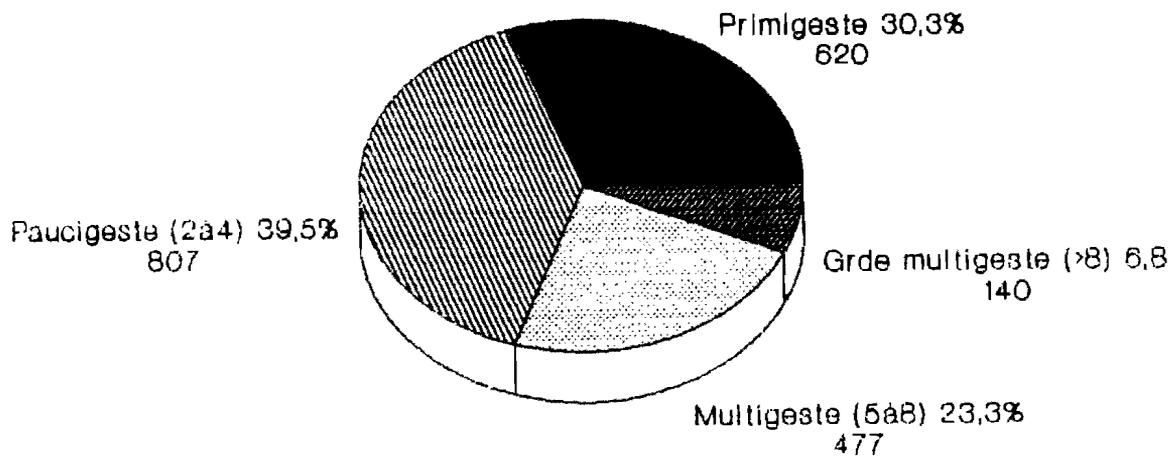


Figure No 8: Répartition des évacuées en fonction de la gestité

620 soit 30,3 % des patientes étaient des primigestes. Les paucigestes sont les plus nombreuses avec une proportion de 39,5 %.

2.5.4. Parité

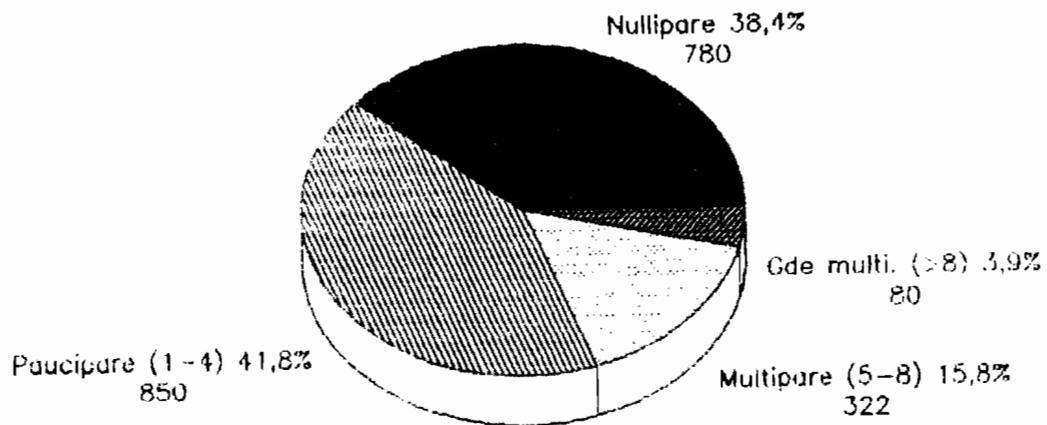


Figure No 9: Répartition des évacuées en fonction de la parité

Nous constatons une différence avec la gestité. L'avortement est à l'origine de l'interruption de bon nombre de grossesses.

2.6. Motifs d'évacuation

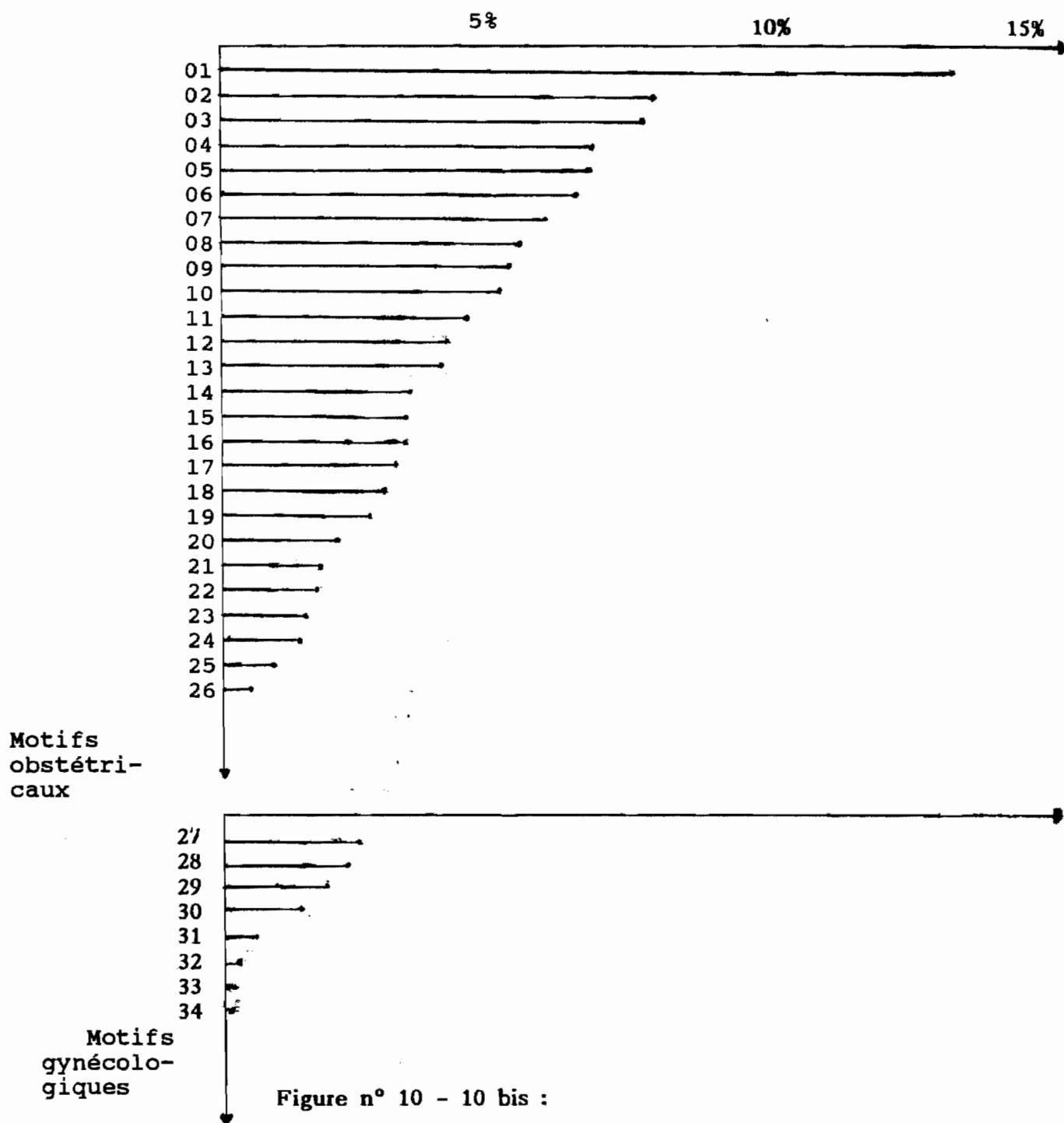


Figure n° 10 - 10 bis :
Fréquence des évacuations par motif.

Les principales raisons ayant motivé l'évacuation sont représentées par leurs proportions respectives sur l'histogramme. Elles sont classées par ordre décroissant de leur fréquence.

+ problème obstétrical

01 : Autres motifs obstétricaux : 13,5 %. En fonction de leur importance relative et de leur faible fréquence, nous avons regroupé en un seul chapitre certains motifs obstétricaux qui sont :

- rétention d'oeuf mort
- enfant précieux
- gros foetus
- femme de petite taille
- vomissements gravidiques
- condylomes et grossesse
- prolapsus et grossesse
- crise drépanocytaire et grossesse
- hauteur utérine excessive
- rupture prématuré des membranes
- femme difficile
- troubles de comportement
- mauvais état général et grossesse
- ictère et grossesse
- accident de la circulation + grossesse.

02 : métrorragies et grossesse :	7,6 %
03 : dystocie dynamique :	7,3 %
04 : utérus cicatriciel :	6,1 %
05 : avortement incomplet :	6,1 %
06 : présentation anormale :	5,9 %
07 : hémorragie post partum :	5,2 %
08 : menace d'avortement :	4,7 %
09 : bassin pathologique :	4,6 %
10 : disproportion foeto-pelvienne	4,5 %
11 : non progression du mobil foetal ou défaut d'engagement	3,6 %
12 : mauvais effort expulsif :	3,3 %
13 : prérupture et rupture utérine	3,2 %
14 : douleurs pelviennes et grossesse	2,5 %
15 : toxémie gravidique et complications :	2,4 %
16 : placenta praevia :	2,4 %

17 : Anémie post partum ou abortum :	2,2 %
18 : souffrance foetale :	1,9 %
19 : anémie et grossesse :	1,7 %
20 : procidence du cordon :	1,2 %
21 : rétention du 2è jumeau :	0,9 %
22 : Grossesse extra utérine :	0,9 %
23 : Grande multiparité :	0,8 %
24 : menace d'accouchement prématuré :	0,7 %
25 : infection post partum :	0,5 %
26 : syndrome infectieux et grossesse :	0,3 %

+ Problème gynécologique

27 : métrorragies :	1,5 %
28 : douleurs pelviennes :	1,5 %
29 : masse pelvienne :	1 %
30 : Autres motifs gynécologiques :	0,7 % comme

précédamment certains motifs gynécologiques ont été regroupés.

Ils sont :

- cloison vaginale
- prolapsus
- tuméfaction vaginale
- déchirure du Douglas
- déchirure du vagin.

31 : troubles du cycle :	0,2 %
32 : fibrome utérin :	0,1 %
33 : cancer génital :	0,1 %
34 : kyste de l'ovaire :	0,0 %

Pour 10 malades, soit 0,5 %, nous n'avons pas trouvé le motif d'évacuation énoncé dans le dossier.

2.7. Diagnostic réel

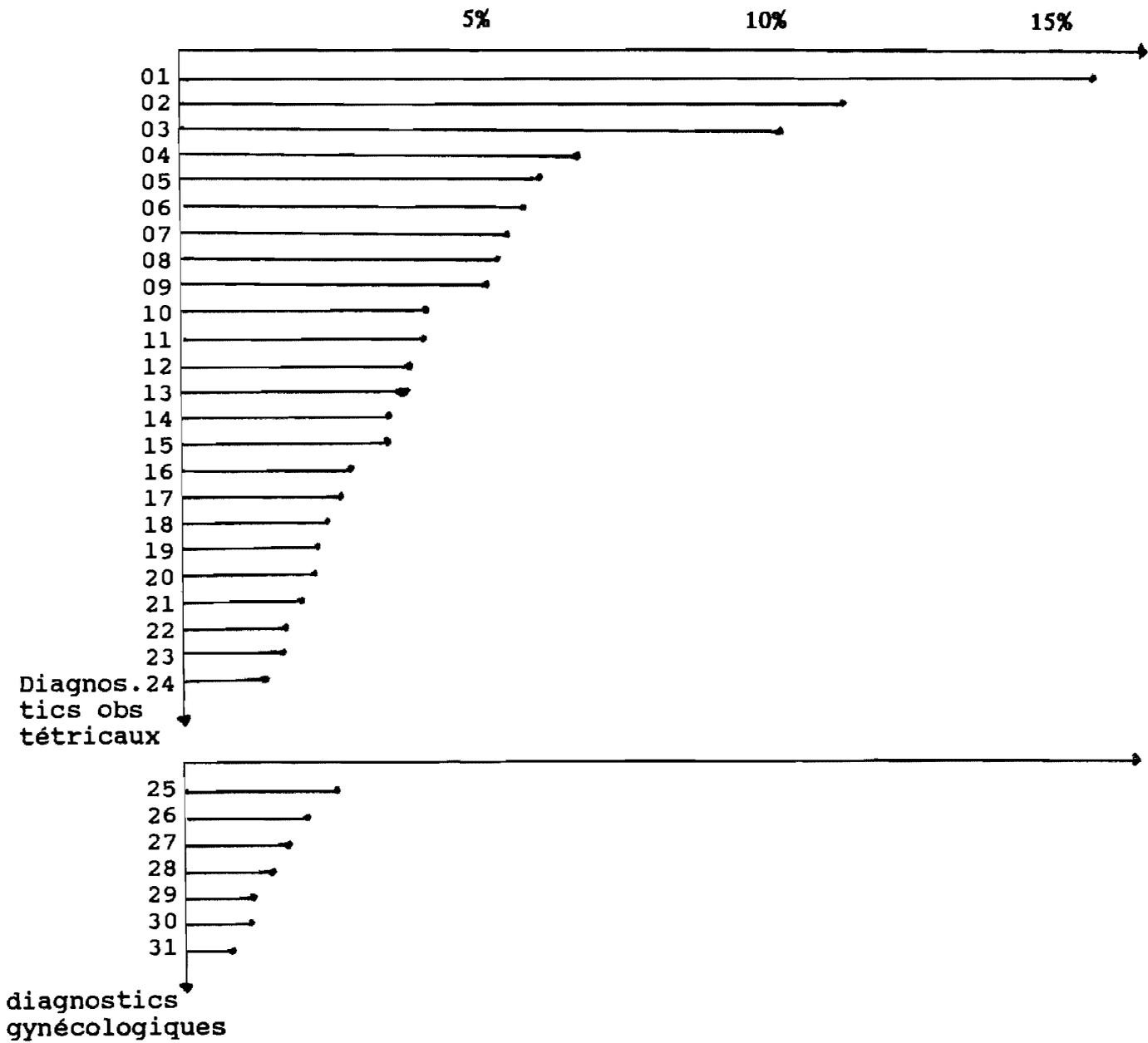


Figure 2: Fréquence des évacuations par diagnostic réel

Pour chaque diagnostic réel et dans un ordre décroissant de leur fréquence, l'histogramme montre les proportions suivantes :

+ diagnostic obstétrical	
01 : normal	16,6 %
02 : autres diagnostics obstétricaux :	10,6 %
composés de :	
- rétention d'oeuf mort	
- ictère et grossesse	
- vomissements gravidiques	
- condylomes et grossesses	
- prolapsus et grossesse	
- crise drépanocytaire et grossesse	
- hydramniés	
- psychose puerperale	
- rupture prématuré des membranes	
03 : avortement incomplet :	9,1 %
04 : bassin pathologique :	6,4 %
05 : menace d'avortement :	5,7 %
06 : hémorragie post partum :	5,0 %
07 : prérupture et rupture utérine :	4,9 %
08 : disproportion foeto-pelvienne :	4,8 %
09 : présentation anormale :	4,3 %
10 : toxémie gravidique et complications :	3,1 %
11 : utérus cicatriciel :	3,1 %
12 : souffrance foetale :	3 %
13 : placenta praevia :	2,7 %
14 : infection post partum ou abortum :	2,6 %
15 : anémie post partum ou abortum :	1,7 %
16 : procidence du cordon :	1,5 %
17 : syndrome infectieux et grossesse :	1,3 %
18 : Dystocie dynamique :	1,2 %
19 : grossesse extra utérine :	1,2 %
20 : anémie et grossesse :	1,0 %
21 : défaut d'engagement :	0,9 %
22 : grande multiparité :	0,8 %
23 : rétention du 2e jumeau :	0,7 %

+ Diagnostic gynécologique		
24 :	infection génitale haute :	1,8 %
25 :	: autres diagnostics gynécologiques :	1,0 %
	qui sont :	
	- cloison vaginale	
	- prolapsus	
	- bartholénite	
	- déchirure du douglas	
	- lésion vaginale par traumatisme	
26 :	Trouble du cycle	0,5 %
27 :	cancer génital :	0,3 %
28 :	fibrome utérin :	0,2 %
29 :	kyste ovarien :	0,2 %
30 :	masse pelvienne :	0,1 %

Le diagnostic était inconnu dans 0,5 % des cas.

Motif Diagnostic Reel	Normale	Dispro. R. P.	Ut. CiCat.	N. E.P. exp.	Bass. Patho.	Defaut. Eng	Menace. Aut	Aut. Incom.	Present. Aut	Hgic. Post. P.	Souff. Feat.	Procid. Cord	Anemie + G	An. Post. P.	Metrorr d G	Doul. Pel. + G	Prer d RU	Tox. d Compl	N. Accht. P.	P. P.	Reten. 25	Dysto. Dyn	Infect. P. P.	Infect + G	G.E.U.	Grde Xpr	Autres obst	Tables. cy	Metrorr	Doul. Pelv	Masse Pelv	Kyste ov	Fibrome ut	Kc Genit.	Infect. hte	Autres cy.	TOTAL	
Normale	31	4	41	29	33	1	4	27	3	18											4	71															350	
Dispro. F.P.	32	1	12	7	12						4										3	20															402	
Ut. CiCat.			65																																		66	
N. E.P. exp.																																						
Bass. Patho.	7	34	3	49	8			2		2												9															436	
Defaut. Eng	3	4	1		4																	1	1													19		
Menace. Aut							65	3														35	8		2	1											421	
Aut. Incom							24	115														2	38	5													494	
Present. Aut			7		1				38														1														91	
Hgic Post. P										101					6																						107	
Souff Feat.	5	2	7	4	9				1		9											1	1	2													65	
Procid. Cord	1								4				25										1														32	
Anemie + G													20												1												22	
An. Post. P.							1	1							29																						36	
Metrorr d G																																						
Doul. Pel. + G																																						
Prer d RU	14	7	5	4	10			7		4	1										1	2	30				3										104	
Tox. d Compl	3	2	1	1				1		1		4										8	4	7	30		2										67	
N. Accht. P.			1	2				4				4										16	9	2	11			1									65	
P. P.			1				3															15	4	1	2	14		2									58	
Reten. 25																																					16	
Dysto. Dyn					1						2																										26	
Infect. P. P.							3	3		6					10									1														54
Infect + G														4									2				2										26	
G.E.U.																						4	4				14										24	
Grde Xpr	1																											17									19	
Autres obst		2		2			1	2					4									35	10		5	11		3		16								225
Tables. cy							1																														40	
Metrorr																																						
Doul. Pelv																																						
Masse Pelv																																						1
Kyste ov																																						4
Fibrome ut																																						5
Kc Genit.																																					7	
Infect. hte																																					13	
Autres cy.																																					2	
TOTAL	97	130	70	99	77	93	130	126	110	40	26	36	47	160	53	68	52	16	51	20	156	11	7	20	17	256	4	32	32	20	1	2	2.			18	212	

2.8. Correlation motif d'évacuation - diagnostic réel

Tableau II : Correlation motif d'évacuation-diagnostic réel. (page précédente)

* Définition : l'évacuation sanitaire en obstétrique est définie par Alihonou cité par OUEDRAOGO Boniface [37] comme étant le "transfert d'un centre de santé à un autre plus équipé, d'une patiente présentant une pathologie développée au cours de la gravido-puerperalité".

Avant son arrivée à la maternité de l'Hôpital Yalgado OUEDRAOGO, la patiente s'est d'abord adressée à la structure sanitaire la plus proche de chez elle. Cette structure joue un rôle très important car c'est elle qui au vu des problèmes posés décide de l'évacuation du malade.

En examinant le tableau nous constatons que pour 2057 évacuations, dans 350 cas, soit 16,5 % l'examen à l'arrivée était normal. L'évacuation n'était donc pas justifiée. En examinant de plus près ce tableau, avec en abscisse le diagnostic réel et en ordonné les motifs, nous découvrons que :

- * chez 97 femmes évacuées pour disproportion foeto-pelvienne,
 - le diagnostic était confirmé dans 33,0 % des cas;
 - dans 32,0 % des cas l'accouchement était normal;
 - dans 35 % des cas il s'agissait d'une erreur diagnostic.

- * Chez 70 femmes évacuées pour mauvais effort expulsif,
 - 58,57 % ont accouché normalement,
 - dans 15 cas il s'agissait d'une disproportion foeto-pelvienne,
 - dans 3 cas il s'agissait d'un bassin pathologique.

- * Chez 99 femmes évacuées pour bassin pathologique
 - dans 29,29 % des cas, l'accouchement s'est déroulé normalement

- le diagnostic était confirmé dans 49,49 % des cas.
- * Sur 77 patientes évacuées pour non progression du mobil foetal,
 - dans 42,85 % des cas, la femme a accouché normalement,
 - dans 57,15 % des cas, il s'agissait d'une erreur diagnostic.
- * La menace d'avortement a été confirmée dans
 - 65,56 % des cas
 - dans 24,24 % des cas il s'agissait d'un avortement incomplet.
- * L'avortement incomplet a été confirmé dans 91,53 % des cas.
- * La présentation anormale a été confirmée dans 61,90 % des cas.
- * Sur 110 femmes évacuées pour hémorragie post partum ou abortum, le motif était
 - confirmé dans 91,8 % des cas
 - dans 3 cas l'examen était normal
 - dans 6 cas il s'agissait d'une infection post partum ou abortum
- * Sur 40 patientes évacuées pour souffrance foetale,
 - dans 18 cas soit 45 % l'auscultation des bruits du coeur foetal était normale
- * Sur 26 cas de procidence du cordon, 25 cas soit 96,1 %, le motif était confirmé.
- * Chez 160 femmes évacuées pour métrorragies et grossesse, dans 8 cas le saignement n'était confirmé ni par l'interrogatoire ni par l'examen.
- * Le syndrome de prérupture ou la rupture utérine a été confirmé dans 44,1 % des cas

- dans 32,35 % des cas l'examen était normal
- dans 23,55 % des cas il s'agissait d'une erreur diagnostic

* La toxémie gravidique a été confirmée dans 57,69 % des cas.

* Le placenta praevia a été confirmé dans seulement 27,45 % des cas.

* Sur 156 femmes évacuées pour dystocie dynamique,

- 45,51 % ont pu accoucher normalement ;
- dans 12,82 % des cas la dystocie n'a pas pu être levée ;
- dans 41,67 % des cas il s'agissait d'une erreur diagnostic.

* L'infection post partum, le syndrome infectieux et grossesse, la grande multiparité ont été confirmés dans tous les cas.

* Sur 20 femmes évacuées pour suspicion de grossesse extra-utérine, ce motif n'a été confirmé dans aucun cas.

3- CONDITIONS DE L'EVACUATION

3.1. Provenance

3.1.1. Fréquence des évacuations par province

Tableau III : Fréquence des évacuations par province

Provinces	Nombre total d'évacués	Pourcentage
01 Bam	22	1,0 %
02 Bazega	133	6,3 %
03 Bougouriba	1	0,0 %
04 Boulougou	16	0,8 %
05 Boulkiemdé	47	2,2 %
06 Comoé	1	0,0 %
07 Ganzourgou	45	2,1 %
08 Gna-Gna	1	0,0 %
09 Gourma	2	0,1 %
10 Houet	0	0 %
11 Kadiogo	1479	69,8 %
12 Kéné Dougou	0	0 %
13 Kossi	0	0 %
14 Kouritenga	58	2,7 %
15 Mouhoun	16	0,8 %
16 Nahouri	22	1,0 %
17 Namentenga	5	0,2 %
18 Oubritenga	135	6,4 %
19 Oudalan	1	0,0 %
20 Passoré	54	2,5 %
21 Poni	2	0,1 %
22 Sanguié	3	0,1 %
23 Sanmatenga	5	0,2 %
24 Séno	1	0,0 %
25 Sissili	22	1 %
26 Soum	0	0,0 %
27 Sourou	2	0,1 %
28 Tapoa	1	0,0 %
29 Yatenga	3	0,1 %
30 Zoundweogo	43	2,0 %
TOTAL	2120	100 %

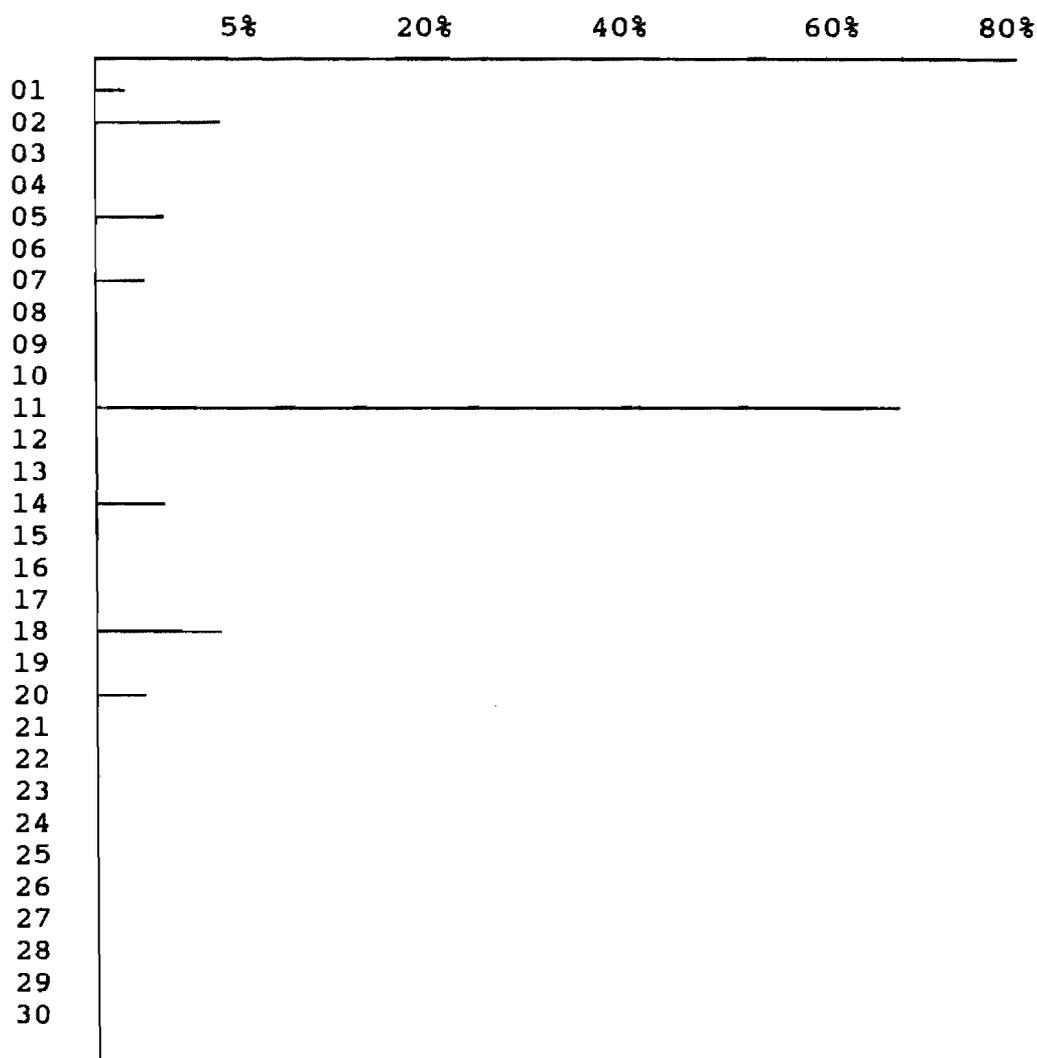


Figure N° 12 : Fréquence des évacuations par province.

69,5 % des évacuées viennent du Kadiogo, 6,3 % du Bazega, 6,4 d'Ouhadja et 1 % de la Sissili. Nous pouvons dire que la fréquence des évacuations diminue avec l'éloignement de la province.

Le Houet, le Kéné Dougou, la Kossi, le Soum n'ont pas fait d'évacuation sur la maternité de l'Hôpital Yalgado OUEDRAOGO au cours de l'année 1990. La Bougouriba, la Comoé, le Gourma, l'Oudalan, le Poni, le Sanguié, le Namentenga, le Séno, le Sourou, la Tapoa, le Yatenga ont fait très peu d'évacuation sur la maternité de l'hôpital Yalgado OUEDRAOGO. C'est la situation où la proximité relative de CHR par rapport à ces provinces qui explique ce phénomène.

Province Motif	Bam.	Bagéga	Beugaurisa	Boulouga	Boulkicende	Comoe	Gangaugau	Gua-gua	Gourma	Houet	Kadiogo	Kendougou	Kossi.	Kourtena	Houhou	Nahouri	Namoutaga	Ouhitenga	oudalan	Passare	Poni	Sanguie	Saumataga	Seno	Sissili	Soum	Sourou	Tapoa	Yatenga	Zoundougou	TOTAL
Dispro. F.P.		8		2	6		5				41			8		1		4		7			4		3					6	97
Ut. Cicat.	1	8		1	4		3				93			9			1	8		2		2			1	1			1	131	
M. Epp. exp.		3		1	1		1				57			2				2												1	68
Bass. Patho.	1	2		1	4		2				65			2		2		4	1	1									12	97	
Defaut. Eng.		6			1		1				49			1	1			11		5					2						77
Menace. Avt.		3			1						87			2	1			5		1											100
Avt. Incomp	1	6			1		2				110			1		2		6											1	130	
Present Anle	4	15		3	9		4				58			3	1	2	2	14		6						1			4	126	
Hgic Post. P.	1	9			1		3				72				3	1	1	12		1					3				1	108	
Soupp. Foet		4									35									1											40
Procid. cord.		1		1	1						21																		2	26	
Anemist G	2	3			1		1				23							2		2	1	1									36
An. Post. P.		7					1				25				1			3		9											46
Metrarr G		7		2	1		3				126			6	1	1		9		2						2			1	161	
Doul. Pel. + G	1	1			1						45						1	3		1						1					54
Prer d R.U.	3	7	1		2	1	4				30			1	1	1		6		2		1			2				5	67	
Tox. + Compl.		1									45			2				2												1	51
M. Accht. P.					1						15																				16
P.P.		5			3		2				31			3		1		1		2					3						54
Reten. 25j.		3									13			1						1									2		20
Dysto. Dyn.	2	12		2	4		2				99			8	2	4		14		3		1	1		1						155
Infect. P. P		1									7				1	1		1													11
Infect. + G											7																				7
G.E.U.							1				18			1																	20
Grde Xpr.											16			1																	17
Autres obst.	3	13		1	4		7	1			218			5		3		23		3	1	1			3		1		1		288
Tribles. cy		1									2																			1	4
Metrarr		2		1			2	1			19			1		1				2						1		1	1		32
Doul. Pelv.	1	2					1				26			1	2																33
Masse Pelv.	1				1		1				12			2		2		3													22
Kyste ov.											1																				1
Fibrome Ut.															1					1											2
Kc. genit.														1															1		2
Autres gy.	1	2			1						6							2		2				1							15
	22	132	1	16	47		45	1	2		1472			58	15	22	5	135	1	54	2	3	5	1	22	2	1	3	43	2411	

3.1.2. Fréquence des motifs par province.

(Tableau IV page précédente)

A partir du tableau IV nous avons remarqué que les motifs : mauvais effort expulsif et grande multiparité sont évacués presque exclusivement du Kadiogo. Nous avons alors étudié ces motifs en fonction du mode d'accouchement.

3.1.3. Fréquence du mode d'accouchement en fonction de deux motifs.

3.1.3.1. Fréquence des différents modes d'accouchement en fonction du motif : Grande multiparité

Tableau V: Fréquence des différents modes d'accouchement en fonction du motif : grande multiparité

Mode d'accouchement	Grande multiparité
Normal	16
Cesarienne	1
Total	17

- sur 17 femmes évacuées pour grande multiparité, 16 soit 94,1 % ont accouché normalement.

3.1.3.2. Fréquence des différents modes d'accouchement en fonction du motif : mauvais effort expulsif

Tableau VI Fréquence des différents modes d'accouchement en fonction du motif : mauvais effort expulsif.

Mode d'accouchement	Mauvais effort expulsif
Normal	45
Forceps	4
Ventouse	3
Embryotomie	3
Cesarienne	15
Total	70

- Sur 70 patientes évacuées pour mauvais effort expulsif, 45 soit 64,3 % ont accouché normalement.

3.2. Formation sanitaire

3.2.1. Fréquence des évacuations par formation sanitaire

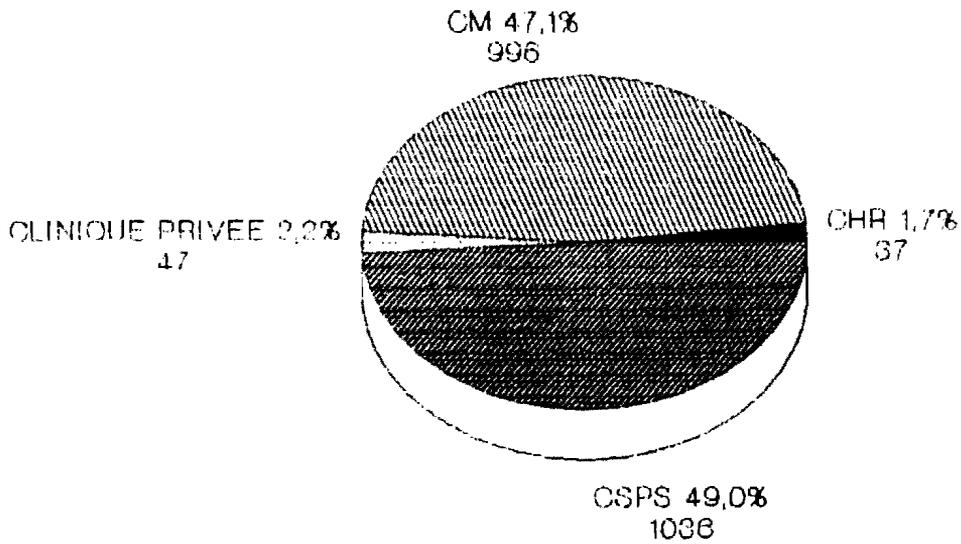


Figure No 13: Fréquence des évacuations par formation sanitaire

La répartition globale des évacuations par formation sanitaire nous montre que la majorité des évacuations soit 49 % sont faites à partir des centres de santé et de promotion sociale.

3.2.2. Formation sanitaire qui évacue par rapport à la province.

Tableau VII : fréquence des évacuations par formation sanitaire et par province.

Rubrique	CHR	CM	CSPS	Clinique	Total	Pourcentage
Kadiogo	0	577	853	47	1477	69,8 %
Autres provinces	35	418	185	0	638	30,2 %
Total	35	995	1038	47	2115	100 %

La répartition détaillée des évacuations par formation sanitaire et par province montre qu'en dehors du Kadiogo, ce sont les centres médicaux qui évacuent le plus souvent. Cela s'explique par la disponibilité des moyens d'évacuation telles ambulances qui sont prioritairement affectées au CHR puis au CM et enfin au CSPS.

3.3. Mode d'évacuation

Le mode d'évacuation et le coût moyen de l'évacuation sont des éléments que nous n'avons pas pu analyser à partir de l'étude retrospective car les données manquaient.

Pour cette partie du travail nous avons fait l'analyse à partir des données recueillies au cours de notre enquête.

Cette étude prospective a porté sur 122 femmes hospitalisées dans deux sections du service, "suites de couches" et "post opérées".

Nous avons exprimé tous les coûts en francs CFA.

3.3.1. Moyen d'évacuation

Tableau VIII: Fréquence des moyens d'évacuation

Moyen d'évacuation	Total	Pourcentage
Ambulance	83	68,0 %
Autres	39	32,0 %
Total	122	100 %

Pour l'évacuation de 122 femmes, l'ambulance qui est un moyen public de transport des malades a été utilisée 83 fois soit 68 % des cas. Dans 32 % des cas, un autre moyen de transport a été utilisé par la malade pour rejoindre nos services.

3.3.2. Section d'hospitalisation

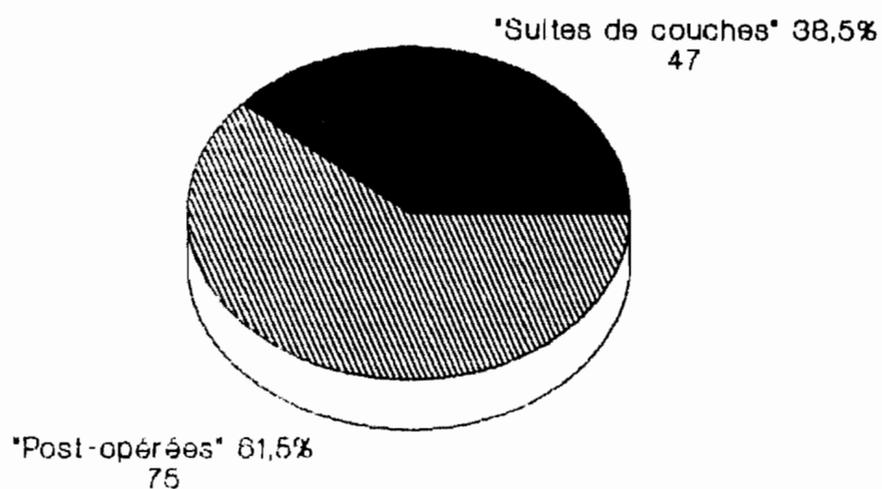


Figure No 14: Répartition des évacuées par section d'hospitalisation

La répartition globale des 122 patientes dans les deux sections du service est de 61,5 % pour les "post opérées" et 38,5 % pour les "suites de couches".

3.4. Coût de l'évacuation

3.4.1. Coût du transport

3.4.1.1. Coût du transport aller

3.4.1.1.1. Coût du "transport aller"

Kadiogo-Maternité Y.O.

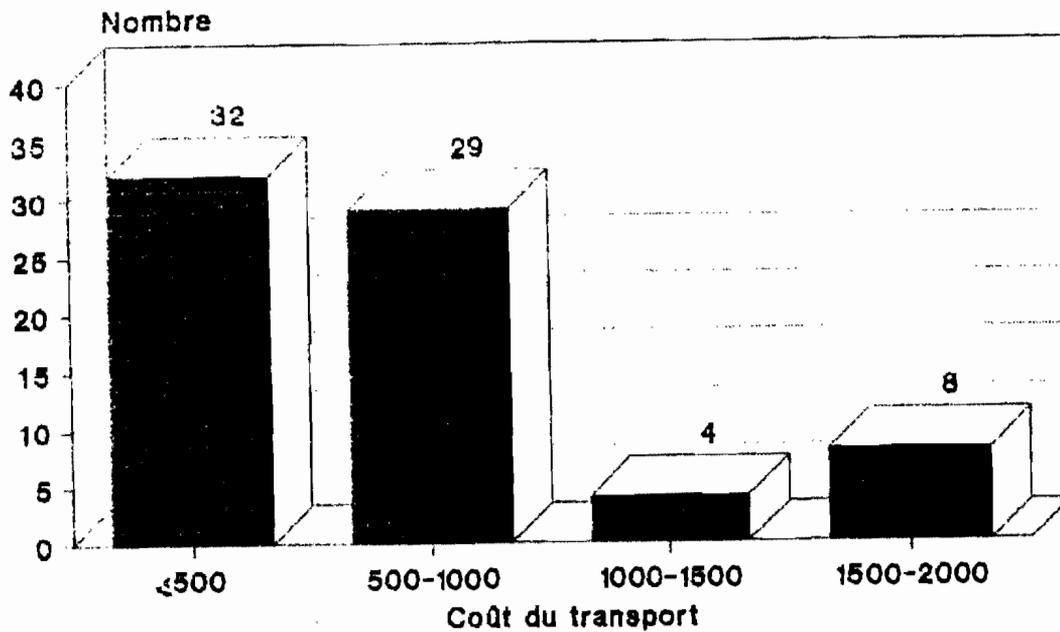


Figure No 15: Répartition du coût du "transport aller" pour la province du Kadiogo

A l'intérieur de la province du Kadiogo la majorité des patientes ont payé moins de 600 F pour rejoindre la maternité Yalgado OUEDRAOGO.

3.4.1.1.2. Coût du "transport aller"
Bazega-Maternité Y.O.

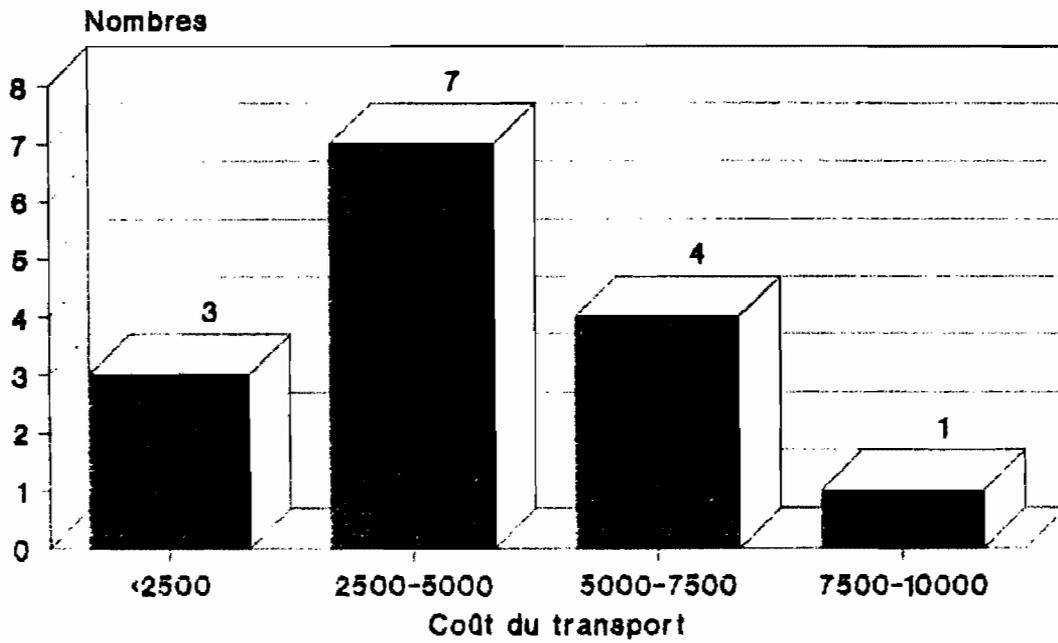


Figure No 16: Répartition du coût du "transport aller" pour la province du Bazèga

Venant du Bazega, la majorité des patientes soit 46,66 % ont payé entre 2500 et 5000 F pour leur transport jusqu'à la maternité Yalgado OUEDRAOGO.

3.4.1.1.3. Coût du "transport aller"
Boulkiemdé-Maternité Y.O.

Tableau IX : Répartition du coût du "transport aller" pour la province du Boulkiemdé

Coût transport	Fréquence	Pourcentage
0	1	14,3 %
4000	3	42,9 %
6500	1	14,3 %
8000	1	14,3 %
10000	1	14,3 %
Total	7	100 %

Sur sept (7) malades en provenance du Boulkiemdé, 3 ont payé 4000 F pour le "transport aller".

3.4.1.1.4. Coût du "transport aller" :
Ganzourgou-Maternité Y.O.

Tableau X : Répartition du coût du "transport aller" pour la province du Ganzourgou

Coût transport	Fréquence	Pourcentage
12000	3	60 %
13000	1	20 %
15000	1	20 %
Total	5	100 %

Cinq (5) patientes sont venues du Ganzourgou. Trois (3) ont payé chacune 12 000 F pour leur "transport aller".

3.4.1.1.5. Coût du "transport aller" :
Oubritenga-Maternité Y.O.

Tableau XI : Répartition du coût du "transport aller" pour la province d'Oubritenga

Coût transport	Fréquence	Pourcentage
0	1	25 %
4250	1	25 %
5500	1	25 %
8500	1	25 %
TOTAL	4	100 %

Pour 4 malades venues d'Oubritenga, chacune a payé un prix unitaire de "transport aller". Une a été évacuée gratuitement, une a payé 8 500 francs.

3.4.1.1.6. Coût du "transport aller" :
Zoundweogo-Maternité Y.O.

Tableau 10: Répartition du coût du "transport aller" pour la province du Zoundweogo

Coût transport	Fréquence	Pourcentage
0	1	25 %
11 120	1	25 %
13 780	2	50 %
Total	4	100 %

Quatre malades sont venues du Zoundweogo. Une a été évacuée gratuitement, deux ont payé chacune 13 780 francs et une a payé 11 120 francs.

3.4.1.1.7. Le coût du "transport aller"
pour les autres provinces.

- Nous avons eu 4 malades en provenance du Boulgou. Chacune a dû payer 15 000 francs pour rejoindre nos services.
- Une seule patiente dans notre série a été évacuée du Kouritenga. Elle a payé 14 000 francs pour son "transport aller".
- Deux malades ont été évacuées du Nahouri. L'une a payé 9000 et l'autre 15 000 francs.
- Deux malades ont été évacuées du Passoré. L'une a payé 10 000 et l'autre 11 000 francs.
- Une malade en provenance du Poni a payé 8 000 francs pour rejoindre nos services.
- Deux patientes sont venues du Sanguié. L'une a payé 11 535 et l'autre 12 040 francs.
- Deux malades ont été évacuées de la Sissili. L'une a payé 15 000 francs et l'autre a été évacuée gratuitement.

3.4.1.2. Coût du "transport retour"

Tableau XIII : Tarification du transport : Ouagadougou-Chef lieu de province : Régie X9

Province	Coût transport (francs CFA)
Bazega (Kombissiri)	800
Boulgou (Tenkodogo)	1200
Boulkiemdé (Koudougou)	1200
Ganzourgou (Zorgho)	800
Kadiogo (Ouagadougou)	0
Kouritenga (Koupéla)	1100
Nahouri (Pô)	1450
Oubritenga (Ziniaré)	600
Passoré (Yako)	1100
Poni (Gaoua)	4000
Sissili (Léo)	2200
Zoundweogo (Manga)	1950

Pour le retour de la malade, nous avons supposé qu'elle utilisera un moyen de transport en commun. Nous avons ainsi choisi les tarifs de la Régie Nationale de Transport en Commun X9.

3.4.1.3. Coût total du transport

La malade évacuée est toujours en compagnie d'une tiers personne. Il faut donc pour chacune des malades multiplier ce coût de "transport retour" par deux. Pour les malades du Kadiogo, nous avons fixé un prix forfaitaire de 1 000 F pour le retour. Nous pouvons alors écrire que :

- La majorité des patientes évacuées de l'intérieur du Kadiogo ont dû payer 1 500 F pour leur transport.
- La plupart des malades évacuées du Bazega ont payé 4 000 à 6000 francs pour leur transport.
- Parmi les sept (7) malades venues du Boulkiemdé, trois (3) ont dû payer chacune 6 400 francs.
- Sur cinq (5) patientes évacuées du Ganzourgou, trois ont payé chacune 13 600 francs.
- Pour l'Oubritenga, le coût du transport variait de 1200 à 9000 francs pour chacune des quatre (4) malades.
- Sur quatre (4) patientes venues du Zoundweogo, deux (2) ont payé chacune 16 680 francs pour leur transport.
- Les patientes venues du Boulgou ont payé chacune 17 400 francs.
- La patiente évacuée du Kouritenga a payé 16 200 francs.
- Les deux (2) malades évacuées du Nahouri ont dû payer l'une 11 900 et l'autre 17 900 francs.
- Le transport a coûté 12 200 francs pour l'une et 13 200 francs pour l'autre des patientes venues du Passoré.
- La patiente venue du Poni a payé 16 000 francs.
- Deux (2) patientes sont évacuées du Sanguié. L'une a

payé 14 735 et l'autre 15 240 francs.

- De la Sissili, l'une des malades a payé 4 400 et l'autre 19 400 francs.

3.4.2. Coût des ordonnances

3.4.2.1. Coût des ordonnances pour la section "suites de couches"

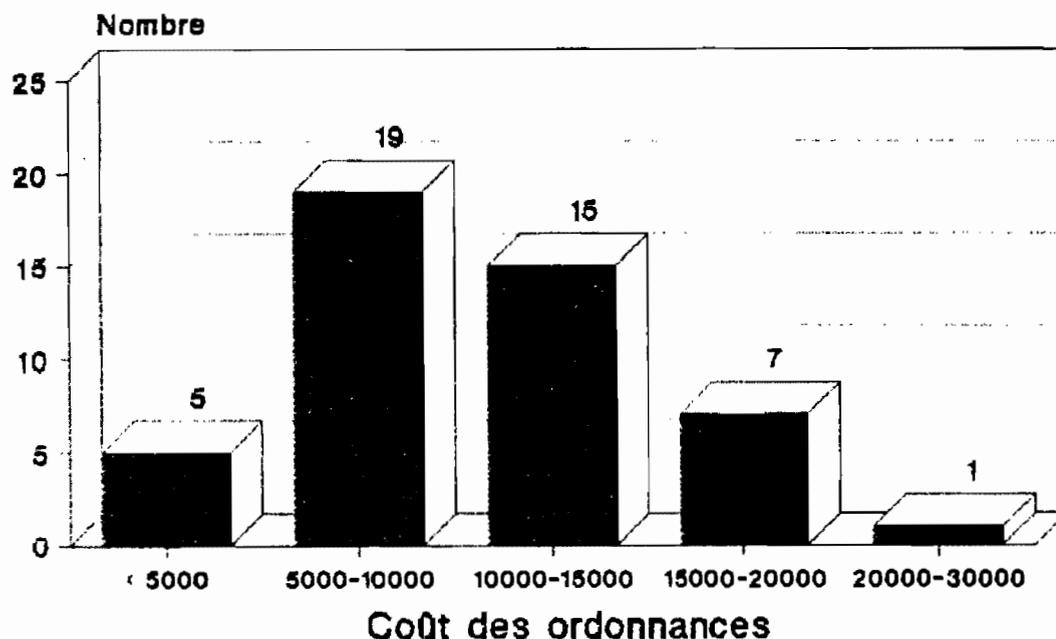


Figure No 17: Répartition du coût des ordonnances pour la section "suites de couches"

19 soit la majorité des évacuées hospitalisées en section "suites de couches" ont dépensé 5 000 à 10 000 francs pour l'achat de leurs médicaments.

3.4.2.2. Coût des ordonnances pour la section "post opérées"

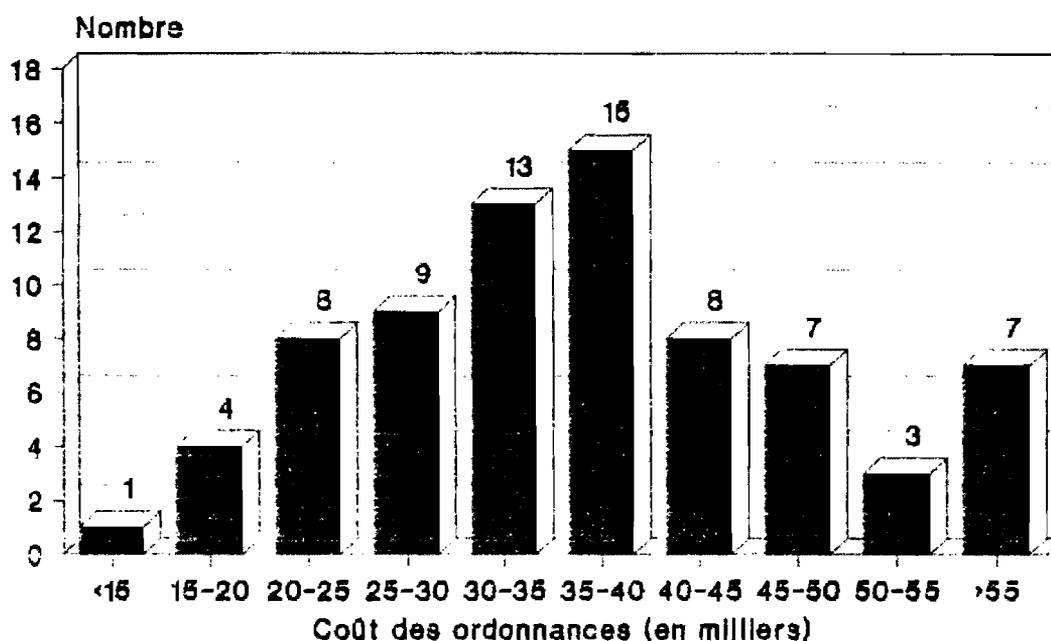


Figure No 18: Répartition du coût des ordonnances pour la section "post-opérées"

La majorité des patientes hospitalisées en section "post opérées" ont dépensé 35 000 à 40000 francs pour l'achat de leurs médicaments.

3.4.3. Coût du séjour à l'Hôpital

3.4.3.1. Coût du séjour pour la section "suites de couches"

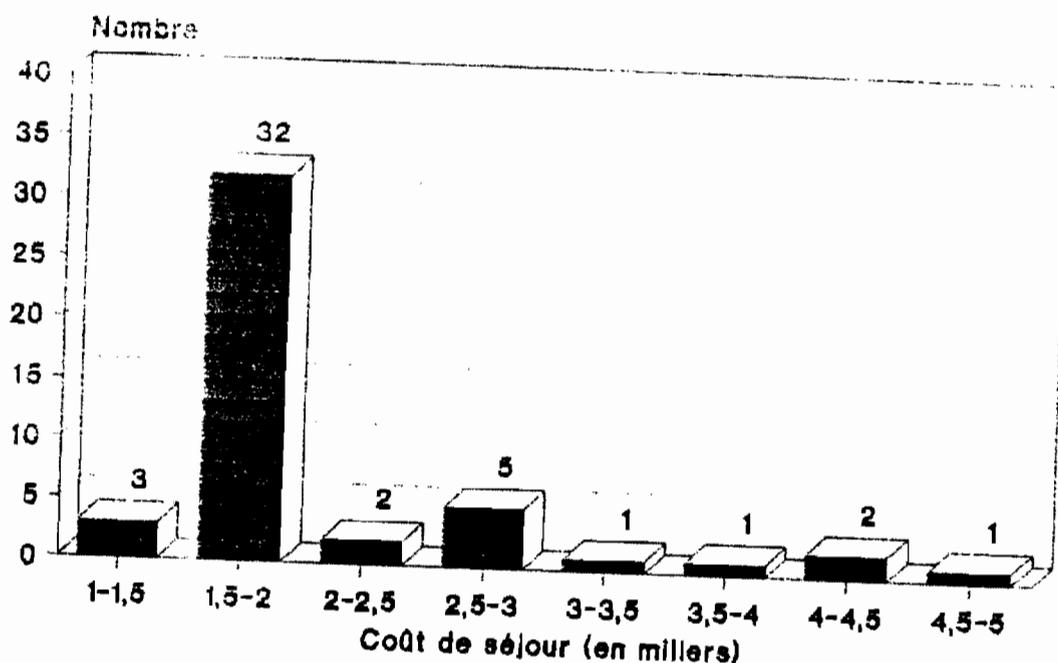


Figure No 19: Répartition du coût de séjour pour la section "suites de couches"

La majorité des patientes hospitalisées en section "suites de couches" ont payé 1 500 à 2 000 francs pour leur séjour.

3.4.3.2. Coût du séjour pour la section
"post opérées"

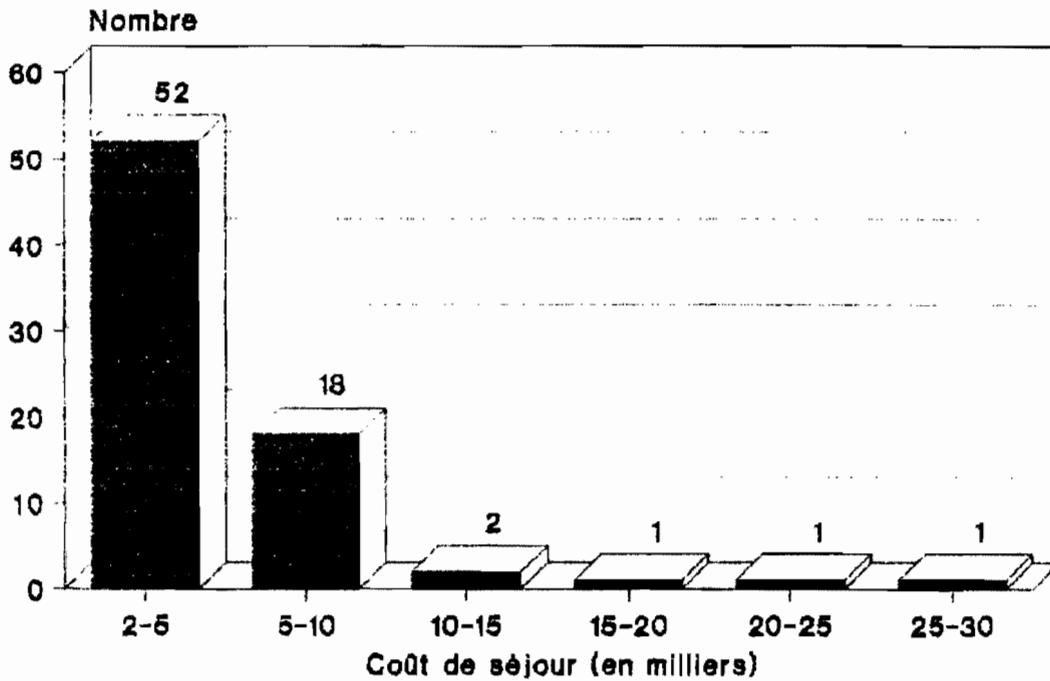


Figure No 20: Répartition du coût de séjour pour la section "post-opérées"

Hospitalisées en section "post opérées, la majorité des patientes ont payé 2 000 à 10 000 francs pour leur séjour à l'Hôpital.

3.4.4. Coût total de l'évacuation

Nous avons évalué le coût de l'évacuation en faisant la somme :

coût du séjour + coût des ordonnances + coût du transport.

Nous avons fait cette évaluation par province et par section car le coût du séjour et des ordonnances varie selon la section tandis que le coût du transport varie selon la province.

Ainsi :

- la majorité des patientes évacuées du Kadiogo et hospitalisées en section "suites de couches" dépenseront 8 000 à 15 000 francs. Hospitalisées en section "post opérées" elles dépenseront 35 000 à 45 000 francs.

- Hospitalisées en section "suites de couches", la majorité des patientes venues du Bazega dépenseront 10 000 à 20 000 et 40 000 à 50 000 francs si elles sont hospitalisées en section "post opérées".

- Hospitalisée en section "suites de couches", une patiente évacuée du Boulkiemde pourra dépenser jusqu'à 20 000 et jusqu'à 50 000 francs si elle est hospitalisée en section "post opérées".

- Pour une malade évacuée d'Oubritenga, le coût de l'évacuation pourra s'élever jusqu'à 20 000 si elle est hospitalisée en section "suites de couches" et jusqu'à 55 000 francs si elle est hospitalisée en section "post opérées".

- Pour une patiente évacuée du Ganzourgou, Sanguié ou du Passoré le coût de l'évacuation pourrait s'élever jusqu'à 25 000 francs si elle est hospitalisée en section "suites de couches" et jusqu'à 60 000 si elle est hospitalisée en section "post opérées".

- En section "suites de couches", le coût de l'évacuation pourrait s'élever jusqu'à 30 000 pour une malade évacuée du Boulgou, du Kouritenga, du Poni ou du Zoundweogo et jusqu'à 60 000 francs si elle est hospitalisée en section "post opérées".

- Evacuée du Nahouri ou de la Sissili, une malade pourra dépenser jusqu'à 30 000 francs si elle est hospitalisée en section "suites de couches" et jusqu'à 65000 si elle est hospitalisée en section "post opérées".

3.5. Moyen financier des patientes

Tableau XIV :Source du moyen financier

Moyen financier	Total	Pourcentage
Personnel	44	36,1 %
Aide	46	37,7 %
Emprunt	32	26,2 %
Total	122	100 %

Pour faire face aux dépenses liées à l'évacuation, nous avons identifié le moyen financier des patientes en trois types :

- le moyen personnel
- l'aide qui peut être familiale ou autre
- l'emprunt.

Dans 63,9 % des cas, le coût de l'évacuation est au-dessus des moyens financiers de la patiente.

4- PRONOSTIC MATERNEL - PRONOSTIC FOETAL

4.1. Eléments d'appréciation du pronostic maternel

4.1.1. Etat général

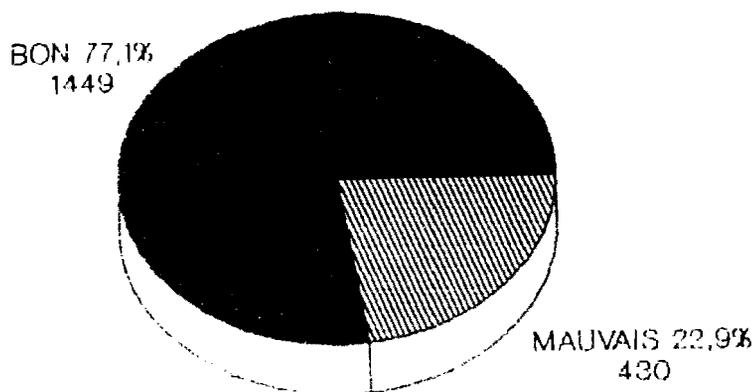


Figure No 21: Répartition des évacuées en fonction de l'état général

Sur 2 135 femmes, seul l'état général de 1879 patientes a été notifié. Parmi elles 430 soit 22,9 % avaient un mauvais état général.

4.1.2 Anémie

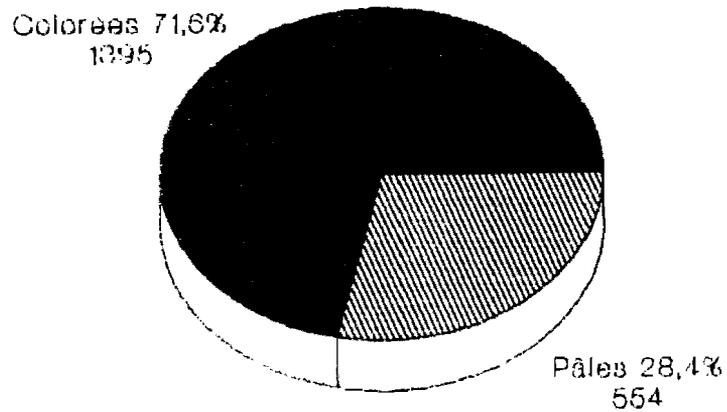


Figure No 22: Répartition des évacuées en fonction de l'état des conjonctives

Nous avons apprécié l'anémie par la coloration des conjonctives. Cette appréciation a été faite chez 1949 patientes. 554 soit 28,4 % étaient anémiées.

4.1.3. Hyperthermie

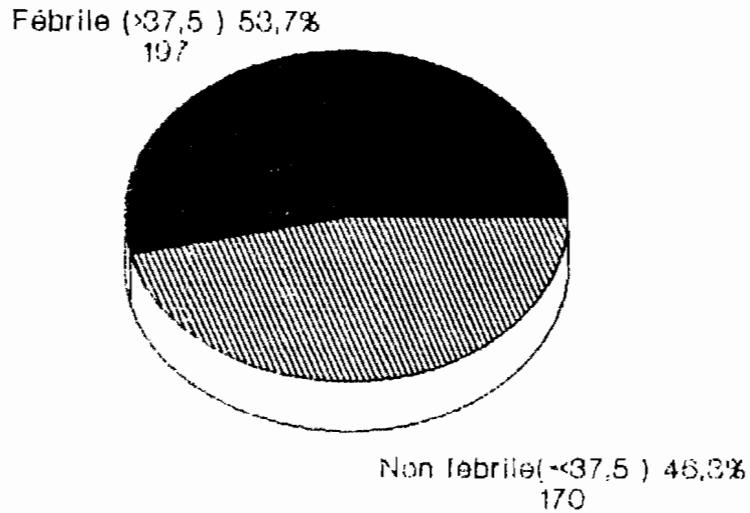


Figure No 23: Répartition des évacuées en fonction de la température corporelle

Sur 2135 femmes, la température corporelle a été prise chez seulement 367 patientes. Parmi elles, 197 soit 53,7 % étaient fébriles.

4.1.4. Etat de choc ou collapsus

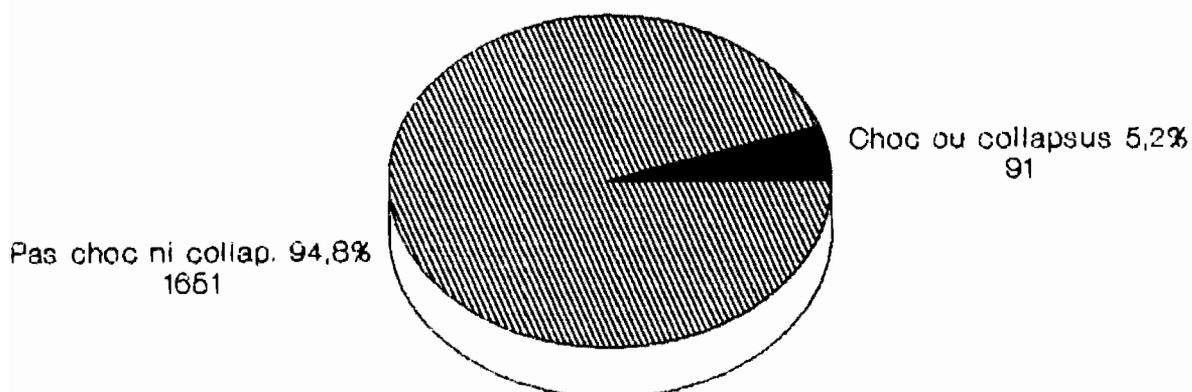


Figure No 24: Répartition des évacuées en fonction de l'état de choc ou de collapsus.

Sur 1742 évacuées, 5,2 % sont arrivées en état de choc ou collapsus.

4.1.5. Etat de la poche des eaux

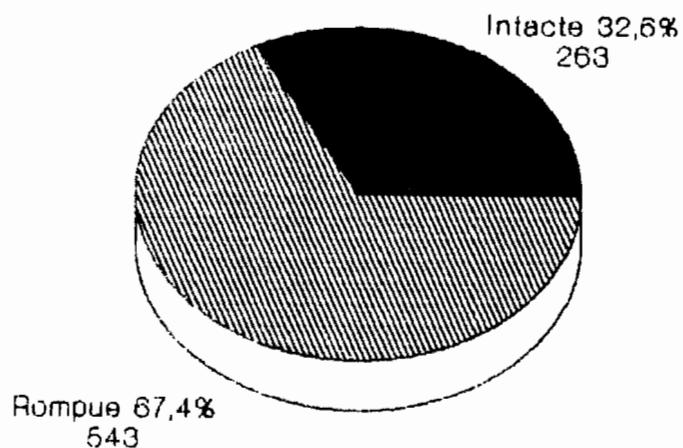


Figure No 25: Répartition des évacuées en fonction de l'état de la poche des eaux

La poche des eaux a été appréciée chez 806 femmes. Parmi elles, 543 soit 67,4 % avaient déjà rompu .

4.1.6. Etat du Bassin maternel

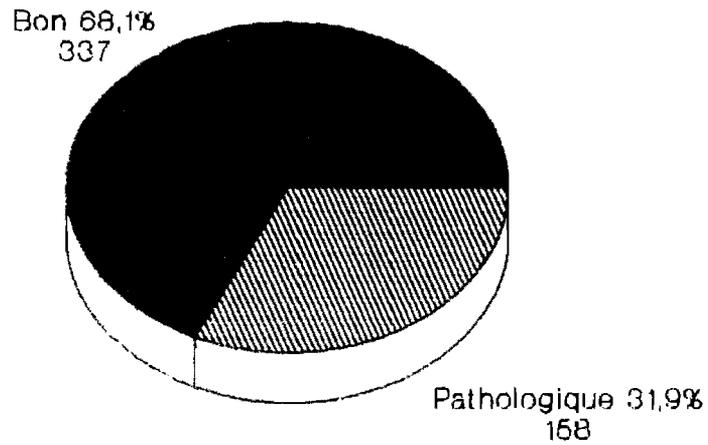


Figure No 26: Répartition des évacuées en fonction de l'état du bassin maternel

Le bassin a été apprécié chez seulement 495 femmes. Parmi elles 158 soit 31,9 % avaient un bassin pathologique.

4.1.7. Mode d'accouchement

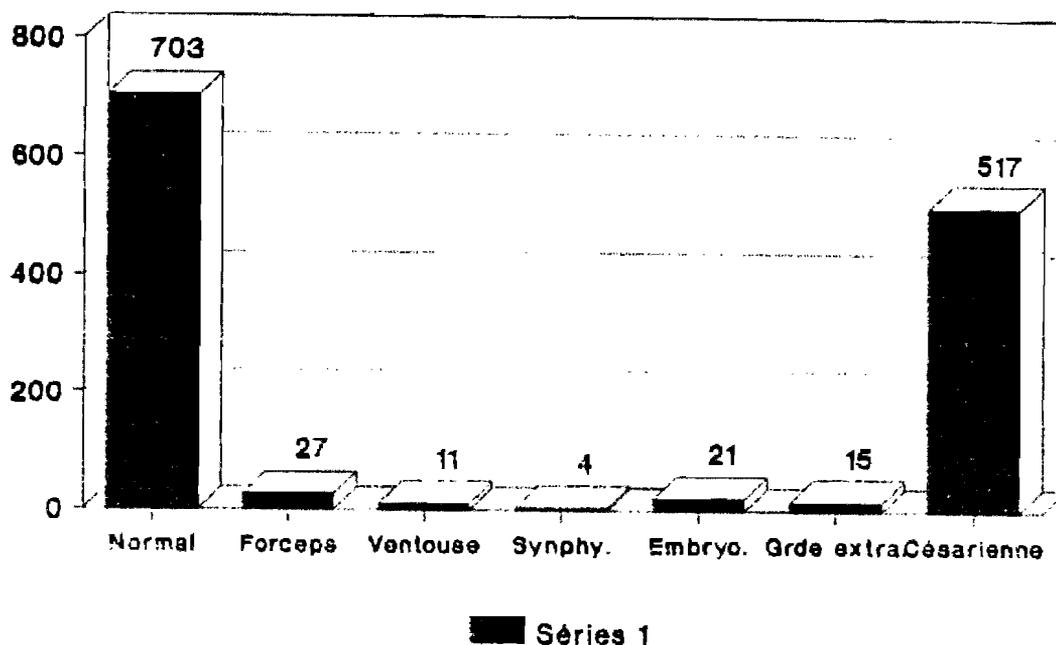


Figure No 27: Répartition des évacuées en fonction du mode d'accouchement

Nous avons enregistré au total 1298 accouchements chez les évacuées.

- 703 soit 54,2 % se sont passés par les voies naturelles sans problème.
- La sanction thérapeutique a été la césarienne dans 31,8 % des cas.
- La proportion d'accouchement par instrument est de 2,9 %.

4.1.8. Traitement reçu

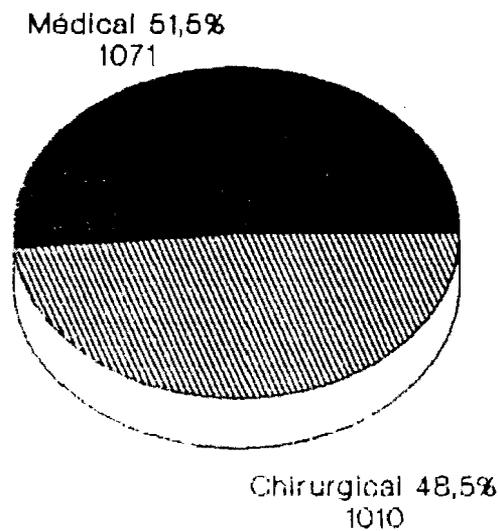


Figure No 28: Répartition des évacuées en fonction du traitement reçu.

Nous avons séparé 2081 femmes en deux groupes selon qu'elles ont reçu un traitement médical ou chirurgical. 1071 soit 51,5 % ont reçu un traitement médical. 1010 soit 48,5 % ont reçu un traitement chirurgical. Le traitement chirurgical regroupe tous les gestes ayant nécessité l'usage d'un bloc opératoire et/ou l'usage d'une anesthésie qu'elle soit locale ou générale. Il inclut alors les sutures d'épiséotomie, de déchirure du col, du vagin, du Douglas, les délivrances artificielles sous anesthésie générale et les interventions chirurgicales majeures telles les césariennes et les laparotomies.

Si nous nous rapportons au nombre total de césariennes (517) et de grossesses extra-utérines (24), qui à eux deux constituent la majorité des interventions chirurgicales majeures, nous voyons que notre proportion de femmes ayant reçu un traitement chirurgical est augmenté par les interventions mineures citées ci-dessus. (469)

4.2. Appréciation de l'état du fœtus.

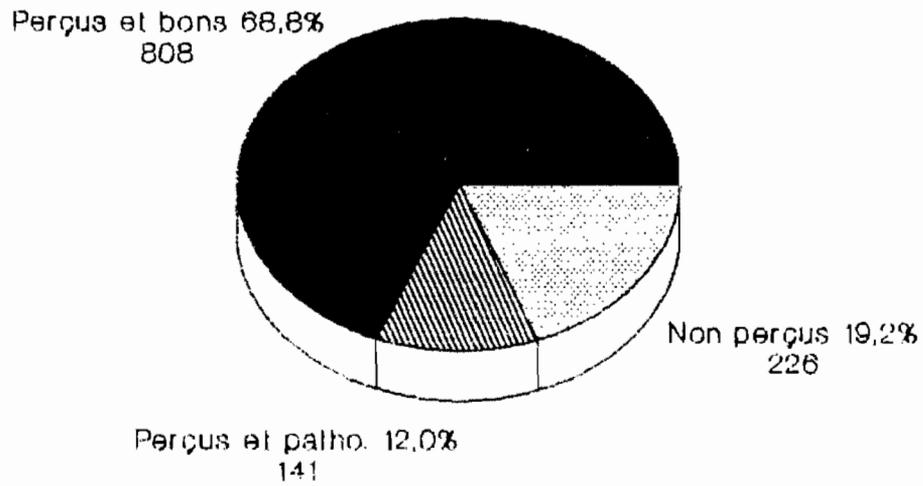


Figure No 29: Répartition des évacuées en fonction des bruits du cœur fœtal

L'état du fœtus a été apprécié par les bruits du cœur. Dans 141 cas soit 12 %, ils étaient pathologiques. Dans 19,2 % des cas, ils n'étaient pas perçus.

5- RESULTATS DU TRAITEMENT

5.1. Résultats chez la mère

5.1.1. Répartition des entrantes en fonction du résultat du traitement

Tableau XV : Répartition des entrantes en fonction du résultat du traitement

Rubriques	Guérison	Décès	Total
Evacuées	2021	114	2135
Non évacuées	1787	31	1818
Total	3808	145	3953

Pour l'année 1990, nous avons enregistré au total 145 décès survenus dans le service de Gynécologie et d'Obstétrique de l'Hôpital Yalgado OUEDRAOGO. 114 soit 78,62 % sont survenus chez les évacuées, contre 31 soit 21,38 % survenus chez les non évacuées.

En appliquant le test statistique Chi-Carré de Pearson, nous avons $X^2 = 36,68$ %

Pour ddl = 1 avec une marge d'erreur comprise entre 0,02 et 0,01, la différence est significative.

Nous pouvons dire qu'il y a plus de décès chez les évacuées que chez les non évacuées.

5.1.2. Résultat du traitement en fonction du diagnostic réel.

Tableau XVI : Fréquence des décès par diagnostic réel

Diagnostic réel	Nombre de décès	Pourcentage
Hémorragies	37	32,45 %
Infections	18	15,79 %
Toxémie et complications	15	13,15 %
Autres motifs obstétricaux	13	11,40 %
Disproportion foeto-pel.	7	6,14 %
Présentation anormale	7	6,14 %
Anémie	5	4,38 %
Bassin pathologique	4	3,50 %
Avortement	4	3,50 %
Dystocie dynamique	2	1,75 %
Rétention 2 ^e jumeau	1	0,90 %
Souffrance foetale	1	0,90 %
Normale	0	0 %
Grande multiparité	0	0 %
Utérus cicatriciel	0	0 %
Défaut d'engagement	0	0 %
Menace d'accouch. pré.	0	0 %
Cas gynécologiques	0	0 %
TOTAL	114	100 %

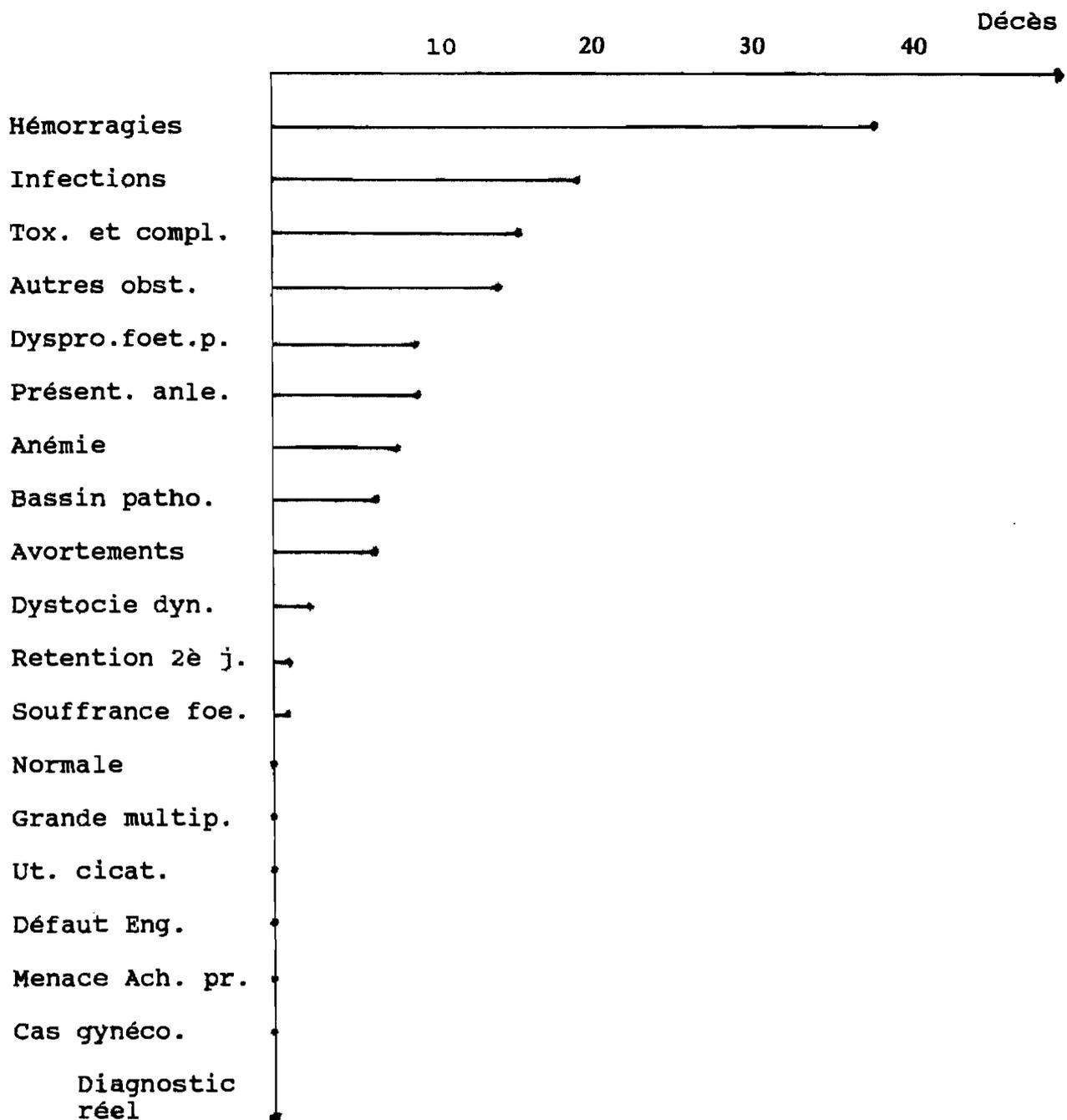


Figure N° 30: Fréquence des décès par diagnostic réel

A partir de l'histogramme, nous constatons que les trois (3) principales causes de décès maternels chez les évacuées sont :

- les hémorragies responsables de 32,45 % des décès ;
- les infections responsables de 15,79 % des décès ;
- la toxémie gravidique et ses complications sont responsables de 13,15 % des décès.;

5.1.3. Résultat du traitement en fonction de l'état général à l'arrivée

Tableau XVII: Répartition des évacuées en fonction de l'état général et du résultat du traitement

Rubriques	Guérison	Décès	Total
Bon	1354	25	1379
Mauvais	330	75	405
Total	1684	100	1784

A partir de ce tableau nous pouvons écrire :

- pour les évacuées arrivées en bon état général
 - . nous avons 98,2 % de guérison
 - . 1,8 % de décès.

- pour les évacuées arrivées en mauvais état général, nous avons :

- . 81,5 % de guérison
- . 18,5 % de décès.

- En utilisant le test statistique Chi-Carré (X^2) de Pearson nous avons trouvé

$$X^2 = 165,11$$

pour ddl = 1, avec une erreur inférieure à 0,001, la différence est significative.

Nous pouvons donc dire que les résultats du traitement chez la mère sont fonction de son état général à l'arrivée.

5.1.4. Résultats du traitement en fonction de la distance

Tableau XVIII: Répartition des décès par province.

Groupes de provinces	Nombre total de malades	Nombre total de décès	Pourcent.
Groupe : A (0 km) - Kadiogo : 0 km	1397	36	2,57 %
Groupe B : (environ 50 km) - Bazega : 40km - Oubritenga : 44km	263	26	9,88 %
Groupe C : (environ 100 km) - Boulkiemdé : 97 km - Zoundweogo : 99 km	90	13	14,44 %
Groupe D : (100 à 150 km) - Bam : 112 km - Ganzourgou : 109km - Passoré : 107 km - Kouritenga : 139km - Nahouri : 144 km	187	28	14,97 %
Groupe C : (plus de 150 km) - Boulougou : 173 km - Sissili : 199 km - Mouhoun : 320 km - Bougouriba : 367km	53	11	20,75 %

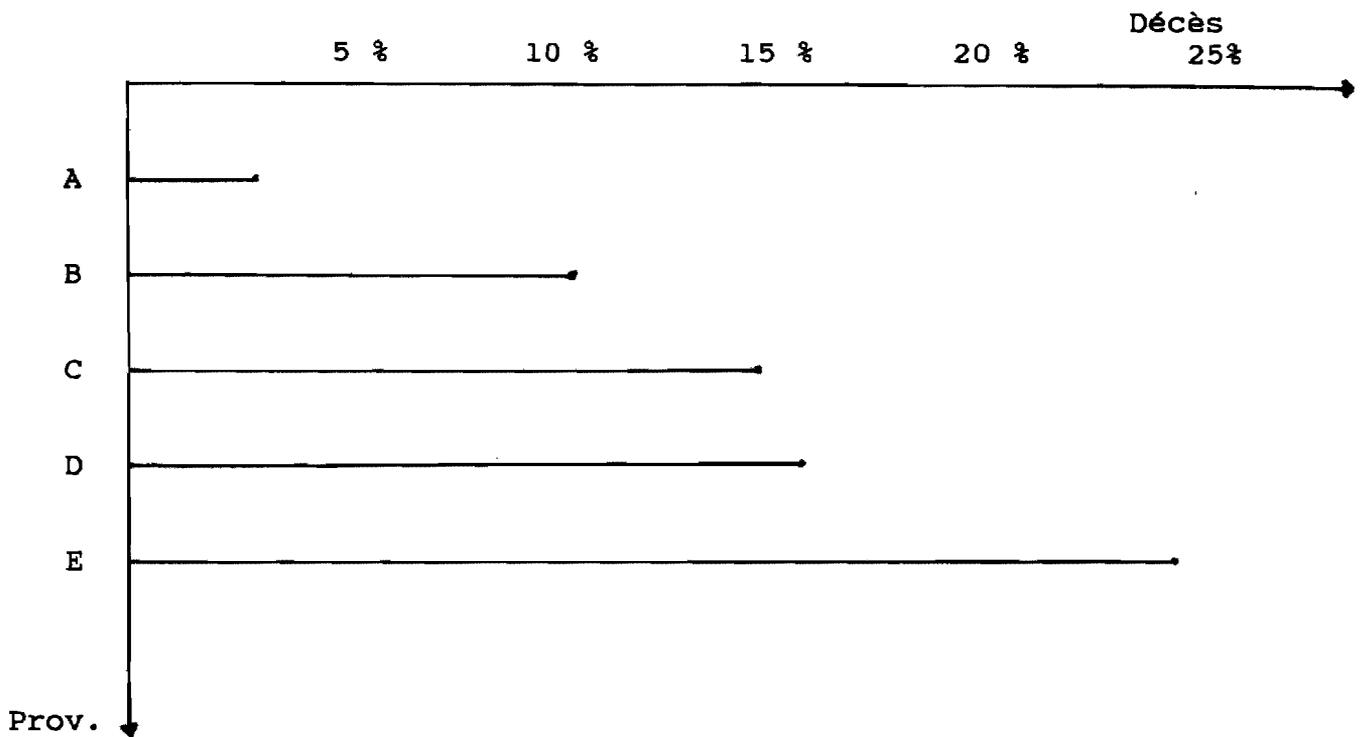


Figure N° 31: Fréquence des décès par province.

A partir de cet histogramme, nous avons voulu montrer la relation qu'il y a entre le pronostic et la distance parcourue par la malade. Pour cela nous avons constitué cinq groupes de provinces en fonction de leur éloignement par rapport à Ouagadougou.

Pour la province du Kadiogo où la distance est considérée comme égale à 0 km, le taux de décès maternels est de 2,75 %.

Pour les provinces du groupe E, c'est-à-dire situées à plus de 150 km de Ouagadougou, le taux de décès maternels est de 20,75 %.

5.2. Résultat foetal

5.2.1. Le Sexe

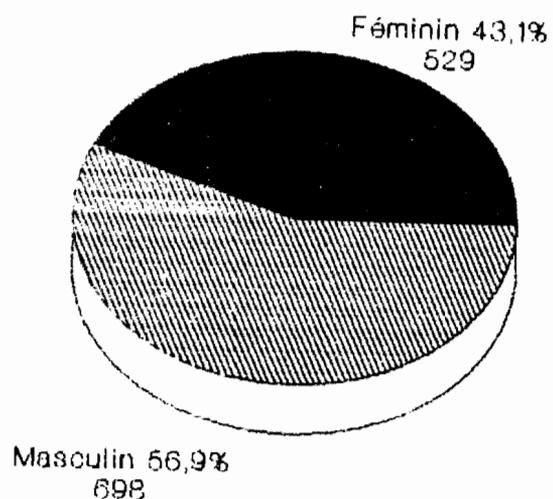


Figure No 32: Répartition des bébés en fonction du sexe

La répartition des bébés par sexe nous montre qu'il est né plus de garçons que de filles chez les évacuées.

5.2.2. L'apgar

5.2.2.1. L'indice d'apgar

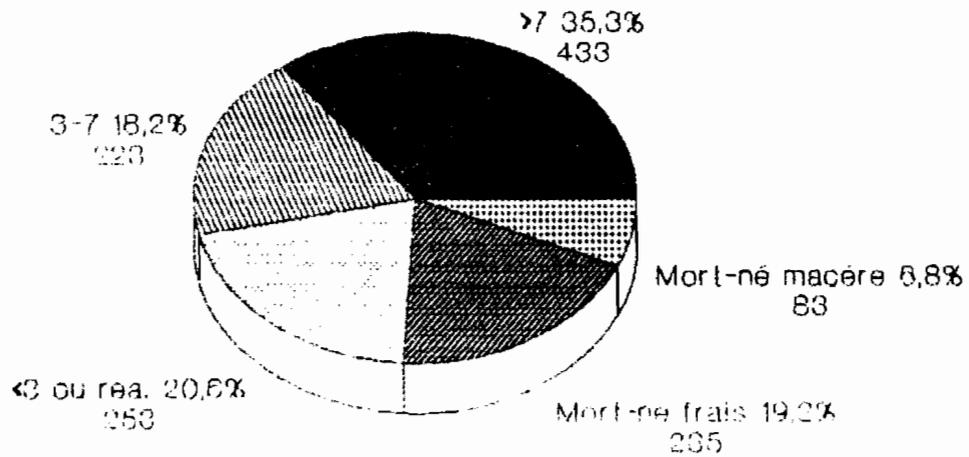


Figure No 33: Répartition des bébés en fonction de l'apgar

La figure nous montre que seul 35,3 % des bébés avaient un très bon apgar à la naissance. 26 % étaient déjà morts à leur naissance. Nous pouvons alors estimer le taux de mortalité à 260 ‰.

5.2.2.2. L'apgar en fonction du mode d'accouchement

Tableau XIX : Répartition de l'apgar en fonction du Mode d'accouchement

Apgar/Mode d'accouchement	Normal	Autre	Total
Apgar > 7	299	125	424
Apgar 3 - 7	122	98	220
Apgar < 3 ou réanimé	77	175	252
Mort né frais	118	126	244
Mort né macéré	46	48	94
Total	662	572	1234

L'accouchement par les voies naturelles a donné 45,16 % de nouveaux nés en bon état (apgar > 7) tandis que la naissance par les autres modes d'accouchement a donné seulement 21,85 % de nouveaux nés en bon état (apgar > 7).

En appliquant le test statistique Chi-Carré de Pearson, nous avons trouvé $X^2 = 106,05$. Pour ddl = 4, avec une erreur inférieure à 0,001, la différence est significative. Nous pouvons dire que lorsque l'enfant naît par les voies naturelles, son apgar est plus élevé.

5.2.2.3. L'apgar en fonction du sexe

Tableau XX : Répartition des bébés en fonction de l'apgar et du sexe.

Apgar/Sexe	Fille	Garçon	Total
Apgar > 7	198	235	433
Apgar 3 - 7	92	131	223
Apgar <3 ou réanimé	110	143	253
Mort né frais	92	143	235
Mort né macéré	37	46	83
Total	529	698	1227

Sur le tableau nous constatons que

- 37,4 % des filles ont un apgar > 7 contre 33,7 % chez les garçons
- 27,07 % des garçons sont morts nés contre 24,38 % des filles.

En appliquant le test statistique X^2 de Pearson, nous avons trouvé $X^2 = 688,93$. Pour ddl = 5, avec une erreur inférieure à 0,001, la différence est significative. Nous pouvons dire qu'il est né moins de filles que de garçons, mais que ces derniers étaient plus fragiles.

5.2.3. Le Poids

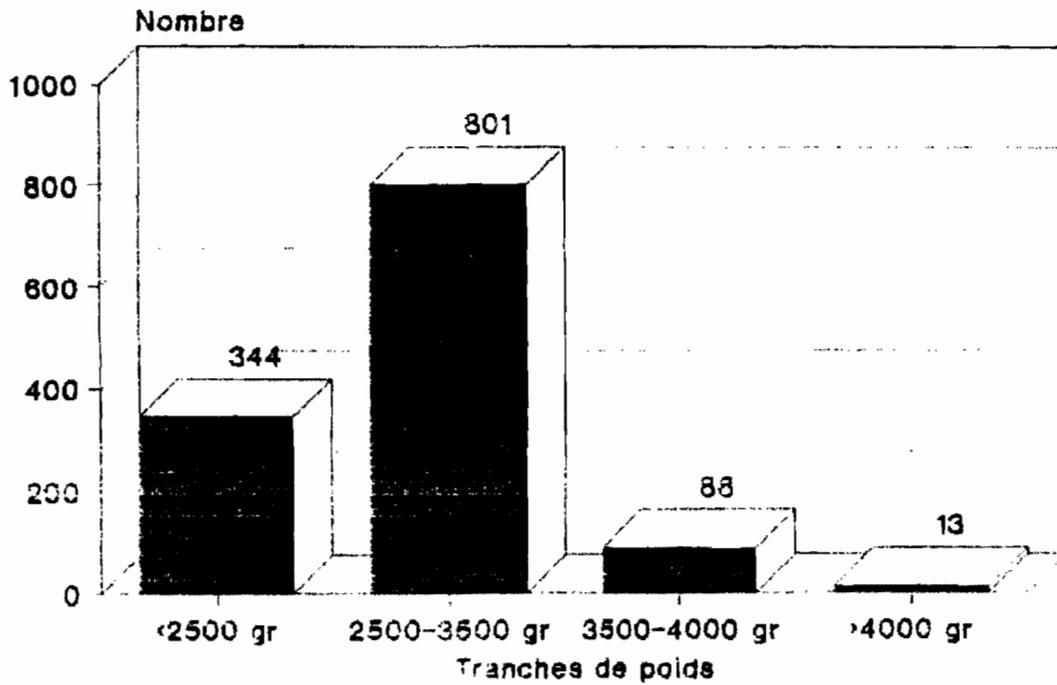


Figure No 34: Répartition des bébés par tranche de poids

Nous avons considéré le poids des bébés a partir de 1000 g et nous les avons répartis en 4 tranches.

Sur la figure nous constatons que 801 soit 64 % des bébés ont entre 2500 et 3500 g.

COMMENTAIRES - DISCUSSION

Plusieurs travaux ont montré que l'évacuation sanitaire est un facteur augmentant le risque de mortalité maternel et foetal [2, 8, 10, 13, 14, 17, 18, 24, 30, 31, 35, 37, 38].

Définit selon Alihonou E., cité par Boniface [37] comme "un transfert...", l'évacuation sanitaire sous entend une notion de temps. En effet, le temps perdu avant l'arrivée de la malade dans le centre de dernier recours est souvent énorme. Ce délai d'évacuation a été estimé à 24 heures en moyenne par OUEDRAOGO B. au Burkina Faso pour les cas de décès maternels. Il comprend la durée du transport et la durée du séjour dans les formations sanitaires avant celle du dernier recours.

Quelque soit sa durée, ce temps perdu est un préjudice à l'évolution de la pathologie chez ces évacuées. Le centre spécialisé vers lequel est orienté la patiente a une importance capitale, car il constitue pour la patiente, la dernière porte de secours. Nous avons pu lire dans Population Reports [40] qu'à l'heure actuelle, on attache beaucoup d'importance aux centres vers lesquels on dirige les malades. Parmi les stratégies de l'O.M.S./Banque Mondiale pour empêcher les morts maternelles, il faut relever la qualité des Hôpitaux de district et des maternités rurales pour leur permettre de soigner les urgences obstétricales. En effet, les conditions d'une procréation exempte de danger sont une mère en bonne santé physique et une infrastructure sanitaire qui puisse faire rapidement face aux complications [29].

"La fréquence des évacuations sanitaires"

L'étude que nous avons menée a montré que du 1er janvier au 31 décembre 1990, 2135 soit 54 % des patientes reçues à la maternité de l'Hôpital Yalgado OUEDRAOGO étaient des évacuées.

Dans les pays développés l'évacuation sanitaire est un phénomène rare, parcequ'à chaque maternité se trouve annexé un

bloc techniquement capable de prendre en charge les urgences obstétricales. Par contre dans nos pays, l'évacuation est un phénomène fréquent. Cette fréquence varie selon les pays. Elle dépend de la répartition et de l'équipement des structures sanitaires, de la disponibilité des moyens de transport, de la compétence du personnel qui évacue.

Kaba Saran à Abidjan [24] avait trouvé un taux de 62,5 % et citait un taux de 62 % trouvé par BOUTALEB Y. et collab. à Casablanca, 11,05 % par DOSSOU Yovo au Benin.

Dans notre contexte, seuls les CHR sont capables de prendre en charge les interventions chirurgicales telle la césarienne. En 1991, il y avait 11 CHR sur notre territoire situés dans 11 chefs-lieux de province [7]. Les 21 autres en sont dépourvus. Ce qui veut dire que chaque centre chirurgical doit offrir les soins à 988.330 habitants sur un rayon de 88 km. Cette pénurie de formations sanitaires oblige à l'évacuation des malades sur de longues distances.

Nous avons également remarqué que 35 soit 1,6 % des malades ont été évacuées d'un CHR vers la maternité du Centre Hospitalier National Yalgado OUEDRAOGO. Sur les dossiers de ces malades, nous avons vu souvent souligner le manque d'anesthésie, d'anesthésistes et même de sang. Ceci atteste le manque de personnel et les ruptures de stocks des produits.

"Caractéristiques épidémiocliniques des évacuées"

Notre population est jeune avec un âge moyen de 26,76 ans. 81,7 % soit la majorité des patientes ont entre 18 et 35 ans. C'est l'âge de la pleine activité génitale. Ce caractère coïncide avec les résultats du recensement général de 1985 au Burkina Faso.

En effet, l'analyse des données de ce recensement a révélé qu'il y a une concentration de la fécondité aux jeunes âges (20-34 ans) et que le taux de la fécondité est maximum entre 20 et 29 ans [4]. Par ailleurs 95,1 % des patientes étaient mariées. Nous savons que la fécondité est plus élevée chez ces

dernières que chez les veuves, les divorcées et les célibataires. La précocité du mariage, les grossesses d'adolescentes sont autant d'éléments qui contribuent à ce phénomène qui est fréquent dans les pays pauvres [4,36].

Au cours de notre étude, la répartition des évacuées selon l'âge a montré une proportion de 9,2 % d'adolescentes et 9,1 % de femmes dont l'âge est supérieur à 35 ans. C'est à ces âges extrêmes que le risque encouru par la femme et l'enfant au cours d'une grossesse est le plus élevé [9,52]. Chez les adolescentes, l'immaturité de l'utérus et du bassin, les problèmes psychologiques avec comme conséquence le non survi des grossesses, augmentent le risque de dystocies, d'anémie grave, de toxémie gravidique et de leurs complications. Dans son article "La souffrance des petites victimes", le Dr KELSEY Harisson a bien illustré ce phénomène [26]. Après 35 ans, ce sont les hémorragies de la délivrance, l'anémie et les ruptures utérines qui sont les plus fréquentes. Chez les patientes de plus de 40 ans, le risque génétique et malformatif n'est pas négligeable. TABASTE J.L. et DENAX A. ont écrit que l'incidence de la trisomie 21 était de 1,09 % des naissances à 39 ans et 10 % à 44 ans [48].

* La parité

La parité est un facteur influençant l'évolution et l'issue de la grossesse. L'étude a montré 20,8 % des femmes dont la parité est supérieure à 4. Si chez la multipare le travail est souvent rapide, il faut craindre les complications telles les dystocies dynamiques par atonie utérine, les hémorragies de la délivrance, les ruptures utérines. A cet effet, SORE A. [45] dans une étude sur des ruptures utérines, a trouvé que 45,5 % de cet accident gravidique était survenu chez les multipares. DEMBELE A. avait trouvé que 54,9 % des ruptures utérines étaient survenues chez des patientes dont la parité était supérieure à 4 [13] tandis que KABA S. trouvait 54,6 % [24].

Au cours de la grossesse chez ces patientes où l'âge est souvent avancé, des pathologies associées telles l'HTA et le

prolapsus génital ne sont pas rares. A parité égale, la mortalité maternelle augmente rapidement avec l'âge [48].

* L'âge des premières règles

La majorité des patientes ont eu leurs premières règles entre 13 et 17 ans ; avec un mode de distribution situé à 15 ans. Nos résultats ne sont pas très différents de ceux trouvés par d'autres auteurs, notamment dans les pays africains.

Au Niger, l'âge moyen des premières règles est de 12,76 avec un maximum entre 12 et 15 ans [19]. Au Zaïre, l'âge moyen des ménarches est de 13,83, avec un mode de distribution à 14 ans [42]. A Dakar il est de 14,5 ans avec une majorité entre 12 et 17 ans [34]. TOUBLANC J.E. rappelle que l'âge des ménarches est de 13 ans 1/12 en France, 13 ans au Norvège [50]. L'âge moyen des premières règles selon BRAUNER R. et collab. [3], semble plus avancé dans les pays chauds où les conditions socio-économiques ralentissent la croissance de l'enfant.

"Motif d'évacuation"

Nous avons trouvé que les dystocies étaient les motifs d'évacuations les plus fréquents 22,3 % avec :

- les dystocies dynamiques 7,3 % ;
- les présentations anormales 5,9 % ;
- les bassins pathologiques 4,6 % ;
- les disproportions foeto-pelviennes 4,5 % .

La dystocie est une pathologie de l'accouchement et elle désigne un accouchement difficile quelque soit la nature de l'obstacle. Schématiquement on divise les dystocies en dystocie dynamique et dystocies mécaniques.

. La dystocie dynamique est une anomalie fonctionnelle de l'activité utérine ou de la dilatation du col. Elle est donc d'origine maternelle. Elle vient en tête de notre série. Elle est particulièrement imprévisible, mais peut souvent être levée par l'usage correct des ocytociques. Il est à faire remarquer que ces derniers lorsqu'ils sont utilisés abusivement peuvent au contraire créer la dystocie dynamique.

. Les dystocies mécaniques

Ces sont les présentations anormales, les bassins pathologiques, les disproportions foeto-pelviennes et les obstacles praevia dont nous n'avons pas fait cas dans notre étude.

+ Les présentations anormales sont représentées par:

- le siège
- la face
- le front
- la présentation transversale.

* Le siège : présentation de l'extrémité pelvienne du foetus, c'est un trouble de l'accommodation. L'avis des auteurs sur le pronostic de cette présentation est variable. Ainsi MERGER R. a écrit : "La présentation du siège bien surveillée et bien conduite, reste souvent une présentation eutocique ; elle n'est cependant pas aussi favorable que la présentation du sommet" [32].

* La face : Le diagnostic est souvent difficile et peut se confondre avec un siège décomplété, avec un front. La dystocie est ici plus fréquente, surtout dans les variétés postérieures qui risquent de s'enclaver si le diagnostic est tardif.

* Le front : présentation très dystocique, le pronostic maternel et foetal peut être bon, à condition que le diagnostic soit fait tôt.

La sanction ultime est souvent la césarienne.

* La présentation transversale : la grande cause est la multiparité. Chez les primipares, le seul traitement est la césarienne. Chez la multipare, si les conditions s'y prêtent, la version par manoeuvre interne est possible. Dans le cas contraire la césarienne s'impose.

+ Le bassin pathologique

S'il est fréquent chez l'adolescente par immaturité osseuse, elle n'est pas rare chez les mères adultes. Selon

certaines études [40] ce retrécissement de la filière pelvienne aurait son origine dans la petite enfance, lié à la malnutrition. La malnutrition qui, si elle est générale dans les pays sous-développés, est plus accentuée chez les filles à cause de la préférence du sexe masculin par les parents.

+ La disproportion foeto-pelvienne, due à un excès de volume foetal, peut passer volontiers inaperçue. Il faut y penser et la rechercher devant toute hauteur uterine excessive (>36 cm). Lorsque la présentation est cephalique, la tête déborde en coup de hache le bord supérieur du petit bassin [32].

Les dystocies sont responsables chez la mère, d'un travail prolongé avec risque d'infection, d'hémorragie de la délivrance, de trouble de la retraction uterine. Chez l'enfant elles peuvent entraîner une morbidité ou une mortalité par dépression cardio respiratoire au cours de l'accouchement.

Les avortements

Selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé, reprise par RAMDE F., l'avortement est "l'expulsion d'un foetus de moins de 20 semaines d'amenorrhée à partir du premier jour des dernières règles". Ils représentent 10,8 % de nos motifs d'évacuation. Parmi eux, l'avortement incomplet représente 56,27 % des cas. Si dans quelques rares cas d'avortements spontanés peut survenir une complication, c'est l'avortement provoqué qui est généralement sujet aux complications. RAMDE F. [41] par son étude a montré que la part des avortements provoqués compliqués était de 4,36 % par rapport au nombre total d'admission dans le service ; et de 35,9 % par rapport au nombre total des avortements enregistrés à la maternité du Centre Hospitalier National de Ouagadougou.

Les décès par hémorragie ou choc infectieux ne sont pas rares.

L'uterus cicatriciel

Il est défini par LEPAGE F. et L. LIM ZIM R. cité par Kaba comme étant : "Tout uterus porteur d'une plaie survenue

pendant ou en dehors de la puerperalité, ayant intéressé la totalité ou une partie de l'épaisseur des différentes couches de la paroi utérine ou du col, et ayant été suturée au non". Il constitue 6,1 % de nos motifs d'évacuation. Dans l'utérus cicatriciel il faut s'abstenir de l'usage des ocytociques et les moindres dystocies doivent être traitées par voie haute. "La césarienne itérative n'est pas systématique, lorsque la dystocie temporaire qui a conduit à une cicatrice est solide" : Lepage cité par Kaba Saran [24]. C'est ainsi que nous avons pu constater l'accouchement de certaines anciennes césarisées par voie basse dans nos services.

Les hémorragies

Elles sont composées de :

- l'hémorragie du post partum.

Dans notre étude elle regroupe les hémorragies de la délivrance, les déchirures du col, du vagin, du périnée, survenues lors de l'accouchement. Elle constitue 5,2 % des motifs d'évacuation. Le diagnostic étiologique est fait devant un saignement important ou lors d'une révision utérine.

- L'hématome retroplacentaire

Il constitue avec l'éclampsie, les complications graves de la toxémie gravidique. Nous les avons inclus dans le même chapitre et ils constituent 2,4 % des motifs d'évacuation. Le traitement comprend une rupture large des membranes, une évacuation rapide de l'utérus. Une compensation des pertes sanguines s'avère souvent nécessaire.

Le pronostic foetal est mauvais.

- le placenta praevia

Dans notre étude nous avons retrouvé ce motif dans 2,4 % des cas, contre 3,58 % chez KABA S. [24].

Il fait partie des hémorragies du 3^e trimestre. Une surveillance échographique pourrait en éviter les complications graves. Au cours du travail, une rupture large des membranes

lorsqu'il n'est pas central, suivie d'une évacuation rapide de l'uterus peut améliorer le pronostic maternel et foetal. En préterme, si l'hémorragie est importante, la césarienne de sauvetage s'impose.

- Les ruptures uterines.

Nous avons regroupé le syndrome de prérupture et la rupture uterine. Ils constituent 3,2 % des motifs d'évacuation. Cet accident peut passer parfois inaperçu ou survenir en cours de route. Ainsi sur 104 cas diagnostiqués dans le service, seuls 68 avaient été diagnostiqués avant l'évacuation. DEMBELE Adama avait trouvé 21,2 % de cas diagnostiqués au départ, contre 78,8% diagnostiqués dans le service [13]. Il a également montré que les ruptures uterines survenaient volontiers chez l'évacuée multipare, dont l'uterus a été fragilisé par les grossesses multiples ou la césarienne. Pour le traitement, la laparotomie d'urgence s'impose.

Tous ces diagnostics ont en commun la spoliation sanguine. Ils sont souvent aggravés par l'état d'anémie qui existait déjà chez la majorité de ces femmes. En effet, notre étude a retrouvé une paleur conjonctivale chez 28,4 % des évacuées. L'O.M.S. estime que dans tous les pays en voie de développement, Chine exceptée, trois femmes enceintes sur cinq sont anémiques [40].

Le traitement de ces hémorragies dont les conséquences peuvent être graves, nécessite souvent un remplacement des pertes sanguines par transfusion d'où l'intérêt de la décentralisation des banques de sang démontré par DAHOUROU Honorine dans son étude sur la transfusion sanguine [11].

"Qualité de celui qui évacue"

Malgré les efforts de notre gouvernement, l'infrastructure sanitaire et le personnel restent insuffisants. Par ailleurs, l'équipement des formations sanitaires déjà existantes est souvent insuffisant [6].

La personne qui décide de l'évacuation du malade identifie le problème selon l'équipement de l'institution et selon sa propre compétence. Nous avons remarqué au cours de l'étude l'imprécision de certains motifs d'évacuation. Ainsi, le motif métrorragies et grossesses qui constitue 7,6 % des motifs regroupe un nombre varié de pathologies non précisées. En effet la métrorragie peut être le signe d'une menace d'avortement, d'un placenta praevia, d'un hématome retro-placentaire. Nous avons également trouvé que le motif d'évacuation ne coïncidait pas toujours avec le diagnostic réel.

Les conditions de travail citées ci-dessus ne sont pas favorables à une prestation de qualité. Un bon encadrement des accoucheuses villageoises [1], un recyclage de tout le personnel médical et une amélioration de l'équipement des maternités rurales sont des éléments nécessaires pour relever le niveau du personnel et par là obtenir une prestation de qualité.

"La provenance"

69,8 % soit la majorité des malades sont évacuées du Kadiogo, zone urbaine. Nos résultats sont comparables à ceux de Kaba Saran qui trouvait un taux de 81,70 % d'évacuées venant des zones suburbaines et urbaines [24].

Comme l'a trouvé Kaba Saran, la fréquence des évacuations décroît avec l'éloignement de la province. Ainsi, 6,3 % des malades sont évacuées du Bazega dont le chef lieu est à 40 km de Ouagadougou. 2,7 % des malades sont évacuées du Kouritenga dont le chef lieu est à 139 km de Ouagadougou tandis que 1 % des malades sont évacuées de la Sissili dont le chef lieu est à 199 km de Ouagadougou.

L'étude a trouvé que la distance était un facteur déterminant sur le pronostic maternel. C'est ainsi que le taux de décès qui est de 2,57 % au Kadiogo s'élève à 20,75 % pour les malades venant de provinces situées à plus de 150 km de Ouagadougou. Ce fait a été également retrouvé par KABA Saran [24].

"Les conditions d'évacuation"

Notre étude ne s'est pas intéressée aux conditions pratiques de l'évacuation depuis le lieu de résidence du malade jusqu'à Ouagadougou ; mais en nous référant à notre expérience personnelle (stage en milieu rural 6ème année, avril-mai 1988) et au schéma tracé par OUEDRAOGO Boniface [37] nous pouvons dire que les malades sont évacuées dans des conditions difficiles. De son village au CSPS, la patiente est souvent transportée à vélo, voir à dos d'âne sur des routes cahoteuses même sous la pluie. De là elle sera encore transportée au CM puis enfin à Ouagadougou par une ambulance. A l'issue de ce long voyage, les malades arrivent souvent en mauvais état général sans aucun matériel de réanimation.

Nos résultats attestent ce fait avec un taux de 22,9 % de patientes arrivées en mauvais état général.

OUEDRAOGO Boniface avait trouvé dans son étude que dans le temps mis pour le transport du malade, c'est finalement le temps passé dans les formations sanitaires périphériques qui est le plus long, 21 heures en moyenne ; ce qui est énorme lorsque l'on se trouve devant une urgence.

"Pronostic et résultat du traitement"

Les conditions d'évacuation mentionnées ci-dessus n'auront pour seule conséquence que l'aggravation de l'état des malades. L'appréciation des éléments du pronostic maternel a montré que 22,9 % des malades sont arrivées en mauvais état général. Cette proportion est non négligeable surtout lorsque nous savons qu'il est préjudiciable à l'évolution de la maladie. Nous avons pu confirmer cela par le test statistique Chi-Carré de pearson [43] qui a permis de conclure que plus la patiente arrive en mauvais état général, plus elle risque de décéder. Chez 67,4 % des malades, la poche des eaux était déjà rompue. Dans ces conditions les touchers vaginaux souvent septiques favorisent l'infection. 5,2 % des malades sont arrivées en état de choc ou collapsus. L'espoir de sauver ces femmes est faible. 53,7 % des patientes étaient déjà fébriles à l'arrivée. 31,9 % des malades

avaient un bassin pathologique. La césarienne a été pratiquée chez 31,8 % des patientes. MEDA A. avait trouvé dans une étude sur les césariennes que 67,7 % de cette opération avait été pratiqué chez les évacuées.

Tous ces éléments concourent à un mauvais pronostic pour les évacuées. En effet, il ressort des résultats du traitement qu'une femme sur 19 meurt parmi ces patientes. Ce chiffre est énorme comparé à celui des non évacuées qui est d'une femme sur 59. Notre taux est au-dessus de celui trouvé par KABA S. à Abidjan dont l'étude donne une proportion d'un décès sur 36 femmes environ chez les évacuées. [24]

Les trois premières causes de décès sont :

- les hémorragies, responsables de 30,70 % des décès ;
- la toxémie et ses complications responsables de 13,15 % des décès ;
- 12,28 % des décès sont dûs aux infections.

Ces causes de décès retrouvées par notre étude ont été citées par plusieurs auteurs comme étant les principales causes de décès maternels [12,14,17,23,37,40,53,54]

Chez l'enfant l'appréciation de l'état foetal a montré que dans 12 % des cas les bruits du coeur foetal étaient pathologiques, traduisant une souffrance foetale [39]. Dans 19,2 % des cas ils étaient absents, présumant déjà une mort foetale. Le taux de mortinatalité est de 26 %. KABA S. avait trouvé un taux de 23 % chez les évacuées contre 3,07 % chez les non évacuées. Le taux de mortinatalité chez les évacuées est très au-dessus des taux généraux de mortinatalité trouvés par certains auteurs. MEDA N. a trouvé un taux général de mortinatalité de 7,32 % [31] à l'Hôpital SANOU Souro de Bobo-Dioulasso ; SFAR E. et collab. ont trouvé 3,24 % à Tunis [44] tandis que HODONOU A.K.S. et collab. ont trouvé 4,7 % à Lomé [21]. Notre taux comparé à ces taux généraux de mortinatalité, nous admettons que l'évacuation sanitaire est un risque sérieux pour la mère et l'enfant.

En fait, au moment où il faut appliquer le traitement d'urgence, les conditions ne s'y prêtent pas et au moment où les conditions sont réunies, l'urgence est passée parce que l'enfant est déjà mort.

L'étude a également révélé que chez les nouveaux nés des évacuées les garçons étaient plus fragiles que les filles. En effet, le taux de mortalité est de 27,07 % chez les garçons contre 24,38 % chez les filles. Ce constat a été fait par d'autres auteurs. Ainsi, HODONOU A.K.S. et collab. ont trouvé un taux de mortalité de 58,9 % chez les garçons contre 41,1 % chez les filles [21], tandis que SFAR E. trouvait 54,4 % chez les garçons contre 45,5 % chez les filles. [44].

"Coût de l'évacuation"

L'étude a montré que dans 83 % des cas, c'était l'ambulance qui était utilisée pour le transport des malades. Cependant sur 122 évacuations, 23 étaient entièrement gratuites et parmi ces 23, seulement 4 évacuées des provinces autres que le Kadiogo avaient bénéficié de cette faveur. Ainsi dans la majorité des cas, c'est la malade qui prend en charge le prix du carburant. C'est ainsi que nous avons trouvé que le coût de l'évacuation augmente avec l'éloignement du lieu de résidence de la malade.

Si pour une malade évacuée du Kadiogo le coût de l'évacuation varie de 8 000 à 45 000 F, pour une patiente venant de la Sissili qui est à 199 km de Ouagadougou, il peut s'élever jusqu'à 65 000 F CFA.

Par ailleurs l'étude avait trouvé que le niveau socio-économique des patientes était bas. 88 % de ménagères et 49,6 % d'époux cultivateurs, activités non rémunérées. L'étude du moyen financier nous a permis de confirmer ce fait car nous avons trouvé que dans 63,9 % des cas, le coût des prestations était au-dessus des moyens financiers de la malade.

Dans le coût de l'évacuation, le coût du transport occupe une part assez importante. Si dans la province du Kadiogo il oscille autour de 1 500 francs, il peut s'élever jusqu'à 20 000 pour une patiente située à environ 200 km de Ouagadougou.

CONCLUSION

Comme dans la plupart des pays sous-développés, l'évacuation sanitaire est un problème fréquent au Burkina Faso. 54 % des malades reçues à la maternité du Centre Hospitalier National Yalgado OUEDRAOGO sont des évacuées. Si ce transfert est une dernière porte de secours pour la malade, il n'en demeure pas moins que ce voyage est un facteur augmentant le risque de mortalité maternelle et foetale.

La fréquence de la mort maternelle est d'une (1) femme sur (19) dix-neuf contre une (1) femme sur soixante (60) environ chez les non évacuées. Pour l'enfant, le taux de mortalité est de 26 % soit plus d'un (1) enfant sur quatre (4). Nous avons également trouvé que le coût de l'évacuation était élevé par rapport au niveau socio-économique des patientes.

L'âge jeune des évacuées, le non suivi de leur grossesse, la rareté de centres médicaux-chirurgicaux sur notre territoire, l'état de nos routes, sont autant d'éléments qui contribuent à grever le pronostic des évacuées.

Pour un développement économique et social réel, nous devons davantage mobiliser nos ressources en faveur de la santé en général et celle des femmes en particulier.

"Derrière chaque enfant qui sourit, il faut qu'il y ait une mère physiquement et mentalement bien portante qui envisage l'avenir avec confiance et satisfaction". [33]

**PROPOSITIONS POUR
L'AMELIORATION DES
EVACUATIONS SANITAIRES EN
GYNECOLOGIE
ET OBSTETRIQUE AU BURKINA FASO**

En vue d'apporter des solutions aux problèmes liés à l'évacuation sanitaire en gynécologie et obstétrique nous faisons les propositions suivantes :

- Au niveau de la population

La politique de la prévention est primordiale au niveau de la population et repose sur trois éléments :

La planification familiale doit être enseignée et pratiquée au niveau des adolescentes pour la prévention des grossesses non désirées, et au niveau des adultes pour l'espacement des naissances.

L'éducation pour la santé doit être constante et soutenue, enseignée à tous les niveaux. Elle devra mettre davantage l'accent sur l'intérêt de la consultation prénatale pour la mère et l'enfant. La collectivité doit comprendre l'importance de sa participation à sa propre santé.

Enfin un retardement de l'âge du mariage devrait contribuer à une baisse du taux de fécondité chez les jeunes.

- Au niveau du personnel de santé

L'encadrement des accoucheuses villageoises doit être une priorité car leur rôle dans les soins de santé primaire est plus qu'importante.

Le recyclage de tout le personnel médical et paramédical devrait contribuer à diminuer le risque encouru par les malades. Dans ce sens, la rehabilitation de la fiche de suivi du malade aurait un impacte non négligeable sur l'auto-formation du personnel. Elle devrait être obligatoirement remplie et renvoyée à la formation sanitaire d'origine.

Les dossiers cliniques des malades doivent être correctement rédigés. Cette action se situe au niveau des étudiants, sages-femmes et élèves-infirmiers. Il faut que l'état civil et tous les éléments cliniques faisant partie d'un examen clinique complet soient recherchés et notifiés dans chaque dossier. Cette exigence vient du fait que ce sont ces dossiers qui servent dans les études retrospectives. La conservation de ces dossiers doit être également bien assurée.

- Au niveau des décideurs

La politique sanitaire doit s'orienter vers un équipement minimum des structures sanitaires déjà existantes afin d'en permettre une exploitation maximale.

Elle devra également s'atteler à une répartition équilibrée des services obstétricaux chirurgicaux dans un rayon maximum de 50 km. Ceci implique la formation en nombre suffisant d'un personnel compétent.

Annexées à ces centres médicaux chirurgicaux, les "cases d'attente" telle que nous montre l'expérience du Niger, éviteraient à bon nombre de femmes déjà en travail d'emprunter une route en mauvais état avec un moyen de transport peu confortable.

RESUME

L'évacuation sanitaire en gynécologie et obstétrique est un problème de santé publique.

En vue d'analyser les problèmes liés à ce volet de la santé maternelle, nous avons mené une étude retrospective sur 2135 dossiers recueillis à la maternité de l'Hôpital Yalgado OUEDRAOGO de Ouagadougou. Le bilan sorti de cette étude est le suivant :

- L'évacuation sanitaire en gynécologie et obstétrique est un phénomène fréquent. 54 % des malades admises dans nos services sont des évacuées.

- Le pronostic maternel et foetal est mauvais car :

- . une femme sur 19 meurt à l'issue de ce transfert ;
- . plus d'un enfant sur 4 naît déjà mort.

- Le coût de l'évacuation reste au-dessus des moyens financiers des patientes.

- Le motif d'évacuation ne concorde pas toujours avec le diagnostic réel à l'arrivée.

Au terme de notre travail nous avons fait des suggestions en vue d'apporter des solutions aux problèmes liés à ces évacuations. Notamment la planification familiale, l'éducation pour la santé, la répartition équilibrée des centres médicaux-chirurgicaux dans un rayon maximum de 50 km et le recyclage du personnel de santé.

BIBLIOGRAPHIE

1. ALISJAHBANA A., PECTERS R., MEHEVS A.- Les accoucheuses traditionnelles sont capables de déceler les mères et les nourrissons à risque
In : Forum Mondial de la Santé, Vol. 7, N°3, 1986
PP. 255 - 262
2. BERARDI J.C., RICHARD A., DJANHAN Y., ... [et Al]
Décentraliser les soins de maternité
In : Forum Mondial de la Santé, Vol. 10, N° 3/4, 1989
PP 355 - 358
3. BRAUNER R., LIMAL J.M., RAPPAPORT R.- La puberté normale et pathologique chez la fille.
Encycl. Med. Chir. (Paris, France), Gynécologie, 36A ,
12-1984, 19p.
4. BURKINA FASO : Institut National de la Statistique et de la Démographie- Principales données définitives : 2è recensement général de la population 1985
5. BURKINA FASO : Ministère de l'Equipement : Direction Générale des Travaux Publics - Etat du réseau routier au 30 septembre 1990.
6. BURKINA FASO : Ministère de la Santé et de l'Action Sociale : D.E.P.- Rapport annuel statistique socio-sanitaire 1989-
Ouagadougou, 1991. 91p.
7. BURKINA FASO : Ministère de la Santé et de l'Action Sociale : D.E.P. - [Superficie, départements, formations sanitaires et personnels au 18 novembre 1991]
8. CENTRE INTERNATIONAL DE L'ENFANCE.- Le Centre de recours : la maternité.
In : L'enfant en Milieu Tropical, N° 187/188, 1991
PP. 55 - 72

9. CENTRE INTERNATIONAL DE L'ENFANCE.-
La Consultation prénatale
In : L'enfant en Milieu Tropical, N° 187/188, 1991
PP. 41 - 54
10. DABIRE Alfe - Mortalité Maternelle au Burkina Faso.
Aspects épidémiologiques : E.S.S.SA. 1988
Th. Med. B.F., Ouagadougou, E.S.S.SA. 1988
11. DAHOUROU Honorine.- Aspects opérationnels et économiques
de la Transfusion sanguine au Burkina Faso , E.S.S.SA.
1991
Th. Med. B.F., Ouagadougou, E.S.S.SA. 1991
12. DESTANE DE BERNIS L.- La Mortalité Maternelle : Les causes
In : L'enfant en Milieu Tropical, N° 187/188, 1991
PP. 19 - 22
13. DEMBELE Adama.- Evolution des ruptures uterines en dix
ans à la Maternité du Centre Hospitalier National Yalgado
OUEDRAOGO de Ouagadougou. E.S.S.SA., 1991
Th. Med. B.F., Ouagadougou, E.S.S.SA., 1991
14. DIADHIOU, BAH M.D., MOREAU J.C., ... [et Al]
Mourir en couches
In : Sages-Femmes, tome XII, N° 4, 1988, PP 5-9
15. ENTRETIEN le 02 - Mai - 1992 de 9H à 9H 30 avec Mr. BELLI
:
Direction des Travaux Publics- Sur La distance des chefs
lieux de province à Ouagadougou.
16. ENTRETIEN le 15 - Mai - 1992 de 17 H à 17H 15 avec
Direction de la Régie X9 sur : Tarifs des voyages de
Ouagadougou aux chefs lieux de provinces.
17. ERICA Royston, SUC Armstrong- La prévention des décès
maternels :
Génève, OMS, 1990.

18. FAH M., MARTIN S.L., SIGNATE SY. M., ... [et Al].-
Mortalité périnatale à la maternité du CHU de Dakar
In : Sages-Femmes, tome XII, N° 7, 1988, PP. 6-14
19. HODONOU A.K.S.- La toxémie gravidique
In : Sages-Femmes, tome XII, N° 7, 1988, pp. 17-18
20. HODONOU A.K.S., SCHMIDT H., VOVOR M.- La Mortinatalité
dans un CHU : Exemple de Lomé
In : Sages-Femmes, tome VII, 10, PP. 7-18
21. GAZOBY I., SEKOU H., IDRIS H.- Etude des ménarches de la
jeune fille Nigérienne.
In : Interfac Afrique, N° 15, 1990, PP. 1-6
22. HUFFMAN Sandra., Sc. D.- Femme, Travail et naissance
In: Mères et enfants, vol 7, N° 2, 1988
23. JAGDISH C., BHATIA.- Réalités de la Mortalité maternelle
en Inde
In : Forum Mondial de la Santé, Vol. 11, N° 2, 1990, PP.
200-204
24. KABA Saran.- Evacuations sanitaires d'urgence en
obstétrique.
Faculté de Médecine d'Abidjan, 1986
Th. Med. R.C.I., Abidjan, 1986
25. KASSI M.- Etude de la morbidité et de la mortalité au
cours de deux années du service de pédiatrie de l'Hôpital
de Treichville.
Abidjan, 1971, N° 18
Th. Med. RCI, Abidjan, 1971
26. KELSEY Harisson.- La souffrance des petites victimes
In : Peuples, vol. 14, N° 3, 1987, PP. 12-13
27. KONE B., VOUILLAUME, KOACABA A.- Intérêt de la
symphysectomie de Zaraté pour les pays en voie de
développement.
In : Afrique Médicale, N° 241, 1986, PP. 273-275

28. MAHMOUD Fathalla.- La longue route de la mort
In : Peuples, vol 14, N° 3, 1987, PP. 8-9
29. MAHMOUD Fathalla, KELSEY A. H., BARBARA K.- ...[et Al]-
Prévention de la mortalité maternelle.
In : Forum Mondial de la Santé, vol. 7, N° 1, 1986
30. MEDA Adolphe.- Contribution à l'étude de l'opération
césarienne dans une Maternité Africaine, E.S.S.S.A., 1990
Th. Med. B.F. Ouagadougou, E.S.S.S.A., 1990
31. MEDA Nicolas.- Etude de la Mortinatalité en milieu
hospitalier au Burkina Faso : Taux et causes., E.S.S.S.A.,
1990
Th. Med. B.F., Ouagadougou, E.S.S.S.A., 1990
32. MERGER R., LEVY J., MELCHIOR J.- Précis d'obstétrique
paris : Masson, 1985.- 755 pages
33. MOUBARAK Suzanne.- La maternité, une fin et un moyen
In : Forum Mondial de la Santé, vol. 10, N° 2, 1989, PP.
268-269.
34. NIANG I., MASSE G., MANCIAUX M.- Etude longitudinale de la
puberté à Dakar.
In : Arch. Fr. Pediatr. 1983, 40 : 503-8
35. O.M.S.-FISE - Rôle des soins maternels dans la réduction
de la mortalité périnatale et néonatale
Genève, 1986, 26 pages.
36. O.N.U. : New York - Tendances et politiques
démographiques mondiales
In : Peuples, vol. 14, N° 3, 1987, PP. 33
37. OUEDRAOGO I. Boniface.- Facteurs évitables de la mortalité
maternelle. E.S.S.S.A., 1989
Th. Med. B.F., Ouagadougou, E.S.S.S.A. 1989
38. PIA Poovan, FESCHATSION Kifle, BARBARA E.K.- Moins
d'accidents obstétricaux grâce à une maternité d'attente
In : Forum Mondial de la Santé, vol. 11, N° 4, 1990

39. PONTONNIER G., FOURNIE A., Reme J.M., ... [et Al] - Souffrance foetale aigüe - Editions techniques. Encycl. Med. Chir. (Paris, France). Obstétrique, 5077 A30, 6-1990, 14 p.
40. POPULATION REPORTS - Problèmes mondiaux de santé., vol. XVI, N°2, 1988.
41. RAMDE François.- Les avortements clandestins provoqués. E.S.S.SA, 1989
Th. Med. B.F. Ouagadougou, E.S.S.SA. 1989
42. RASHID T.R., MUGENI I., SHANGOL. ... [et Al] - Age moyen du ménarche de la fille Zaïroise : A Kinshasa, Zaïre
In : Ann. Soc. Belge Med. Trop. 1984, 64, 69-74
43. SCHWART Z D ..- Méthodes statistiques à l'usage des médecins et biologistes.- 3è Ed.- Paris Flammarion 1988
44. SFAR E., KHAROUF N., MARR A Kechi Z., ... [et Al] - Etude de la mortinatalité à la maternité de la Rabtade Tunis
In : J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod., 1990, 19, P. 1074
45. SORE Ablassé.- Les ruptures uterines à la maternité de l'Hôpital National Yalgado OUEDRAOGO., E.S.S.SA., 1986
Th. Med. B.F., Ouagadougou, E.S.S.SA. 1986
46. SORGHO gaston.- Activités de santé maternelle en milieu rural au Burkina Faso.- E.S.S.SA. 1987
Th. Med. B.F., Ouagadougou, E.S.S.SA., 1987
47. SUZANNE F.Y., ALLARD H., MEYER J.L.- Hémorragies obstétricales graves.
Encycl. Med. Chir., Paris, obstétrique, 5109A 1°, 12-1982
48. TABASTE J. L., DENAX A.- Grossesse et accouchement après 40 ans. Editions techniques
Encycl. Med. Chir. (Paris, France) obstétrique, 5016B , 1991, 4P.

49. TANKOANO A. F.- Compte rendu du séminaire Atelier de Formation à la Méthodologie de la Recherche Appliquée à la santé de la Reproduction en Afrique.
Abidjan, juillet - Août 1990
50. TOUBLANC J.E.- Les premières années des règles
In : La Revue du Praticien, 1986, 36, 15
51. TREISSER A., RENAUD R.- Indications des extractions instrumentales du fœtus.
Encycl. Med. chir., Paris, Obstétrique, 5090 A , 5-1982
52. VINATIER D., PATEY S.P., MONNIER J.C.- Généralités sur la grossesse et l'accouchement chez l'adolescente.
Encycl. Med. Chir. (Paris, France), Obstétrique, 5016 D , 5-1987, 5P.
53. WALKER G.J.A., ASHLEY D.E.C., MCCAWE A.M. ... [et Al] - La mortalité maternelle à la Jamaïque
In : Forum Mondial de la Santé, vol. 8, N°1, 1987, PP. 79-83
54. YAN Ren Ying.- La mortalité maternelle en Chine
In : Forum Mondial de la Santé, vol. 10, N° 3/4, 1989, PP. 359-364

A N N E X E S

FICHE D'ENQUETE N° 1

*** Renseignements démographiques**

- Age

- Situation matrimoniale :

mariée Célibataire divorcée veuve

- Profession de la femme :

ménagère fonctionnaire étudiante

élève secteur informel

- Profession de l'époux :

cultivateur fonctionnaire étudiant

élève Secteur informel

*** Motif d'évacuation**

*** Diagnostic réel**

*** Province qui évacue**

*** Formation sanitaire qui évacue**

CHR CM CSPS Clinique privée

*** Antécédents gynéco-obstétricaux**

- Date des premières règles

- Date des dernières règles

- Cycle régulier irrégulier

- gestité

- Parité

- nombre d'enfants vivants

- nombre d'enfants décédés

- nombre d'avortements

- nombre de mort nés.

*** Examen de la femme à l'entrée**

- état général : bon mauvais
- anémie : existe n'existe pas
- fièvre : existe n'existe pas
- hauteur uterine
- bruits du coeur foetal : présents et bons
- présents et pathologiques non perçus
- dilatation du col
- poche des eaux : intacte rompue
- bassin normal pathologique

*** évolution**

- mode d'accouchement : normal ; forceps
ventouse symphyseotomie grande extraction
embryotomie césarienne
- traitement reçu : médical chirurgical
- résultats du traitement : guérison décès
- état de l'enfant à la naissance
 - . sexe féminin masculin
 - . poids :
 - . Apgar : >7 3-7 <3 ou réanimé
mort né frais mort né macéré

*** Durée de l'hospitalisation**

FICHE D'ENQUETE N° 2

* Province d'évacuation

* Moyen d'évacuation : ambulance personnel

* Coût du transport :

* Coût des ordonnances

* Moyen financier utilisé : personnel

aide

emprunt

* Section d'hospitalisation : "post opérées"

"suites de couches"

* Coût du séjour.

FICHE DE SUIVI DU MALADE No.....

Province _____ Formation Sanitaire _____ Type de formation _____

Nom et prénoms du malade _____ Age _____ Sexe : M _____ F _____

Résultats des examens (synthèse) _____

Traitement administré _____

Service ou était admis le malade _____

Noms, qualification du responsable qui a traité le malade _____

Diagnostic de sortie _____

Etat de sortie : Guéri Décédé Evadé Autre (préciser) _____

Conduite à tenir pour le suivi du malade _____

Date et signature
(Cachet)

N.B. — Pour la Formation de Référence : Cette fiche doit être obligatoirement remplie en double et une copie retournée à la formation d'origine du malade par la DPS.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
LE DIRECTEUR DE THESE


P. Ag. B. Koue

Professeur Titulaire
Chaire de
Morphologie et Anatomie
Hôpital de Douala
(BOULEVARD DE LA PAIX)

VU
LE PRESIDENT DU JURY

~~Dr. Ag. B. R. SOUDRE
LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE
CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
HOPITAL ALCADRE MEDICAL
B. P. 7022 OUAGA BOULOU~~

VU
LE DOYEN DE LA FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

TITRE : LES EVACUATIONS SANITAIRES EN
GYNECOLOGIE
ET OBSTETRIQUE
A PROPOS DE 2135 DOSSIERS
RECUEILLIS
A LA MATERNITE DU CENTRE
HOSPITALIER NATIONAL
YALGADO OUEDRAOGO

RESUME

L'évacuation sanitaire en gynécologie et obstétrique est un problème de santé publique.

En vue d'analyser les problèmes liés à ce volet de la santé maternelle, nous avons mené une étude retrospective sur 2135 dossiers recueillis à la maternité de l'Hôpital Yalgado OUEDRAOGO de Ouagadougou. Le bilan sorti de cette étude est le suivant :

- L'évacuation sanitaire en gynécologie et obstétrique est un phénomène fréquent. 54 % des malades admises dans nos services sont des évacuées.

- Le pronostic maternel et foetal est mauvais car :

- . une femme sur 13 meurt à l'issue de ce transfert ;
- . plus d'un enfant sur 4 naît déjà mort.

- Le coût de l'évacuation reste au-dessus des moyens financiers des patientes.

- Le motif d'évacuation ne concorde pas toujours avec le diagnostic réel à l'arrivée.

Au terme de notre travail nous avons fait des suggestions en vue d'apporter des solutions aux problèmes liés à ces évacuations. Notamment la planification familiale, l'éducation pour la santé, la répartition équilibrée des centres médicaux-chirurgicaux dans un rayon maximum de 50 km et le recyclage du personnel de santé.

Mots Clés : Evacuation sanitaire / Province /
Maternité Yalgado OUEDRAOGO /
Motif d'évacuation / Diagnostic réel /
Pronostic / Coût.

TITLE

The sanitary evacuation in obstetrics and
gynecology.

The case of 2135 documents collected in the
maternity of Yalgado Ouedraogo National
Hospital Centre.

KEY WORDS

Sanitary evacuation ;
Province ; Yalgado Ouedraogo maternity ;
cost ; pronostic ; cause ;
Diagnosis

ADRESSE : PARE Anne : BP 4758 OUAGADOUGOU
Tél. 30 35 91