

BURKINA FASO
Unité-Progrès-Justice

MINISTRE DES ENSEIGNEMENTS SECONDAIRE ET SUPERIEUR

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU



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

SECTION MEDECINE

Année universitaire 2010-2011

Thèse n° 133

**LES REFERENCES OBSTETRIQUES AU CMA DU SECTEUR 30
DE OUAGADOUGOU :**
**Analyse de la pertinence des indications et pronostic
materno-fœtal au cours de l'année 2009**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 06/09/2011

Pour l'obtention du grade de DOCTEUR EN MEDECINE (DIPLÔME D'ETAT)

Par

Aïssata BARRY

Née le 19 Février 1983 à Banh (Burkina Faso)

Directeur de thèse :

Pr. Titulaire Blandine BONANE/THIEBA

Co Directeur de thèse :

Dr. Charlemagne OUEDRAOGO

Président du jury :

Pr. Titulaire Jean LANKOANDE

Membres du jury

Dr. Djenèba SANON

Dr. Boubakar TOURE

Dr. Charlemagne OUEDRAOGO

**LISTE DES RESPONSABLES ADMINISTRATIFS ET
DU PERSONNEL ENSEIGNANT DE L'UFR/SDS**

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

Unité de Formation et de Recherche

Année Universitaire 2010 /2011

En Sciences de la Santé (UFR/SDS)

LISTE DES RESPONSABLES ADMINISTRATIFS DE L'UFR/SDS

Directeur	Pr. Arouna OUEDRAOGO
Directeur Adjoint	Pr. Rabiou CISSE
Coordonnateur de la section Médecine	Pr. Kampadilemba OUOBA
Coordonnateur de la section Pharmacie	Pr. Mamadou SAWADOGO
Coordonnateur de la section Odontostomatologie	Dr. Dieudonné OUEDRAOGO
Directeur des stages de la section Médecine	Pr. Ag Antoine P. NIAMBA
Directeur des stages (Bobo Dioulasso)	Pr. Ag Athanase MILLOGO
Directeur des stages de la section Pharmacie	Pr. Ag Lassana SANGARE
Secrétaire Principal	Mr. Olivier Leperson SANWIDI
Service Administratif, Financier et Comptable	Mr. Hervé Ollo TIOYE
Chef de Service Scolarité	Dr. Serge Aimé SAWADOGO
Chef de Service Bibliothèque	Mme Mariam TRAORE/SALOU
Secrétaire du Directeur	Mme Adiara SOMDA/CONGO
Secrétaire du Directeur Adjoint	Mlle Aminata OUANDAOGO

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR/SDS

I. ENSEIGNANTS PERMANENTS

1) Professeurs titulaires

1. Robert T. GUIGUEMDE	Parasitologie
2. Robert B. SOUDRE	Anatomie Pathologique
3. Innocent Pierre GUISSOU	Pharmacologie et toxicologie
4. Blaise K. SONDO	Santé Publique
5. Joseph Y. DRABO Y.	Médecine Interne/Endocrinologie
6. Jean LANKOANDE	Gynécologie Obstétrique
7. Daniel P. ILBOUDO	Hépatologie, Gastro-entérologie
8. Adama TRAORE	Dermatologie – Vénérologie
9. Kandapilemba OUOBA	Oto-rhino-laryngologie
10. Rabiou CISSE	Radiodiagnostic et Imagerie Médicale
11. Rasmata OUEDRAOGO/TRAORE	Bactériologie virologie
12. Simon TRAORE	Chirurgie viscérale
13. Diarra YE/OUATTARA	Pédiatrie
14. Adama LENGANI	Néphrologie
15. Jean-Baptiste NIKIEMA	Pharmacognosie
16. Martial OUEDRAOGO	Pneumo-phtisiologie
17. Olga M. GOUMBRI/LOMPO	Anatomie pathologie
18. Boubacar NACRO	Pédiatrie

2) Maîtres de Conférences Agrégés

1. Raphaël K. OUEDRAOGO	Orthopédie
2. François Housséini TALL	Pédiatrie

3. Albert WANDAOGO	Chirurgie Pédiatrique
4. Joachim SANOU	Anesthésie-Réanimation
5. Théophile L. TAPSOBA	Biophysique-Médecine Nucléaire
6. Michel AKOTIONGA	Gynécologie – Obstétrique
7. Alain BOUGOUMA	Gastro-entérologie
8. Daman SANO	Chirurgie Viscérale
9. Abel KABRE	Neuro-Chirurgie
10. Athanase MILLOGO	Neurologie
11. Nazinigouba OUEDRAOGO	Anesthésie/Réanimation
12. Lassana SANGARE	Bactériologie-Virologie
13. Blandine THIEBA/BONANE	Gynécologie-Obstétrique
14. Maimouna DAO/OUATTARA	ORL
15. Claudine Léonie LOUGUE/SORGHO	Radiologie
16. Noufounikoun MEDA	Ophtalmologie
17. Pascal Antoine NIAMBA	Dermatologie Vénérologie
18. Théodore OUEDRAOGO	Anatomie Humaine
19. Laurent T. OUEDRAOGO	Santé Publique
20. Rasmané SEMDE	Pharmacie Galénique
21. Issa T. SOME	Chimie Analytique
22. Abel Y. BAMOUNI	Radiodiagnostic et Imagerie Médicale
23. Moussa BAMBARA	Gynécologie-Obstétrique
24. Fatou BARRO/TRAORE	Dermatologie – vénérologie
25. Abdel Karim SERME	Hépatologie-Gastro-entérologie
26. Jean SAKANDE	Biochimie
27. Kapouné KARFO	Psychiatrie
28. Timothée KAMBOU	Urologie
29. André K. SAMADOULOUGOU	Cardiologie
30. Emile BANDRE	Chirurgie Pédiatrique

31. Apollinaire SAWADOGO	Hépatologie ; gastro-obstétrique
32. Françoise D. MILLOGO/TRAORE	Gynécologie-Obstétrique
33. Idrissa SANOU	Bactériologie-virologie
34. Elie KABRE	Biochimie
35. Eléonore KAFANDO	Hématologie biologique

3) Maîtres-Assistants

1. Abdoulaye TRAORE	Santé Publique
2. Lady Kadidiatou TRAORE	Parasitologie
3. Boubakar TOURE	Gynécologie-Obstétrique
4. Antoinette TRAORE/BELEM	Pédiatrie
5. Alain Z. ZOUBGA	Pneumo-Phtisiologie
6. Pingwendé BONKOUNGOU	Pédiatrie
7. Arsène M. D. DABOUE	Ophthalmologie
8. Robert O. ZOUNGRANA	Physiologie Humaine
9. Christophe S. DA	Orthopédie, Traumatologie
10. Eric W. C. NACOULMA	Hématologie clinique
11. Sélouké SIRANYAN	Psychiatrie
12. Vincent OUEDRAOGO	Médecine du travail
13. Barnabé ZANGO	Urologie
14. Théodore Z. OUEDRAOGO	Médecine du travail
15. Dieudonné OUEDRAOGO	Stomatologie et chirurgie Maxillo-faciale
16. Sheick Oumar COULIBALY	Parasitologie
17. Nicolas MEDA	Santé Publique
18. Ahgbatouhabeba ZABSONRE/AHNOUX	Ophthalmologie
19. Roger Arsène SOMBIE	Hépatogastro-Entérologie
20. Ousséini DIALLO	Radiodiagnostic et Imagerie Médicale
21. Ela KOUETA	Pédiatrie

22. Christian NAPON	Neurologie
23. Dieu-Donné OUEDRAOGO	Rhumatologie
24. Assista LAMIEN/SANOU	Anatomie Pathologique
25. Moussa OUEDRAOGO	Pharmacologie
26. Charlemagne OUEDRAOGO	Gynécologie-obstétrique
27. Ali OUEDRAOGO	Gynécologie-obstétrique
28. Tarcissus KONSEIM	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
29. Gilbert P. BONKOUNGOU	Chirurgie générale
30. Adama SANOU	Chirurgie générale
31. Charlemagne GNOULA	Chimie thérapeutique
32. Moustapha OUEDRAOGO	Toxicologie

4) Assistant

1. Hamado KAFANDO	Chirurgie générale
2. Adrien B. SAWADOGO	Maladies Infectieuses
3. Hervé TIENO	Médecine Interne
4. Lassina DAO	Pédiatrie
5. Serge Aimé SAWADOGO	Immunologie
6. Fousséni DAO	Pédiatrie Puériculture
7. Mahamoudou SANOU	Bactériologie Virologie
8. Yvette Marie GYEBRE/BAMBARA	Oto-rhino laryngologie
9. Gisèle BADOUM/OUEDRAOGO	Pneumo-phtisiologie
10. Papougnézambo BONKOUNGOU	Anesthésie-Réanimation
11. Gérard COULIBALY	Néphrologie
12. Oumar GUIRA	Médecine Interne
13. Nina N. KORSAGA/SOME	Dermatologie-Vénérologie
14. Madina NAPON	Radiodiagnostic et Imagerie Médicale
15. Edgar OUANGRE	Chirurgie Générale et Digestive

16. Issou OUEDRAOGO	Chirurgie Pédiatrique
17. Bertin Priva OUEDRAOGO	Oto-rhino – laryngologie
18. Wélébnoaga Norbert RAMDE	Médecine Légale
19. Mamoudou SAWADOGO	Chirurgie Orthopédie et Traumatologie
20. Moustapha SEREME	Oto-rhino-laryngologie
21. Mohamed TALL	Orthopédie-Traumatologie
22. Georges OUEDRAOGO	Pneumo-Phtisiologie
23. Armel Flavien R. KABORE	Anesthésie Réanimation
24. Maurice ZIDA	Chirurgie générale
22. Abdoulaye ZAN	Chirurgie générale
23. Estelle Noëla Hoho YOUL	Pharmacologie
24. Solange YUGBARE/OUEDRAOGO	Pédiatrie

5) Enseignants à temps plein

1. Hamadé OUEDRAOGO	Anesthésie Réanimation
2. Rigobert THIOMBIANO	Maladies Infectieuses

DEDICACES

A Dieu tout puissant,

Je te glorifie pour ta présence dans ma vie et pour toutes les Grâces dont tu me combles chaque jour. Ta bonté et ta grâce, Dieu d'Amour, nous accompagnent au quotidien et nous donne de réussir toute chose. Merci de continuer à illuminer ma vie. Que ton Saint Nom soit Béni à jamais. Amen !

A mes parents,

Vos bénédictions et votre amour m'ont été d'un soutien inestimable durant toutes ces années passées si loin de vous. Les mots me manquent pour vous témoigner toute ma gratitude. Puisse le tout puissant nous accorder longue vie pour profiter des fruits de l'arbre que vous avez planté.

A ma belle-mère,

Votre soutien moral et encouragement n'ont pas failli un seul instant. Trouver ici l'expression de ma profonde gratitude. Qu'Allah vous comble de multiples grâces et vous protège.

A tonton et tante,

Vous avez ouvert le boulevard de la vie dans lequel vous nous avez engagés. Vous n'avez économisé aucun ressort ni aucune ressource pour insuffler en nous l'amour et le respect pour le travail bien accompli, vous avez toujours su être attentifs pour nous encourager à continuer le chemin surtout pendant les périodes les plus difficiles. Il est vrai que par moment nous avons hésité à suivre dans vos conseils mais nous sommes conscientes du bien fondé et de tous les sacrifices consentis pour nous. Puisse ce travail être à la hauteur des espoirs fondés en nous. Puisse le tout puissant vous accorder longue vie dans la paix et dans le bonheur auprès des vôtres.

A mes frères et sœur (Aliou, Boureima, Oumarou, Saliou, Hamadou, Yaya, vieux, Aminata, Hamidou),

Puissions-nous rester unis à jamais et solidaires à toutes épreuves. Trouvez dans ce travail tous vos égards à mon endroit. Qu'Allah vous comble de multiples grâces et vous protège.

A mes belles sœurs (Alima SOW, Aïssata BARRY et Aminata BARRY),

A mes neveux (Cheik, Nadira, Abdel, Aziz, Khalil, Anissa),

Vous nous apportez de la gaieté et communiquez votre joie de vivre. Sachez toujours prendre le bon exemple et apprenez que seul le travail paie. Affectueusement.

A mes cousines et cousins (Djeneba, Amina, Anissa, Charif, Alpha, Maïmounata),

Nous avons grandi ensemble et partagé bien de choses. Je vous remercie pour les joies et les mésaventures que nous avons connues qui ont contribué à raffermir nos liens. Ce travail est aussi le vôtre.

A mon cousin Kader BARRY (in memoriam),

Plus qu'un cousin tu étais mon ami, mon confident. Tu as toujours cru en moi et j'espère du fond du cœur que de là où tu es, tu seras fier de ta cousine chérie. Ce travail est le tien. Puisses-tu connaître le repos éternel.

« Les morts ne sont pas morts, ils sont dans les eaux des fleuves qui coulent » :
Birago DIOP.

Aux grandes familles BARRY, TAMBOURA et KABORE,

Je vous remercie très sincèrement pour les soutiens multiformes. Je sais que vous partagez ma joie d'aujourd'hui.

A ma grand-mère Aïie TAMBOURA,

Merci pour tes bénédictions.

A mon oncle Djibairou,

A ma tante Aïrou,

A Valentin OUEDRAOGO et william YAMEOGO,

A la famille du Professeur Abdel Kader Karim SERME,

Merci pour vos encouragements et votre soutien.

A la famille du Colonel Noaga OUEDRAOGO,

Merci pour vos encouragements et votre soutien.

A la famille Roger Bila KABORE,

Merci pour vos encouragements et votre soutien.

A mes amis et promotionnaires,

Aïcha Zoungrana, Lionella, Aminata, Yasmine, William Yaméogo, Lydie, Natacha O, Natacha B, Aïcha, Eric, Hamado Sawadogo, Ines, Rolande, Aristide Bado, Yacine Sanogo, Colette, Elsa, Maurice, Eloi, Ines, Amssatou, Narcisse, Ablo, Alzavine, Edna, Cheick...

REMERCIEMENTS

Nos sincères remerciements vont à tous ceux, qui, d'une manière ou d'une autre, ont contribué à notre formation et particulièrement à la réalisation de ce travail :

Au Pr Blandine BONANE/THIEBA,

Pour votre précieuse aide dans la réalisation de ce document ainsi que pour vos multiples conseils, votre disponibilité et vos encouragements.

Au Dr Charlemagne OUEDRAOGO,

Vous avez été un guide sur lequel nous avons toujours pu compter tout au long de ce travail. Merci pour vos conseils, votre dévouement et votre disponibilité malgré la charge de travail. Vous êtes un exemple pour nous.

Au personnel du CMA du secteur 30,

En particulier : à tout le personnel du service de la maternité. Pour m'avoir reçue et intégrée dans le service et pour la bonne ambiance de travail qui y a toujours régné. Merci pour votre collaboration à l'élaboration de ce travail et pour vos encouragements multiformes.

Au Dr Wilfried OUEDRAOGO,

Pour sa participation à l'aboutissement de ce travail.

Aux Docteurs Adama OUATTARA et Armel OUEDRAOGO,

Pour votre participation à l'aboutissement de ce travail.

A Arnaud MARE, Moumouni COMPAORE et Benoit ZINSOMNI,

A SOURA, LANKOANDE et MILLOGO de L'ISSP.

A NOS MAITRES ET JUGES

A notre Maître et Président du jury, le Pr Jean LANKOANDE,

Professeur titulaire en gynécologie et obstétrique à l'UFR/SDS

Chef de service du service de gynécologie et d'obstétrique au CHU/YO

Chef du département de gynécologie et obstétrique à l'UFR/SDS

Chevalier de l'ordre national

Cher maître,

Nous vous sommes très reconnaissante d'avoir accepté, avec spontanéité et ce, malgré vos innombrables tâches, de présider ce jury de thèse. Cela nous touche énormément et humblement nous vous disons merci.

Nous avons eu l'immense honneur de bénéficier de vos enseignements théoriques et pratiques au cours de notre formation. Vous nous avez toujours impressionnés par la clarté et l'aisance avec lesquelles vous savez transmettre votre savoir. Votre grande simplicité et votre modestie font de vous un homme admiré et respecté de tous.

Présider ce jury de thèse est un grand privilège que vous nous faites et nous vous en sommes reconnaissantes.

Trouvez ici, cher maître, notre profond respect et toute notre gratitude.

Que l'Éternel vous comble de ses bénédictions au-delà de vos attentes.

*A notre Maître et Directrice de thèse, le Pr Blandine
BONANE/THIEBA,*

**Professeur titulaire de gynécologie et obstétrique
Gynécologue Obstétricienne au CHUYO
Directrice exécutive de la SOGOB
Chevalier de l'Ordre National**

Cher maître,

Nous sommes sensibles à l'honneur et au privilège que vous nous avez accordé en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

Nous avons été émerveillées par votre grande simplicité, votre rigueur dans le travail, vos connaissances scientifiques et vos grandes qualités humaines. Tout le temps passé dans le service et à vos côtés a fini de nous édifier sur l'amour que vous portez à vos patientes, votre parfaite maîtrise de la gynécologie obstétrique et votre souci constant de faire progresser cette discipline dans notre pays. Votre éloquence fait de vous une femme très écoutée.

Puissiez-vous rester cette source immense de connaissances et de valeurs à laquelle nous nous abreuons avec délectation. L'apprentissage à vos côtés guidé par la richesse et la clarté de vos idées a été pour nous source d'enseignement et d'éducation.

En espérant n'avoir pas déçu vos attentes, soyez rassuré cher maître de notre profond respect et de toute notre admiration.

Que Dieu vous comble avec votre famille de multiples Grâces.

*A notre Maître et Co-directeur de thèse, le Dr Charlemagne
OUEDRAOGO.*

Ancien interne des hôpitaux de Ouagadougou

**Maître assistant en gynécologie-obstétrique à l'UFR/SDS de
l'Université de Ouagadougou**

Médecin gynécologue obstétricien au CMA du secteur 30

**Chef de service de l'unité de gynécologie obstétrique du CMA du
secteur30**

**Expert de l'Organisation Mondiale de la Santé en Santé de la
Reproduction**

**Chevalier dans l'Ordre de la Légion d'honneur de la République
Française**

Cher maître,

C'est un grand honneur pour nous de vous avoir comme co-directeur de thèse.
Merci d'avoir inspiré ce travail et de l'avoir dirigé malgré vos multiples
occupations.

Votre sympathie, votre enthousiasme et votre ardeur au travail nous ont
beaucoup impressionnés tout le temps passé à vos côtés. Vous êtes toujours resté
ouvert à nos multiples sollicitations et votre rigueur dans le travail ainsi que vos
compétences techniques et scientifiques forcent l'admiration.

Permettez-nous de vous exprimer à travers ce travail, toute notre gratitude, notre
grande admiration et notre profond respect.

Que Dieu tout puissant vous bénisse et vous aide dans la réalisation de vos
projets.

A notre Maître et Juge, le Dr Djenèba SANON.

Médecin spécialiste de santé publique

Diplômé en vaccinologie

Directrice de la Santé de la Mère et de l'Enfant

Cher maître,

Permettez-nous de vous témoigner toute notre gratitude pour avoir spontanément accepté de prendre part à ce jury de thèse malgré vos occupations.

Nous sommes sensibles à cet insigne d'honneur que vous nous faites. Votre grande maîtrise de la question est pour nous l'assurance que vos apports soient indispensables à la perfection de ce travail.

Trouvez ici cher maître, l'expression de notre profond respect et de nos sincères remerciements.

Que Dieu vous bénisse et vous assiste dans toutes vos réalisations.

A notre Maître et Juge, le Dr Boubakar TOURE,

Maître-assistant en gynécologie et obstétrique à l'UFR/SDS de

l'Université de Ouagadougou

Ancien interne des hôpitaux d'Abidjan

Médecin anesthésiste réanimateur

Gynécologue-obstétricien au CHUYO

Cher maître,

En dépit de vos multiples occupations, vous avez accepté, sans hésiter, de siéger dans ce jury et d'apprécier ce travail.

Nous avons bénéficié de vos enseignements en quatrième année de médecine et lors de votre encadrement au cours de notre stage pratique au CHUYO.

Votre simplicité et votre disponibilité, vos connaissances ainsi que votre ardeur au travail, ne cessent de nous émerveiller.

Permettez nous de vous témoigner ici notre gratitude et notre profond respect pour avoir accepté de prendre part à ce jury de thèse. Les mots nous manquent pour vous dire nos remerciements.

Puissiez-vous être comblé davantage de riches bénédictions et relever tous vos défis par la Grâce de Dieu.

Par délibération l'UFR/SDS 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 FIGURES ET DES TABLEAUX

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Evolution mensuelle des références en urgence du 1er janvier au 31 décembre 2009 dans le service de maternité du CMA du secteur 30 de Ouagadougou.....	36
Figure 2 : Répartition des patientes par tranches d'âge (ans)	37
Figure 3 : Répartition des patientes selon la parité	38
Figure 4 : Fréquence des principaux traitements médicaux reçus par les patientes dans les formations sanitaires périphériques	41
Figure 5 : Répartition des femmes décédées selon le délai de survenue du décès après admission.....	51

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Normes des services de santé de la femme [29]	12
Tableau II : Fréquence globale des références en urgence rapportée par différentes études	18
Tableau III : Répartition des patientes selon le motif d'admission dans la formation sanitaire périphérique	39
Tableau IV: Répartition des patientes selon l'état clinique à l'entrée.....	39
Tableau V: Répartition des patientes en fonction de la provenance.....	42
Tableau VI: Répartition des patientes selon le moyen de transport utilisé.....	43
Tableau VII: Répartition des agents référants selon leur catégorie professionnelle.	43
Tableau VIII: Répartition des patientes selon le type de support de référence utilisé.	44
Tableau IX: Répartition des patientes selon le motif de la référence	45
Tableau X: Répartition des patientes selon le diagnostic retenu au CMA.....	46
Tableau XI: Concordance entre principaux motifs de référence et diagnostic retenu au CMA.....	47
Tableau XII : Répartition des patientes selon la prise en charge obstétricale.....	48
Tableau XIII: Répartition des patientes selon les types de complications survenus après la prise en charge.	49
Tableau XIV : Etude comparative entre mode d'admission et survenue du décès maternel.	50
Tableau XV: Répartition des décès selon la cause.....	51
Tableau XVI: Répartition des patientes décédées selon la provenance.....	52
Tableau XVII: Répartition des patientes selon le mode de sortie	53
Tableau XVIII: Répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation	54

SIGLES ET ABREVIATIONS

SIGLES ET ABREVIATIONS

AA : Accoucheuse Auxiliaire

AB : Accoucheuse Breveté

AIS : Agent Itinérant de Santé

AMIU : Aspiration Manuelle Intra Utérine

AQUASOU : Amélioration de la Qualité et de l'Accès aux Soins
Obstétricaux d'Urgence

BGR : Bassin Généralement Rétréci

CHR : Centre Hospitalier Régional

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CHU-SS : Centre Hospitalier Universitaire Sanon Sourô

CHU-YO : Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo

CM : Centre Médical

CMA : Centre Médical avec Antenne chirurgicale

COGES : Comité de Gestion

CPN : Consultation Périnatale

CSPS : Centre de Santé et de Promotion Sociale

DA/RU : Délivrance Artificielle /Révision Utérine

DEP : Direction des Etudes et de la Planification

DFP : Disproportion Foeto-Pelvienne

DS : District Sanitaire

ECD : Equipe Cadre du District

EDS : Enquête Démographique et de Santé

FNUAP : Fonds des Nations Unies pour la Population

FS : Formation Sanitaire

GEU : Grossesse Extra Utérine

HDD : Hémorragie De la Délivrance

HRP : Hématome Retro Placentaire

HTA : Hypertension Artérielle

IB : Infirmier Breveté

IDE : Infirmier d'Etat

IMA : Indication Maternelle Absolue

INSD : Institut National de la Statistique et de la Démographie

IOM : Intervention Obstétricale Majeure

MMR : Maternité à Moindre Risque

NV : Nouveau Né

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PP : Placenta Prævia

PSN : Programmation Sanitaire Nationale

RAC : Réseau Aérien de Communication

RGPH : Recensement général de la population et de l'Habitat

RPM : Rupture Prématuration des Membranes

RU : Rupture Utérine

SAA : Soins Après Avortement

SAGO : Société Africaine de Gynécologie Obstétrique

SF : Souffrance Fœtale

SFE/ME : Sage Femme d'Etat /Maïeuticien d'Etat

SMI : Santé Maternelle et Infantile

SONE : Soins Obstétricaux et Néonataux Essentiels

SONU: Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence

SONUB : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base

SONUC : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complet

SOU : Soins Obstétricaux d'Urgence

SR : Santé de la Reproduction

SSP : Soins de Santé Primaire

VPN : Voice Phone Number

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

TABLE DES MATIERES

I-INTRODUCTION ET ENONCE DU PROBLEME	1
II- REVUE DE LA LITTERATURE.....	5
II.1. Définitions de concepts.....	6
II.1.1. L'urgence	6
II.1.2. La référence.....	6
II.1.3. Le système de référence.....	7
II.1.4. Le système de partage des coûts	8
➤ L'exemple du district sanitaire de Bogodogo [33]	8
II.1.5. Les Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU)	10
II.2. Les systèmes de référence.....	13
II.2.1. En Afrique	13
II.2.1.1. Du système de santé au système de référence	13
II.2.1.2. Rôles et situation du système de référence en Afrique	14
II.2.2. Au Burkina Faso.....	15
➤ Organisation et fonctionnement du système de référence	15
II.3. Epidémiologie des références en urgence.....	17
II.3.1 Fréquence	17
II.3.2. Indications de la référence en urgence	19
II.3.3. Pronostic de la référence en urgence.....	20
III-OBJECTIFS	23
III.1. Objectif général	24
III.2. Objectifs spécifiques	24
IV-METHODOLOGIE	25
IV.1. Cadre de l'étude.....	26
IV.1.1. Le district sanitaire de Bogodogo	26
IV.2. Type et période d'étude	29
IV.3. Critères d'inclusion et d'exclusion.....	30
IV.4. La collecte des données	30
IV.5. Les variables d'étude	30

IV.6. Définitions opérationnelles.....	31
IV.7. L'analyse des données.....	33
IV.8. Les considérations éthiques	33
V-RESULTATS.....	34
V.1. Aspects épidémiologiques	35
V.1.1. Fréquence des références en urgence	35
V.1.2. Caractéristiques sociodémographiques des patientes référées en urgence	36
V.1.3. Antécédents gynéco-obstétricaux	37
V.2. Au niveau de la structure d'accueil.....	38
V.2.1. Motifs d'admission.....	38
V.2.2. Signes généraux.....	39
V.2.3. Durée dans la structure d'accueil (heures)	39
V.2.4. Traitement reçu dans la structure d'accueil.....	40
V.3. Modalités de la référence en urgence.	41
V.3.1. Structure sanitaire d'accueil de la patiente.....	41
V.3.2. Moyen de transport utilisé	42
V.3.3. Catégorie professionnelle des agents des structures référents	43
V.3.4. Moment de la référence	43
V.3.5. Personnel soignant accompagnant	44
V.3.6. Types de support de référence	44
V.4. Etude clinique.....	44
V.4.1. Motif de la référence en urgence.....	44
V.4.2. Diagnostic retenu.....	45
V.4.3. Analyse des motifs de référence et des diagnostics retenus.....	46
V.5. Pertinence des références en urgence	48
V.6. Pronostic maternel	49
V.6.1. Morbidité maternelle	49

V.6.2. Mortalité maternelle	49
V.6.2.1. Délai de survenue du décès	51
V.6.2.2. Décès et provenance	52
V.7. Pronostic foetal.....	52
V.7.1. Morbidité du nouveau-né.....	52
V.7.2. Mortalité du nouveau-né.....	52
V.8. Mode de sortie de la patiente.....	53
V.9. Durée d'hospitalisation.....	53
VI-DISCUSSION	55
VI.1. Limites et contraintes de l'étude	56
VI.2. Fréquence et évolution des références en urgence	56
VI.3. Pertinence des références en urgence	59
VI.4. Pronostic materno foetal.....	61
VII-CONCLUSION	66
VIII-SUGGESTIONS.....	68
IX-REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	71
X-ANNEXES	XII

I-INTRODUCTION ET ENONCE DU PROBLEME

Plus de 20 ans après le lancement de l'initiative de la maternité sans risque, la mortalité maternelle demeure un enjeu majeur de santé publique dans les pays en développement [43]. En effet, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la quasi-totalité des décès maternels (99%) se produisent dans les pays en développement, dont plus de la moitié en Afrique subsaharienne [40, 43, 53].

Le risque de mourir de cause liée à la grossesse chez la femme est de 1/26 en Afrique subsaharienne contre 1/7300 dans les pays développés [22].

Des études ont montré que la majorité des complications et des décès surviennent pendant le travail, l'accouchement, et le post-partum immédiat. Les complications surviennent de façon imprévisible [22, 47]. En conséquence, les stratégies actuelles de lutte privilégient l'assistance qualifiée à l'accouchement définie comme «le processus par lequel une femme reçoit des soins adéquats durant le travail, l'accouchement et le post-partum précoce». Ceci implique la présence d'un personnel qualifié et un environnement adéquat qui inclut des médicaments, des équipements et des infrastructures suffisants ainsi qu'un système de référence efficace vers un niveau de soins plus élevé [47].

L'organisation du système de référence obstétricale entre le premier (1^{er}) et le deuxième (2^{ème}) échelon des soins de district sanitaire est une des stratégies essentielles de la lutte contre la mortalité maternelle [2, 11].

Au Burkina Faso, la politique sanitaire nationale en santé de la reproduction, qui a comme préoccupation majeure la lutte contre la mortalité maternelle et périnatale a développé des mesures pour rendre plus fonctionnel le système de référence dans le système de santé [24, 25, 44].

Cette organisation devrait permettre de résoudre les difficultés d'accessibilité aux Soins Obstétricaux d'Urgence (SOU) pour les femmes qui ne peuvent pas

être prises en charge dans les formations sanitaires de premier (1^{er}) échelon [11, 44].

Cependant différentes études sur les évacuations sanitaires obstétricales à la maternité du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo (CHU-YO) font état d'une défaillance dans le fonctionnement du système de référence avec une proportion importante de décès maternels imputables aux erreurs diagnostics, aux références tardives et aux mauvaises conditions d'évacuations et de prise en charge au niveau du centre qui réfère [12, 14, 18, 44, 46].

C'est dans ce contexte que notre étude voudrait contribuer à améliorer la connaissance des références obstétricales en prenant l'exemple de la maternité du Centre Médical avec Antenne chirurgicale (CMA) du secteur 30 de Ouagadougou.

Le CMA du secteur 30 de Ouagadougou est fonctionnel depuis le mois de mars 1997 ; il constitue le centre de référence du District Sanitaire (DS) de Bogodogo. Cependant, jusqu'en 2004, la majorité des cas compliqués étaient référés directement vers le CHU-YO [26, 35, 45, 48].

L'ouverture de son bloc opératoire en 2003 et l'organisation du circuit de la référence dans le cadre du projet d'Amélioration de la Qualité et de l'Accès aux Soins Obstétricaux d'Urgence (AQUASOU) a permis, aux Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) du district de désengorger le CHU-YO en orientant les évacuations vers le CMA [47]. D'une durée de trois (3) ans, le projet a pris fin en 2006 et le CMA a poursuivi ses activités à travers une appropriation. La fin du projet a coïncidé avec l'avènement de la subvention nationale des accouchements et des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) qui a connu sa mise en œuvre effective en octobre 2006 [26]. De 3% de l'ensemble des admissions en 2004, les références obstétricales s'élevaient à 36% en 2009 [47].

Il nous a donc paru nécessaire de mener une étude sur la pertinence des indications des références obstétricales urgentes (communément appelées évacuations) vers la maternité du CMA du secteur 30 et d'évaluer le pronostic obstétrical.

II- REVUE DE LA LITTERATURE

II.1. Définitions de concepts

II.1.1. L'urgence

Pour le personnel de santé, l'urgence est une situation pathologique grave qui risque de compromettre le pronostic vital et/ou fonctionnel si elle n'est pas prise en charge dans les délais requis [12].

Pour le malade par contre, toute situation pathologique nouvelle ou insolite est une urgence et justifie l'appel d'un médecin ou le transport dans un établissement de soins [12].

L'urgence est l'ensemble des soins médicaux et chirurgicaux qui doivent être pratiqués sans délais [15].

L'urgence obstétricale peut être définie comme toute pathologie gravissime survenant chez une femme enceinte, durant la grossesse, pendant le travail ou dans les suites de couches, menaçant immédiatement la vie de la mère et/ou du produit de conception et nécessitant une intervention rapide soit médicale ou chirurgicale sans laquelle la vie du couple mère/enfant serait en péril [14]. La plupart de ces urgences constituent les causes directes de mortalité maternelle en milieu hospitalier [14].

II.1.2. La référence

La référence désigne le transfert d'un (e) patient (e) d'un centre de santé à un autre plus performant. Elle consiste à adresser le malade pour :

- Obtenir l'avis d'un spécialiste ;
- Effectuer un examen clinique ou des examens complémentaires ;
- Procéder à une intervention technique ;
- Assurer l'hospitalisation [23, 24, 25, 41, 44].

La référence peut être interne ; dans ce cas elle est un « transfert ». Il s'agit d'un transfert d'une unité de soins ou d'un service à un autre au sein du même établissement. Mais elle peut être aussi externe ; dans ce cas, il s'agit de la « référence proprement dite » qui réalise un transfert d'un centre de santé à un autre plus performant [12, 25].

La référence ne se justifie que si l'établissement de référence donne des soins d'un niveau de qualité raisonnable [12]. Elle est donc indiquée quand un patient requiert soit des techniques de diagnostic ou de traitement, soit des compétences cliniques et thérapeutiques non disponibles au premier échelon [12].

La référence peut revêtir un caractère non urgent ou urgent. Dans ce dernier cas on l'appellera communément « évacuation sanitaire ». Il s'agit du transfert d'un patient d'une structure sanitaire à une autre où les soins sont de haut niveau, dans un contexte d'urgence [23, 24, 25, 41, 44]. Elle se justifie quand la vie de la patiente et/ou du couple mère-enfant sont en danger et réclame une prise en charge rapide à un échelon supérieur [11, 12]. Dans ce cas le transfert devrait se faire rapidement et les pertes de temps réduites. Ceci devrait être fait dans des conditions médicalisées (ambulance équipée et accompagnement par un personnel de santé permettant des soins adaptés pendant le transport et ce, jusqu'à l'arrivée de l'évacuée) [12].

II.1.3. Le système de référence

Le système de référence est un ensemble d'éléments organisés, interdépendants et interactifs permettant le transfert d'un patient à l'intérieur du système de soins en vue d'une meilleure prise en charge [23, 24, 25, 44].

Un système de référence fonctionnant de façon optimale permet au patient d'accéder dans de bonnes conditions à la structure à même de prendre en charge son problème que le niveau inférieur ne peut pas résoudre.

Il offre une opportunité de formation continue des agents et contribue à améliorer la communication entre acteurs du système. Cependant, il demande une bonne communication entre les différents échelons, de même que des centres de santé de base et un hôpital de district disposant d'un plateau technique adéquat et de personnel qualifié et compétent pour résoudre la majorité des problèmes de santé de l'aire sanitaire du district [24, 25].

Le système de référence contribue à une amélioration de l'accessibilité aux soins en général et aux soins d'urgence en particulier par la réduction du délai de prise en charge du patient à tous les échelons du système [44].

II.1.4. Le système de partage des coûts

Le système de partage des coûts a été identifié comme une alternative de financement des soins obstétricaux et chirurgicaux d'urgence afin de les rendre plus accessibles. La mise en place du système de partage des coûts entre les différents acteurs du district a pour objectif de contribuer à résoudre deux des trois retards identifiés par le Réseau de Prévention de la mortalité maternelle : les retards pris pour arriver dans la structure de référence par manque d'argent pour les frais de transport et le retard pris pour recevoir des soins dans la structure de référence par manque également de ressources financières ; pourtant les soins obstétricaux d'urgence ne représentent pas forcément un investissement important [26].

➤ L'exemple du district sanitaire de Bogodogo [33]

En janvier 2005, au terme de 18 mois de préparation, le district sanitaire du secteur 30 de la ville de Ouagadougou a mis en œuvre un système de partage des coûts avec le soutien technique du projet AQUASOU.

C'était la première fois que cette expérience était tentée en milieu urbain.

- Principe du partage des coûts

L'objectif du partage des coûts est d'améliorer l'accès aux soins obstétricaux d'urgence pour les femmes résidant dans le district sanitaire du secteur 30. Le partage des coûts prend en compte le „transport en urgence et l'Intervention Obstétricale Majeure (IOM) telle que la césarienne ou autre“. Les coûts directs de ce paquet sont partagés entre quatre acteurs :

- 1) les COGES et les structures confessionnelles,
- 2) la patiente et sa famille,
- 3) les collectivités locales
- 4) le ministère de la santé.

Ceci permet de réduire la part des familles. Ce fonds de solidarité alimenté par les différents acteurs permet la prise en charge des indigentes. Ainsi pour une IOM réalisée, la quote-part de la patiente est de 5000 F CFA, le reste étant à la charge du tiers payant.

- Modalités du système

Les bénéficiaires du système sont les femmes enceintes résidant dans l'aire sanitaire du district du secteur 30. Les femmes 'hors-district' bénéficient des mêmes soins rationalisés mais ne peuvent pas bénéficier du tarif préférentiel. Les interventions prises en charge comprennent la césarienne, la laparotomie pour grossesse extra-utérine, l'hystérectomie d'hémostase, la réparation de déchirures compliquées du périnée et du col nécessitant une anesthésie générale.

Sont compris dans le forfait, tous les frais en rapport avec l'intervention en urgence : le transport en ambulance, l'intervention chirurgicale, les examens complémentaires, les soins postopératoires pour la mère et son enfant pendant le

séjour au CMA, l'hospitalisation, les pansements en ambulatoire jusqu'à cicatrisation.

- Recouvrement des coûts

La patiente ou sa famille doit s'acquitter de sa quote-part : 25.000 FCFA (de janvier 2005 à septembre 07), et seulement 5.000 FCFA depuis le 1er octobre 2006 à la caisse de paiement du CMA avant ou après l'intervention selon ses possibilités. Un agent de recouvrement contrôle les opérations. Les indigents disposant d'un certificat des services sociaux sont dispensés de paiement. Le service social du CMA peut également décider de l'exonération pour des familles ne disposant pas de certificat d'indigence mais correspondant aux critères après enquête sociale.

Si le dépôt pharmaceutique est en rupture de stock de certains médicaments génériques ou si une pathologie nécessite la prescription d'une spécialité, une ordonnance est remise à la famille pour qu'elle puisse acheter les produits dans une officine privée. Le CMA rembourse cet achat sur présentation de la facture après vérification par l'agent de recouvrement.

II.1.5. Les Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU)

Les soins obstétricaux et néonataux d'urgence sont un ensemble de soins dont l'objectif est de sauver le couple mère-enfant dans un contexte d'urgence pendant la grossesse, le travail, ou dans les suites de couches.

On compte neuf (09) fonctions essentielles en SONU réparties en sept (07) fonctions Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base (SONUB) et en neuf (09) fonctions Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets (SONUC).

➤ Fonctions SONUB :

Ces soins d'urgence se composent de :

- l'administration parentérale d'antibiotiques ;
- l'administration parentérale d'ocytociques ;
- l'administration parentérale d'anti convulsivants ;
- l'extraction manuelle du placenta ;
- l'évacuation des produits résiduels (AMUI) ;
- l'accouchement assisté par voie basse (ventouse) ;
- la réanimation néonatale.

➤ Fonctions SONUC :

En plus des fonctions SONUB, il y a:

- la transfusion sanguine ;
- l'intervention chirurgicale [12, 34, 44].

Dans le cadre de la Maternité à Moindre Risque (MMR), les normes en SONU définissent le paquet de services à offrir à chaque niveau de la pyramide sanitaire ainsi que les prestataires en fonction de leur qualification et de leurs compétences.

Le tableau ci-après présente les normes par composante [29] :

Tableau I : Normes des services de santé de la femme [29]

SERVICES/ACTIVITES	PRESTATAIRES							NIVEAUX	
	AIS	IB	IDE	AA	AB	SFE/ ME	Médecin Gynécologue	CSPS	CMA
Bilan initial rapide	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Prise en charge des complications de la grossesse	D et R	D et R	D et R	D et R	D et R	+	+	+	+
Soins après avortement	D et R	D et R	D et R	D et R	D et R	+	+	+	+
Prise en charge des complications de l'accouchement	D et R	D et R	D et R	D et R	D et R	+	+	-	+
Prise en charge des complications du post partum	D et R	D et R	D et R	D et R	D et R	+	+	+	+
Soins néonataux d'urgence	D et R	D et R	D et R	D et R	D et R	+	+	-	+

Légende

+ = Prestataires et niveaux habilités

- = Prestataires et niveaux non habilités

D et R = Dépistage et Référence

II.2. Les systèmes de référence

II.2.1. En Afrique

II.2.1.1. Du système de santé au système de référence

Les services de santé dans bien des pays africains sont organisés selon une structure pyramidale en vue de couvrir les zones urbaines et rurales. Cette organisation pyramidale répond d'une part au besoin de décentralisation de ces services de santé en vue de les rendre accessibles à toutes les populations aussi reculées soient-elles. D'autre part, elle s'inscrit dans un principe de rationalisation des soins puisqu'il n'est pas possible, pour une question de coûts et d'efficacité du système, de disposer de personnels spécialisés et d'un certain type de matériels (bloc opératoire par exemple) dans chaque structure de base. De ce fait, l'offre de soins et le plateau technique deviennent plus performants et le personnel plus qualifié à mesure qu'on monte dans la pyramide sanitaire [46].

Dans ce système de santé pyramidal les différents éléments sont organisés en complémentarité les uns avec les autres et entretiennent les interrelations nécessaires pour proposer des soins de santé optimaux aux populations [41].

La base de la pyramide, qui est le premier niveau de contact de la communauté avec le système de santé, est constituée de petites structures sanitaires (dispensaires, centres de santé). Après la base, vient le niveau intermédiaire qui est composé des CMA, et des Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) et qui apparaît comme le niveau de référence des petites structures sanitaires de base. Le sommet, quant à lui, est représenté par les Centres Hospitaliers universitaires (CHU) et constitue le dernier niveau de soins dans la pyramide sanitaire.

L'offre de soins n'étant pas la même au niveau des différents niveaux de la pyramide sanitaire, des stratégies sont mises en place pour pallier l'insuffisance de la prise en charge au niveau des formations sanitaires de base et pour veiller à

une continuité des soins. L'une de ces stratégies consiste en l'instauration d'un système de référence.

II.2.1.2. Rôles et situation du système de référence en Afrique

La liaison entre les différents niveaux de soins a été un des éléments essentiels des Soins de Santé Primaires (SSP). Le système de référence a été conçu pour servir de complément au principe des SSP, qui est d'offrir des soins à un premier niveau de soins aussi près que possible des populations, avec toute la compétence nécessaire [11]. Le système de référence permet donc aux populations d'accéder aux soins qui ne sont pas susceptibles d'être administrés à la base et de prendre en charge certaines complications survenant dans des contextes d'urgences.

Dans le domaine de la santé maternelle et infantile, l'importance du système de référence n'est plus à démontrer. La fonction d'appui de la référence est de toute importance pour la grossesse et l'accouchement puisqu'une série de complications, potentiellement vitales pour la mère, nécessitent une prise en charge et des compétences qui sont seulement disponibles aux plus hauts échelons de la pyramide sanitaire [42]. L'évacuation en cas de complications constitue le principal moyen pour réduire la mortalité et la morbidité maternelles dans les zones éloignées [46].

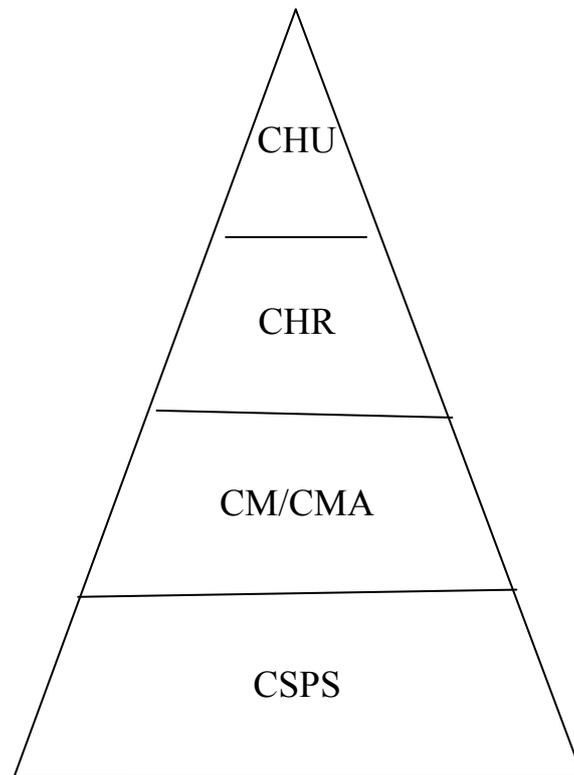
Cette importance du système de référence dans la prise en charge des urgences et surtout les urgences obstétricales a conduit les différents pays à l'introduire dans leur système de santé. Il a fait l'objet de diverses études par plusieurs auteurs [1, 4, 16, 17, 37, 50, 51].

II.2.2. Au Burkina Faso

Comme les autres Etats de la sous région, le Burkina Faso a introduit la référence dans le système de santé primaire depuis les années 1980.

➤ Organisation et fonctionnement du système de référence

L'organisation et le fonctionnement de la référence au Burkina Faso sont basés sur le système national de santé qui est conçu de façon pyramidale selon la Programmation Sanitaire Nationale (PSN) de 1980-1990. Depuis l'instauration des districts sanitaires en 1993, la pyramide a été modifiée comme suit :



Les formations sanitaires sont regroupées en districts sanitaires au sein desquels, elles sont organisées en deux échelons (niveaux de compétence) :

-un échelon de premier contact qui est le Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS)

-un échelon de référence qui est le Centre Médical avec Antenne chirurgicale (CMA).

Le Centre Médical (CM) est en voie de disparition, car ils sont en train d'être transformés en CMA [12, 23, 44].

Le Centre Hospitalier Régional (CHR) sert de référence aux CMA sauf dans les villes de Ouagadougou et de Bobo-dioulasso où les CMA évacuent directement sur les CHU, niveau de référence le plus élevé pour les soins spécialisés.

Le Burkina Faso comptait en 2009 trois (3) CHU, neuf (9) CHR, quarante deux (42) CMA, et mille trois cent soixante treize (1373) CSPS. En plus des structures publiques de soins, il convient de noter l'existence des structures sanitaires privées surtout à but lucratif et du secteur sanitaire traditionnel [32].

Pour ce qui est du fonctionnement, l'organisation de type pyramidal à plusieurs échelons devrait permettre des soins de qualité. Le (la) patient (e) entre en contact avec le système par les CSPS. Si la compétence de ce niveau s'avère insuffisante, le (la) patient (e) est référé (e) à l'échelon supérieur (premier niveau de référence) où les soins sont plus spécialisés.

Cette organisation du système de référence nécessite la prise en compte du matériel, de l'équipement médical, du personnel (qui doit être formé), des moyens de transports (qui doivent être médicalisés), du coût de l'évacuation.

Elle devrait permettre de résoudre les problèmes de santé qui ne trouvent pas de solutions dans les formations sanitaires de premier échelon. Le système de référence était alors une des solutions pour réduire le taux de mortalité maternelle et infantile alors inacceptables dans notre pays [24, 25].

II.3. Epidémiologie des références en urgence

II.3.1 Fréquence

Elle a été diversement appréciée par plusieurs auteurs : LOKOSSOU [17], ADISSO [16] au Bénin ; OUEDRAOGO [52], KABORE [12], LANKOANDE [14] au Burkina Faso ; SEPOU [51], NGUEMBIE [51] en Centrafrique, EKOUNDZOLA [7] au Congo, KOBINAH [13] au Ghana

Le tableau ci-après représente la fréquence globale des références en urgence rapportée par différentes études.

Tableau II : Fréquence globale des références en urgence rapportée par différentes études

Année	Pays	Auteur	Fréquence (%)
1986	Côte d'Ivoire	CAMARA S	63
1987	Bénin	ALIHONOU E	11
1991	Tunisie	SOLTANI M S	30
1994	Côte d'Ivoire	BONI S	55
1994	Burkina Faso	LANKOANDE J	54
1995	Bénin	DOSSOU Y	11
1995	Zaire	DUJARDIN B	33
1995	Centrafrique	SEPOU A	27
1998	Côte d'Ivoire	DIARRA N	79
1998	Guinée	DIALLO	20
2001	Cameroun	EBENYE B	18
2002	Mali	MAGALOU	6
2003	Burkina Faso	THIEBA	30
2006	Mali	EYOKO	19
2007	Burkina Faso	KABORE	51

II.3.2. Indications de la référence en urgence

Selon MAGNIN [19] le transfert maternel vers une structure adaptée doit être discuté devant : les antécédents maternels (cardiopathies, maladie vasculo-rénale, diabète insulino-dépendant, maladie neurologique et épilepsie, les maladies poly systémiques, les anomalies de l'hémostase et le SIDA) et les anomalies apparues au cours de la grossesse (pré-éclampsie, éclampsie, placenta praevia, hématome retroplacentaire, maladie embolique et grossesse multiple). Ce transfert peut être aussi discuté à l'issue d'un accouchement compliqué par une hémorragie des complications opératoires, une crise d'éclampsie. Il cite en plus des indications de transfert anténatal : la grande prématurité, l'hypotrophie sévère, les malformations graves et les incompatibilités sanguines foeto - maternelles.

En Afrique, ALIHONOU [1] a ressorti une classification des pathologies qui constituent les motifs de référence en urgence. Ces pathologies sont regroupées en : dystocies, hémorragies de la délivrance, pathologies gravidiques, pathologies associées à la grossesse et pathologies du post-partum. La plupart de ces motifs sont cités par d'autres auteurs [7, 8, 37]. MARTEY [20], en plus des indications sus-cités, ajoute les grossesses à risque, la rétention du deuxième jumeau et les ruptures utérines.

La fréquence des indications de la référence en urgence a été diversement appréciée par plusieurs auteurs :

- En Centrafrique, SEPOU en 2000 [51] a relevé 19,5% d'avortements, 13% de présentations dystociques, 8% d'épuisement maternelle, 8% d'hémorragies de la délivrance et 5,1% de dystocies cervicales.
- Au Burkina Faso, OUEDRAOGO B. en 2005 [44] a trouvé 38,87% de dystocies, 11,86% d'hémorragies, 9,12% de souffrances fœtales, 8,21% de maladies hypertensives et 7,12% de pathologies de la grossesse.

- Au Mali, SAMAKE en 2010 [50] a rapporté 12,55% d'éclampsies, 11,21% de pré éclampsies, 9,8% d'hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse, 9,3% d'hémorragies du post partum et 8,76% de dystocies.
- En Côte d'Ivoire, DIARRA en 1999 [5] notait 53,6% de dystocies, 5,4% d'hémorragies de la délivrance, 4,5% d'hémorragies placentaires et également 4,5% d'infections amniotiques.
- Au Sénégal, CISSE en 2010 [36] a relevé une dystocie dans 61,5% des cas, une hémorragie du troisième (3^{ème}) trimestre dans 12,6% des cas, un état hypertensif dans 9,8% des cas et une souffrance fœtale dans 8,9% des cas.

Les indications de la référence en urgence ne sont pas toujours justifiées dans les hôpitaux de référence des pays africains. Ainsi, SONDO cité par OUEDRAOGO A. [52] et SEPOU [51] retrouvaient des références en urgence non justifiées dans 17% et 26,9% des cas respectivement. Quant à DIARRA en 1999 [5], lui, notait 9,8% d'indications non justifiées même si le diagnostic de référence était conforme au diagnostic retenu à l'hôpital de référence. Cet état de fait est lié à l'insuffisance du personnel qualifié dans les pays pauvres avec une délégation de tâches à du personnel insuffisamment formé.

II.3.3. Pronostic de la référence en urgence

Sur 529.000 femmes qui meurent chaque année de complications de grossesse dans le monde, environ une sur quatre succombe à une hémorragie, selon une analyse de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). L'infection (la septicémie) est responsable d'une mort sur six. Les autres causes majeures comprennent l'éclampsie et d'autres troubles de la tension artérielle, et l'accouchement dystocique [8]. La plupart de ces décès se produisent dans les pays en développement, et pourraient être évités si ces femmes avaient accès à des soins de qualité [8]. Pour chaque décès maternel, il y a aussi des centaines

de femmes qui souffrent de morbidité. Une étude coordonnée par Family Health International dans quatre pays a trouvé qu'au Bangladesh, pour chaque décès maternel, 153 femmes avaient subi des morbidités sérieuses, voire mortellement graves; en Inde le nombre était de 175, en Egypte de 297, et en Indonésie de 908 [10].

Parmi les déterminants de cette morbi-mortalité, les références obstétricales occupent une place importante. En effet elles représentent plus de 20% des cas de morbidité associée à la grossesse [5]. Le plus souvent tardives, les références grèvent lourdement le pronostic de la mère et du nouveau-né.

- KABORE au Burkina Faso en 2007 [12] faisait ressortir dans son étude que le risque relatif de complications chez les patientes référées en urgence comparé à celui des patientes venues d'elles mêmes était de 8,78. En d'autres termes, les patientes référées en urgence font 8 fois plus de complications que les autres. L'état morbide était surtout représenté par l'anémie (36,8%), la fièvre (21,5%), les endométrites (18,3%) et les suppurations pariétales (5,1%).
- SEPOU en 2000 en Centrafrique [51] retrouvait un état morbide chez plus du tiers des parturientes référées en urgence.

Elles entraînent aussi des taux de mortalité maternelle et périnatale très élevés [1, 8]. En effet, plusieurs études faites sur la mortalité maternelle nous soulignent que les circonstances les plus meurtrières provenaient des évacuations sanitaires des centres périphériques vers les hôpitaux de références [7, 8, 13, 44, 51]

- EKOUNDZOLA en 2003 [7] a montré qu'au CHU de Brazaville le taux de létalité maternelle était de 5% chez les patientes référées contre 0,2%

chez les non référées ($p = 0,000008$). Le taux de létalité fœtale au sein des référées était de 23,5% contre 4% dans le groupe témoin.

- Pour KABORE en 2007 au CHU Yalgado Ouedraogo [12], le taux de mortalité maternelle était 4 fois plus important chez les patientes référées en urgence que chez leurs homologues venues d'elles-mêmes.
- En 2001, DOLO [6] dans son étude sur les facteurs de risque de mortinatalité dans le service de Gynécologie–Obstétrique de l'Hôpital du Point G à Bamako a trouvé que le risque de mortinatalité était 4 fois plus élevé chez les patientes référées en urgence que chez les patientes référées dans un contexte non urgent et 2 fois plus élevé chez ces dernières que chez celles venues d'elles-mêmes.
- EBENYE cité par SAMAKE [50] suivant le même ordre d'idées relevait que la mortinatalité était particulièrement élevée au sein des enfants nés de mères évacuées.

Les principales causes de mortalité retrouvées par ces différents auteurs étaient représentées par l'infection et l'hémorragie.

III-OBJECTIFS

III.1. Objectif général

Analyser la référence obstétricale urgente vers le CMA du secteur 30 de Ouagadougou.

III.2. Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence des références en urgence à la maternité du CMA du secteur 30 de Ouagadougou du 1^{er} janvier au 31 décembre 2009;
- Décrire le profil épidémiologique des patientes référées en urgence à la maternité du CMA du secteur 30 de Ouagadougou du 1^{er} janvier au 31 décembre 2009;
- Décrire les principales indications des références en urgence à la maternité du CMA du secteur 30 de Ouagadougou du 1^{er} janvier au 31 décembre 2009;
- Identifier le diagnostic à l'admission des patientes référées en urgence à la maternité du CMA du secteur 30 de Ouagadougou du 1^{er} janvier au 31 décembre 2009;
- Apprécier la pertinence des indications des références en urgence à la maternité du CMA du secteur 30 de Ouagadougou du 1^{er} janvier au 31 décembre 2009;
- Déterminer le pronostic maternel et fœtal des patientes référées en urgence à la maternité du CMA du secteur 30 de Ouagadougou du 1^{er} janvier au 31 décembre 2009.

IV-METHODOLOGIE

IV.1. Cadre de l'étude

IV.1.1. Le district sanitaire de Bogodogo

L'étude a eu pour cadre le district sanitaire de Bogodogo. D'une superficie de 1200 Km², il couvre l'arrondissement de Bogodogo de la commune de Ouagadougou, les communes rurales de Saaba (23 villages) et celles de Koubri (25 villages).

L'Arrondissement de Bogodogo compte cinq secteurs urbains (les secteurs 14, 15, 28, 29 et 30) et deux villages (Balkuy et Yamtenga). Il faut noter qu'une partie du secteur 13 (zone de l'Université de Ouagadougou) est rattachée au district sanitaire de Bogodogo.

Le district sanitaire de Bogodogo est situé dans la zone Sud-Est de la province du Kadiogo. Il est limité :

- au Nord-Est par le district sanitaire de Ziniaré ;
- au Nord par le district sanitaire de Nongr-Massom ;
- à l'Ouest par le district sanitaire de Baskuy ;
- à l'Est par le district sanitaire de Zorgho ;
- au Sud par le district sanitaire de Kombissiri ;
- au Sud-Ouest par le district sanitaire de Boulmiougou.

Sa population estimée à 643 038 habitants dont 52% de femmes en 2011, est à 74% urbaine. Selon la monographie 2006 de la province du Kadiogo, le taux d'alphabétisation est de 13%.

Sur le plan économique, le district est classé dans « la zone une de pauvreté ». Les principales activités exercées par les populations sont le commerce, l'agriculture, l'élevage, l'artisanat et l'industrie.

L'aire sanitaire du district de Bogodogo compte quarante sept formations sanitaires du 1^{er} échelon : vingt neuf CSPS (dont quatre à caractère confessionnel), deux dispensaires isolés, cinq centres médicaux (dont trois à caractère confessionnel), dix infirmeries, un centre jeune et médico-scolaire et un CMA. Soixante pour cent (60%) des Formations Sanitaires (FS) se trouvent en zone urbaine. La couverture en infrastructures sanitaires dans le département de Koubri (sept FS) est la plus faible à l'intérieur du district.

En zone urbaine, deux FS ne disposent pas de maternité fonctionnelle à savoir celle de Wemtenga et celle de la Trame d'Accueil (TA) Ouaga 2000.

Nous relevons que 92% de la population du district habitent dans un rayon de moins de 5 km d'une structure sanitaire. Cependant, dans le département de Koubri, 3% des habitants vivent au delà de 10 km d'une formation sanitaire.

En termes de ratio infrastructures/habitants, la moyenne est de 1/11988. En zone urbaine, ce ratio est de 1/12800 tandis qu'en zone rurale il est de 1/10239.

Par ailleurs, le secteur sanitaire privé est en pleine expansion avec seize cliniques médicales, trois cliniques d'accouchement, vingt cinq cabinets de soins infirmiers fonctionnels et officiellement reconnus, dix neuf officines et trois dépôts privés de médicaments.

L'accessibilité des populations aux soins curatifs est de 96,95% contre 92% pour les services de Consultation Post Natale.

Le rayon moyen d'action est de 6 km pour l'ensemble du district, mais varie de 12km à 2km selon que l'on soit en milieu urbain ou rural.

Le réseau routier du district sanitaire comprend des routes nationales, départementales et des routes non classées ou pistes rurales. Ces dernières sont les plus nombreuses, les plus longues et les plus utilisées dans le district.

Ces routes sont insuffisantes et la plupart d'entre elles sont en mauvais état surtout pendant la saison pluvieuse. Cela entraîne l'amortissement rapide des véhicules à deux et à quatre roues utilisés pour la réalisation des activités [35].

➤ Le CMA du secteur 30 de Ouagadougou [35, 46, 47]

Le CMA du secteur 30 est le fruit de la coopération entre le Burkina Faso et l'Italie. Ouvert le 26 mars 1997, officiellement inauguré en avril 2005, il s'intègre dans le système sanitaire national du Burkina. Il a pour vocation fondamentale, « soigner et offrir aux populations soumises à sa responsabilité, des soins de santé, en qualité et en quantité suffisante ».

Le CMA du secteur 30 est le centre de référence des 47 formations sanitaires publiques et confessionnelles que compte le District Sanitaire de Bogodogo. Il est situé dans le secteur 30, au Sud-Est de la ville de Ouagadougou dans l'Arrondissement de Bogodogo, à proximité du site du SIAO (Salon International de l'Artisanat de Ouagadougou). Le CMA est géré par l'Equipe Cadre du District (ECD) avec à sa tête le Médecin Chef du District. Il comprend différents services de médecine (médecine générale, un Centre de Diagnostic et Traitement (CDT) de la tuberculose...), de chirurgie, de gynécologie obstétrique, et de spécialités médicales (pédiatrie, ophtalmologie, cardiologie, santé mentale et ORL). Il comporte aussi un service d'imagerie médicale, un dépôt pharmaceutique de Médicaments Essentiels Génériques (MEG) et un laboratoire qui fait également office de dépôt distributeur de sang.

- Le service de gynécologie-obstétrique du CMA du secteur 30.

Le service de gynécologie-obstétrique situé dans l'enceinte du CMA du secteur 30 est fonctionnel depuis l'ouverture du dit centre. Il a commencé ses activités chirurgicales le 1^{er} août 2003. Il comprend :

- une unité de planification familiale ;
- une salle d'accouchement avec 04 tables ;
- quatre salles d'hospitalisation totalisant 24 lits ;
- un bloc opératoire qu'il partage avec le service de chirurgie ;
- une unité de soins après avortement ;
- des bureaux pour les consultations externes des médecins;
- une section de suivi de la mise en œuvre du système de partage de coûts.

Le personnel est composé de :

- cinq (05) médecins gynécologues obstétriciens ;
- vingt quatre (24) sages femmes et maïeuticiens d'Etat ;
- huit (08) infirmiers ;
- cinq (05) filles de salle.

La maternité du CMA du secteur 30 est le lieu de référence et d'évacuation des urgences gynéco-obstétricales de toutes les formations sanitaires publiques ou/et privées du district de Bogodogo.

IV.2. Type et période d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective de type descriptif sur une période de douze mois allant du 1er janvier au 31 décembre 2009.

IV.3. Critères d'inclusion et d'exclusion

➤ Critères d'inclusion :

Nous avons inclus dans cette étude, les patientes en période gravidopuerpérale référées en urgence dans le service de gynécologie obstétrique du CMA au cours de la période d'étude.

➤ Critères de non inclusion :

Les patientes en période gravidopuerpérale référées en urgence et dont les dossiers cliniques n'ont pas été retrouvés ou étaient inexploitables n'ont pas été inclus.

IV.4. La collecte des données

Nos données ont été recueillies sur des fiches élaborées à cet effet. Ces fiches ont été remplies sur la base des dossiers cliniques des patientes, des fiches de référence et des différents registres du service : registre d'accouchement, registre du bloc opératoire, registre des Soins Après Avortement (SAA), registre des références, etc. (confère fiche préétablie en annexe).

IV.5. Les variables d'étude

Elles étaient constituées par :

- les caractéristiques sociodémographiques (âge, profession de la femme et celle du conjoint, statut matrimonial de la femme) ;
- les antécédents gynécologiques et obstétricaux ;
- les modalités de la référence en urgence (origine de la référence, moyen de transport, qualification de l'agent référant, support de référence utilisé, assistance médicale au cours de la référence, moment de la référence) ;

- les aspects cliniques (le motif d'admission dans la structure sanitaire d'accueil, l'état clinique de la patiente avant la référence en urgence, le motif de la référence en urgence, le diagnostic retenu au CMA) ;
- la prise en charge (traitement reçu au niveau de la structure sanitaire d'accueil et au niveau du CMA du secteur 30) ;
- le pronostic ;

IV.6. Définitions opérationnelles

- Bon état général : capacité d'une activité identique à celle précédant la maladie, sans restriction [index d'évaluation de l'état général de l'OMS] ;
- Assez bon état général : activité physique diminuée, mais malade ambulatoire, sans restriction ;
- Mauvais état général : capacité de quelques activités, alité ou au fauteuil pendant presque toutes les heures de veille ;
- Nombre d'accouchements :
 - nullipare : patiente n'ayant jamais accouché ;
 - primipare : patiente ayant accouché 1 fois ;
 - paucipare : patiente ayant accouché 2 ou 3 fois ;
 - multipare : patiente ayant accouché 4 à 6 fois ;
 - grande multipare : patiente ayant accouché plus de 6 fois.
- L'insuffisance de plateau technique (notamment les moyens diagnostiqués (échographie obstétricale, biologie) ou de réanimation et parfois la non disponibilité du bloc opératoire pour panne technique, manque de champs opératoire etc.)

- La référence en urgence est dite pertinente :
 - Lorsque la patiente est évacuée pour une complication dont la prise en charge n'est pas possible au niveau de la formation sanitaire d'accueil soit par insuffisance du plateau technique et/ou par absence de personnels qualifiés. Cette complication peut être associée à la grossesse ou au travail d'accouchement ou encore au post partum.
 - Lorsque la patiente est évacuée pour un antécédent médical ou obstétrical passé inaperçu lors de la Consultation Périnatale (CPN), découvert au moment de l'accouchement et nécessitant une évacuation immédiate par insuffisance du plateau technique et/ou absence de personnels qualifiés.
- Le diagnostic est dit concordant si celui posé par la structure sanitaire d'accueil a été confirmé par le service compétent du CMA.
- La morbidité maternelle regroupe les complications observées dans les suites de la prise en charge au CMA du secteur 30.
- Les Interventions Obstétricales Majeures (IOM) regroupent l'ensemble des interventions nécessaires pour sauver la vie de la mère en cas de survenue d'une Indication Maternelle Absolue (IMA). Il s'agit de :
 - la césarienne ;
 - l'hystérectomie d'hémostase ;
 - la laparotomie pour RU ;
 - la laparotomie pour GEU ;
 - la version extraction par manœuvre interne ;
 - la craniotomie/cranioclasie/embryotomie ;
 - la symphiséotomie ;
 - la ligature des artères hypogastriques ;
 - la réparation du col utérin.

IV.7. L'analyse des données

Les fiches remplies ont été saisies sur un micro-ordinateur et analysées à l'aide du logiciel SPSS dans sa version anglaise.

Les comparaisons statistiques ont été effectuées grâce au chi carré de Pearson, avec un seuil de signification de $p < 0,05$.

IV.8. Les considérations éthiques

La considération éthique prise en compte était le respect de l'anonymat dans le traitement des dossiers.

V-RESULTATS

V.1. Aspects épidémiologiques

V.1.1. Fréquence des références en urgence

Du 1er janvier au 31 décembre 2009, 3996 patientes ont été admises dans le service de gynécologie obstétrique du CMA du Secteur 30 dont 1233 références en urgence pour complications obstétricales soit un taux de 30,8%.

L'évolution de la fréquence selon le mois montre une fréquence élevée des références en urgence en août (9,8%), septembre (14,9%) et octobre (10,5%) avec un pic au mois de septembre (14,9%).

La figure 1 illustre l'évolution mensuelle des références en urgence dans le service de gynécologie obstétrique du CMA du Secteur 30 du 1er janvier 2009 au 31 décembre 2009

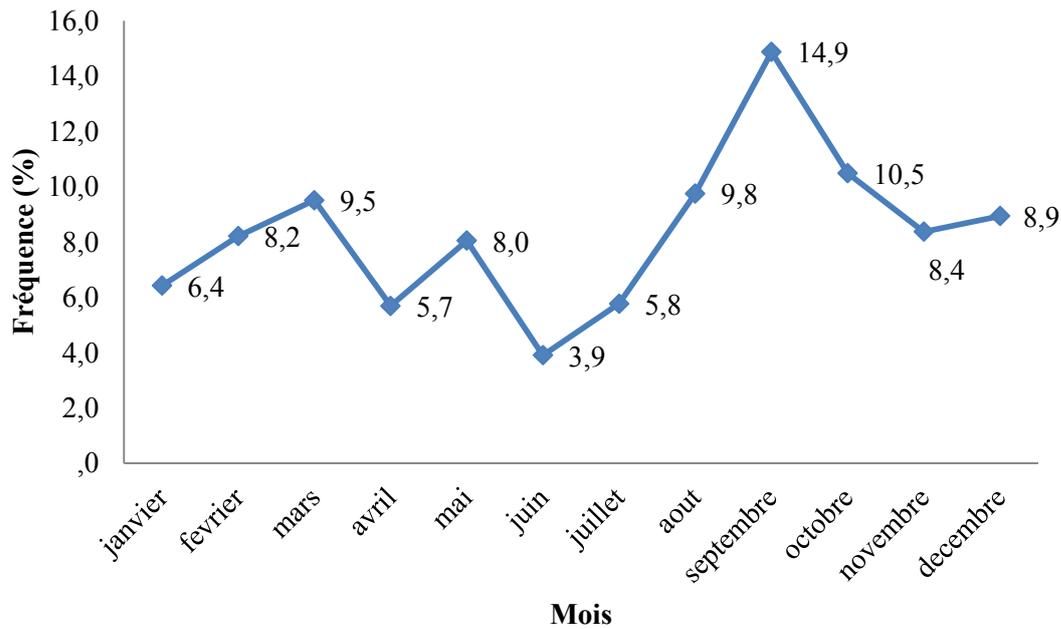


Figure 1 : Evolution mensuelle des références en urgence du 1er janvier au 31 décembre 2009 dans le service de maternité du CMA du secteur 30 de Ouagadougou.

V.1.2. Caractéristiques sociodémographiques des patientes référées en urgence

➤ L'âge

L'âge moyen des patientes était de 25,7 [14-47 ans]. Les tranches d'âge de 20 à 24 ans et de 25 à 29 ans étaient les plus représentées.

La figure 2 donne la répartition des patientes selon les tranches d'âge considérées.

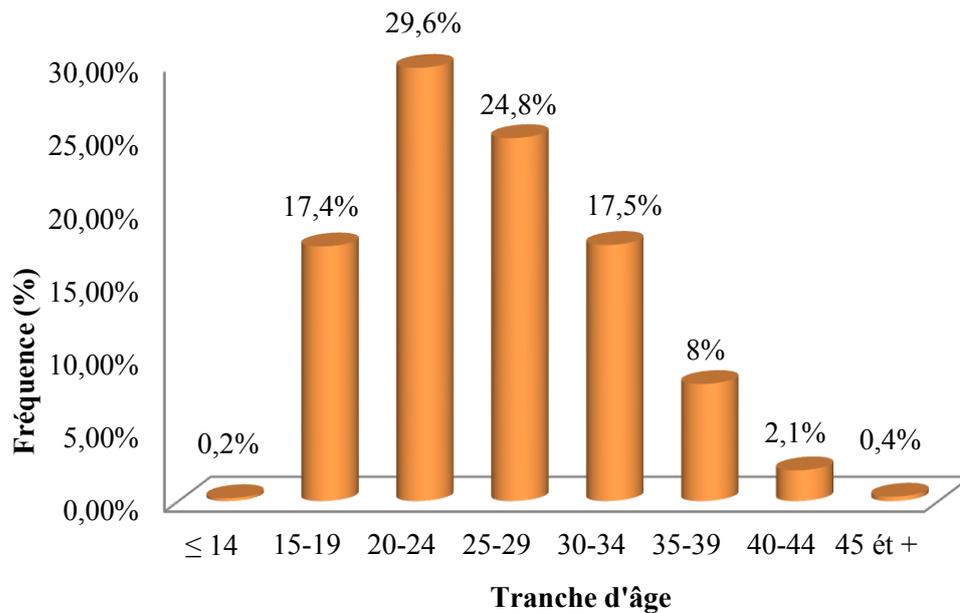


Figure 2 : Répartition des patientes par tranches d'âge (ans)

➤ La profession des patientes

Les femmes sans activités rémunératrices représentaient 85,2% et celles qui en menaient 13,8%.

L'information sur la profession n'était pas disponible pour 12 patientes.

➤ Le statut matrimonial

Les patientes qui vivaient avec leur conjoint étaient au nombre de 947 (76,8%) et 96 (7,8%) vivaient seules.

L'information sur la vie maritale n'était pas disponible chez 190 femmes (15,4%).

V.1.3. Antécédents gynéco-obstétricaux

Au cours de notre étude, nous avons relevé que 146 patientes soit 14,3% des cas avaient un antécédent d'avortement et 90 patientes soit 7,8% des cas avaient un antécédent de césarienne.

➤ La parité

La parité moyenne de nos patientes était de 1,5 [1-10]. Les nullipares représentaient 40,6% des cas.

La répartition des patientes selon la parité est représentée par la figure 3.

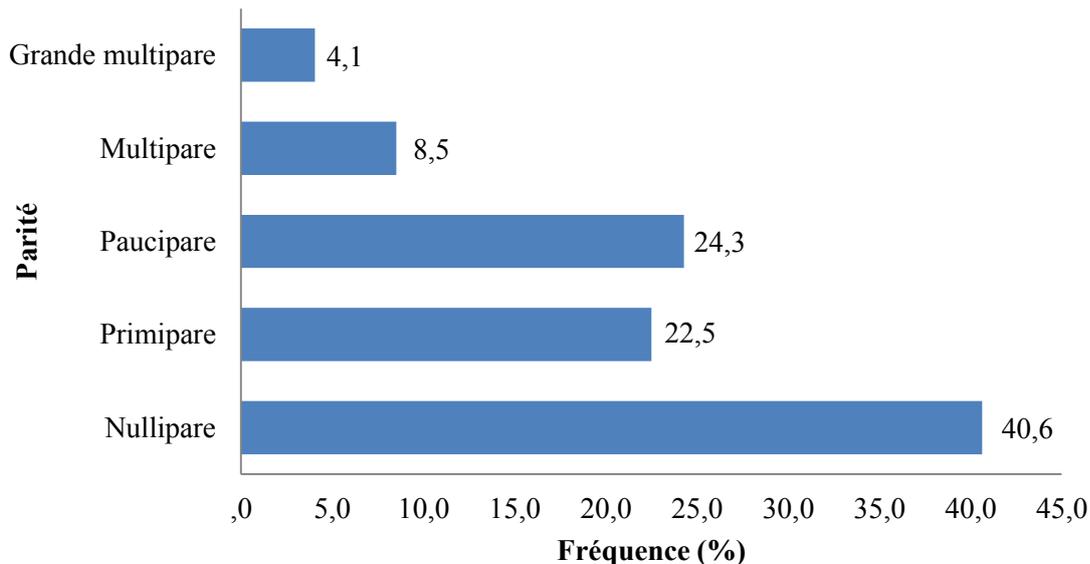


Figure 3 : Répartition des patientes selon la parité

V.2. Au niveau de la formation sanitaire périphérique

V.2.1. Motifs d'admission

La répartition des patientes en fonction du motif d'admission dans la formation sanitaire périphérique est présentée dans le tableau III.

Tableau III : Répartition des patientes selon le motif d'admission dans la formation sanitaire périphérique

Motifs d'admission	Effectifs	Fréquence (%)
Travail d'accouchement	868	70,4
Métrorragies	135	10,9
Anémie	5	0,5
Douleurs pelviennes	105	8,5
Avortement	68	5,5
Autres	52	4,2
Total	1233	100

V.2.2. Signes généraux

Le tableau VI donne la répartition des patientes selon l'état clinique qu'elles présentaient à l'admission dans la formation sanitaire périphérique.

Tableau IV: Répartition des patientes selon l'état clinique à l'entrée

Etat clinique	Effectifs	Fréquence (%)
Bon	946	76,7
Assez bon	216	17,5
Mauvais	71	5,8
Total	1233	100

V.2.3. Durée de séjour dans la formation sanitaire périphérique (heures)

La durée dans la formation sanitaire périphérique était disponible pour 1165 patientes soit 94,5%. Elle était :

- inférieure à 5 heures chez 758 femmes (65,1%)
- supérieure ou égale à 5 heures chez 407 femmes soit 34,9%.

La durée dans la structure d'accueil n'était pas disponible chez 68 patientes soit 5,5% des femmes de notre série.

La durée de séjour moyen était de 6 heures avec des extrêmes de 3 minutes et de 4 jours.

V.2.4. Principaux traitement médicaux reçus par les patientes dans les formations sanitaires périphériques

Les principaux traitements médicaux reçus par les patientes dans les formations sanitaires périphériques étaient :

- la perfusion de macromolécules ;
- la perfusion de cristaalloïdes ;
- l'administration d'antispasmodique,
- l'administration d'ocytocique,
- l'administration d'antibiotique ;
- l'administration d'anticonvulsivant ;
- et l'administration d'antihypertenseur.

La figure ci-après donne le pourcentage de patientes ayant reçu chaque type de ces principaux traitements.

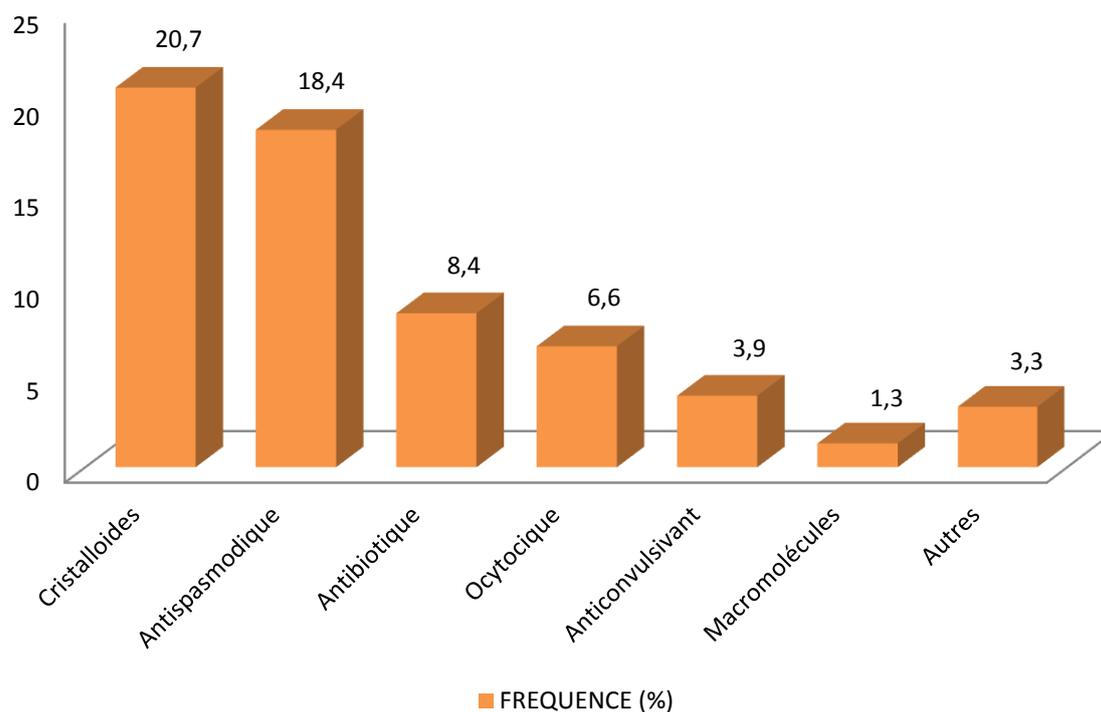


Figure 4 : Fréquence des principaux traitements médicaux reçus par les patientes dans les formations sanitaires périphériques

V.3. Modalités de la référence en urgence.

V.3.1. La formation sanitaire périphérique.

La répartition des patientes en fonction de la structure sanitaire d'origine est représentée dans le tableau V.

Tableau V: Répartition des patientes en fonction de la provenance.

Provenance	Effectifs	Fréquence (%)
Arrondissement de Bogodogo	941	76,3
Saaba	114	9,2
Koubri	49	4
Komsilga	38	3,1
Autres districts	91	7,4
Total	1233	100

La majorité de nos patientes provenaient des formations sanitaires du district soit 89,5%.

V.3.2. Moyen de transport utilisé

L'information sur le moyen de transport utilisé était disponible pour 918 patientes soit 74,5 %.

Le tableau VI donne la répartition de ces patientes selon le moyen de transport utilisé.

Tableau VI: Répartition des patientes selon le moyen de transport utilisé.

Moyen de transport	Effectifs	Fréquence (%)
Ambulance	695	75,7
Sapeur pompier	3	0,3
Personnel	104	11,4
Taxi	55	6
Autres	61	6,6
Total	918	100

V.3.3. Catégorie professionnelle des agents des structures référents

La qualification de l'agent référant était connue pour 768 patientes soit 62,2% des femmes de notre série.

La répartition des agents référents selon leur catégorie professionnelle est représentée par le tableau VII.

Tableau VII: Répartition des agents référents selon leur catégorie professionnelle.

Agent référant	Effectifs	Fréquence
SFE/ME	311	40,5
AA	443	57,7
IDE/IB/AIS	11	1,4
Médecin	3	0,4
Total	768	100

V.3.4. Moment de la référence

Le moment de la référence était précisé chez 908 patientes dont 53% avait été référé le jour et 47% la nuit.

V.3.5. Personnel soignant accompagnant

Cette information était disponible pour 905 patientes (73,4%). L'assistance par un personnel soignant lors de la référence en urgence a été effective pour 168 patientes soit 18,6%.

V.3.6. Types de support de référence

Le tableau ci-après représente la répartition des patientes selon le type de support de référence utilisé.

Tableau VIII: Répartition des patientes selon le type de support de référence utilisé.

Type de support	Effectifs	Fréquence
Fiches standardisées	1060	86
Autres	36	2,9
Aucun support	137	11,1
Total	1233	100

Les autres regroupent l'utilisation comme support d'évacuation, le carnet de la patiente, une feuille blanche, un bulletin d'examen ou une feuille d'ordonnancier.

V.4. Etude clinique

V.4.1. Motif de la référence en urgence

Le tableau IX présente les motifs de la référence en urgence.

Tableau IX: Répartition des patientes selon le motif de la référence

Motifs	Effectifs	Fréquence (%)
Dystocies mécaniques	251	20,5
Dystocies dynamiques	160	13,1
PP	25	2,0
HDD	57	4,7
GEU	19	1,6
RU	1	0,1
Complications hypertensives	156	12,7
Avortement	67	5,5
Utérus cicatriciel	70	5,7
SF	93	7,6
Autres anomalies fœtales et anexielles	136	11,1
Complications traumatiques de l'accouchement	11	0,9
Pathologies associées à la grossesse	101	8,3
Autres	77	6,3
Total	1224	100

L'information sur le motif de la référence en urgence n'était pas disponible pour 9 patientes soit 0,7%.

V.4.2. Diagnostic retenu

Après l'examen clinique à l'admission au CMA, différents diagnostics ont été retenus.

Le tableau X présente les principaux diagnostics retenus au CMA.

Tableau X: Répartition des patientes selon le diagnostic retenu au CMA

Principaux diagnostics retenus	Effectifs	Fréquence (%)
Travail d'accouchement normal	239	19,4
Dystocies mécanique	243	19,7
Dystocies dynamique	30	2,4
PP	26	2,1
HDD	48	3,9
GEU	25	2,0
RU	2	0,2
Complications hypertensives	153	12,4
Avortement	87	7,1
Utérus cicatriciel	59	4,8
SF	49	4,0
Autres anomalies fœtales et anexielles	131	10,6
Complications traumatiques de l'accouchement	18	1,5
Pathologies associées à la grossesse	108	8,8
Autres	15	1,2
Total	1233	100

V.4.3. Analyse des motifs de référence et des diagnostics retenus

Le tableau XI présente la comparaison entre les principaux motifs de référence et les diagnostics retenus.

Tableau XI: Concordance entre principaux motifs de référence et diagnostic retenu au CMA.

Principaux motifs	Confirmé	Non confirmé	Total de chaque motif
Dystocie mécanique	165(65,7)	86(34,3)	251
Dystocie dynamique	21(13,1)	139(86,9)	160
SF	28(30,1)	65(69,9)	93
Complications hypertensives	128(82,1)	28(17,9)	156
Utérus Cicatriciel	54(77,1)	16(22,9)	70
Avortement	62(92,5)	5(7,5)	67
Pathologies associées à la grossesse	78(77,2)	23(22,8)	101
Total des principaux motifs	536(59,7)	362(40,3)	898

Le diagnostic de référence était exact dans 60 % des cas. Les avortements et les pathologies gravidiques étaient les diagnostics les plus reconnus par le personnel des formations sanitaires périphériques.

Le tableau XII montre la répartition des patientes selon la prise en charge.

Tableau XII : Répartition des patientes selon la prise en charge obstétricale.

Prise en charge	Effectifs	Fréquence (%)
Accouchement normal	548	44,6
Accouchement assisté	29	2,4
Césarienne	334	27,2
Laparotomie	28	2,3
DA/RU	53	4,3
SAA	54	4,4
Réfection du périnée	18	1,5
Transfusion sanguine	32	2,6
Traitement médical	134	10,9
Total	1230	100,0

➤ Le délai de prise en charge pour les Interventions Obstétricales Majeures

Ce délai était défini par le temps écoulé entre l'admission et le début de l'intervention:

Le délai moyen était de 5 heures avec des extrêmes de 20 minutes et 3 jours.

V.5. Pertinence des références en urgence

L'indication de la référence en urgence avait été pertinente dans 87% des cas et répondait à une complication de la grossesse, du travail d'accouchement, du post partum dont la prise en charge n'était pas possible au niveau de la formation sanitaire d'accueil faute de personnels qualifiés ou insuffisance du plateau technique .

Dans 13% des cas, les références en urgence ne se justifiaient pas. Il s'agissait le plus souvent de référence en rapport avec des complications dont la prise en

charge étaient possible au niveau de la formation sanitaire d'accueil (91 cas) ou encore de références fantaisistes :

- demande de la patiente ou de l'accompagnant (13 cas)
- accompagnants envahissants (4 cas)
- non coopération de la patiente (49 cas)
- « femmes impossibles » (4 patientes)

V.6. Pronostic maternel

V.6.1. Morbidité maternelle

Parmi nos patientes, 76 soit 6,1% ont présenté au moins une complication pendant l'hospitalisation après leur admission au CMA. La fièvre isolée et l'anémie étaient les complications les plus représentées avec respectivement 52,6% et 30,3%. Ces complications sont résumées dans le tableau XIII

Tableau XIII: Répartition des patientes selon les types de complications survenus après la prise en charge.

Complications	Effectif	Fréquence
Anémie	23	30,3
Fièvre isolée	40	52,6
Endométrite	6	7,9
Suppuration pariétale	3	3,9
Autre	4	5,3
Total	76	100

V.6.2. Mortalité maternelle

Nous avons enregistré 21 décès maternels au cours de la période d'étude dont 15 parmi les patientes référées en urgence soit 71,4% de l'ensemble des décès

maternels observés. Le taux de décès maternel parmi les patientes référées en urgence était de 1,2%. Parmi ces décès, 3 ont été enregistrés à l'admission.

L'étude comparative des décès maternels selon le mode d'admission donne les résultats ci-dessous.

Tableau XIV : Etude comparative entre mode d'admission et survenue du décès maternel.

Décès maternels	Patiente décédée	Patiente vivante	Total
Mode d'admission			
Directe	6 (0,2)	2737 (99,8)	2763
Référence en urgence	15 (1,3)	1218 (98,7)	1233
Total	21	3975	3996

Khi carrée=16,288

P=0,003

Les causes des décès sont représentées dans le tableau ci-après.

Tableau XV: Répartition des décès selon la cause.

Causes	Effectifs
Anémie sévère	4
Hémorragie	3
Infection	2
Eclampsie	2
Autres	4
Total	15

V.6.2.1. Délai de survenue du décès

Nous avons noté que 66,7% des décès sont survenus en moins de 24heures.

La répartition des femmes décédées selon le délai de survenue du décès après admission est présentée par la figure ci-après

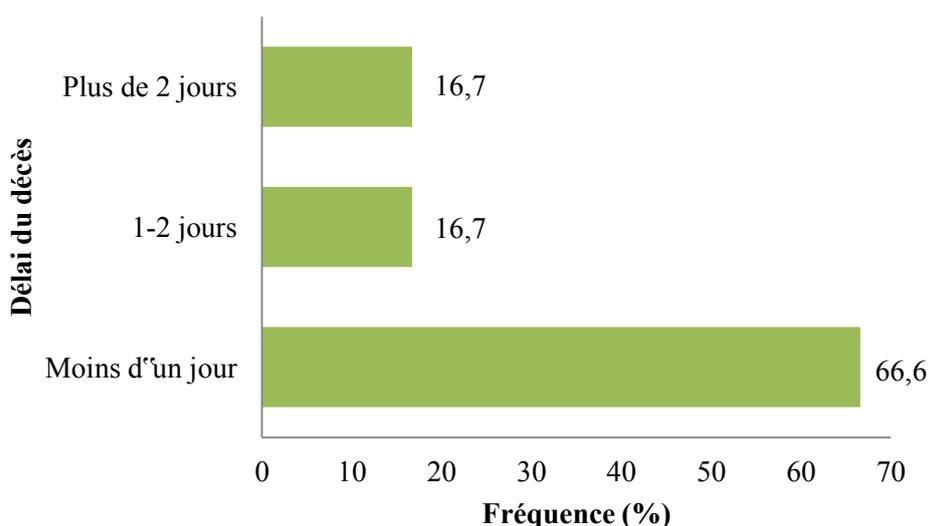


Figure 5 : Répartition des femmes décédées selon le délai de survenue du décès après admission.

V.6.2.2. Décès et provenance

La répartition des patientes décédées selon la provenance est représentée dans le tableau ci-après.

Tableau XVI: Répartition des patientes décédées selon la provenance.

Provenance	Effectifs
Arrondissement de Bogodogo	13
Saaba	2
Total	15

V.7. Pronostic foetal

V.7.1. Morbidité du nouveau-né

Des 793 naissances vivantes, la morbidité néonatale avait concerné 30 nouveau-nés, soit 3,8%. Les principales morbidités sont représentées par :

- La souffrance néonatale (17 cas soit 52%)
- La prématurité (13 cas soit 39%)

V.7.2. Mortalité du nouveau-né

Nous avons enregistré 921 naissances chez les patientes référées en urgence, dont 798 naissances vivantes soit 86,7% et 123 mort-nés soit 13,3%.

La mortalité néonatale très précoce (< 24h) avait concerné 5 enfants soit 0,6%.

La mortalité périnatale immédiate a concerné 128 nouveau-nés soit 13,9%.

V.8. Mode de sortie de la patiente

Cette information était disponible pour 1220 patientes soit 99%.

Le tableau ci-dessous présente la répartition des patientes référées selon le mode de sortie.

Tableau XVII: Répartition des patientes selon le mode de sortie

Mode de sortie	Effectifs	Fréquence (%)
Sortie régulière	1105	91,7
Sortie sans autorisation médicale	32	2,7
Transfert	68	5,6
Total	1205	100

Parmi les patientes référées en urgence au CMA 68 soit 6% ont été transférées au CHU-YO.

V.9. Durée d'hospitalisation

Le séjour moyen d'hospitalisation était de 2,8 jours avec des extrêmes de 0 à 17 jours.

Dans 218 cas soit 17,7% l'information sur la durée d'hospitalisation n'était pas disponible.

Le tableau ci-dessous représente la répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation

Tableau XVIII: Répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation	Effectifs	Fréquence (%)
0-1 jour	487	48
2-3 jours	113	11,1
4-5 jours	332	32,7
6 jours et plus	83	8,2
Total	1015	100

VI-DISCUSSION

VI.1. Limites et contraintes de l'étude

Lors de la collecte des données, nous avons été confrontées aux limites inhérentes à toute étude rétrospective :

- Des fiches de référence et de contre référence mal remplies ou égarées ;
- Des dossiers médicaux incomplets ou égarés ;
- Des registres incomplets ou mal tenus.

Malgré ces insuffisances, notre travail nous a permis d'obtenir des résultats qui suscitent un commentaire et une discussion.

VI.2. Fréquence et évolution des références en urgence

Au cours de notre étude, les références en urgence représentaient 30,8% de l'ensemble des admissions du service de la maternité du CMA du secteur 30.

Notre résultat est en dessous de ceux de KABORE [12] et LOKOSSOU [17] respectivement à la maternité du CHU-YO et à la Maternité Lagune de Cotonou (MLC) qui avaient trouvé un taux de référence en urgence de 50,8% et 38%. Cette différence de résultat est en parti imputable à la différence des types de structures. Le CMA du secteur 30 est en effet une structure de premier niveau de soins alors que le CHU-YO et le MLC sont des centres de références nationaux (c'est-à-dire de troisième niveau de soins).

Notre résultat est cependant de loin supérieur à celui de DIARRA [5] qui avait trouvé 7,9% de référence en urgence dans une maternité de district (district sanitaire de Bouaflé) en Côte d'Ivoire. Le faible taux de référence en urgence retrouvé par DIARRA [5] s'expliquait par la barrière géographique (le mauvais état des routes reliant certaines formations sanitaires à l'hôpital de district).

Le personnel de ces formations sanitaires préférant alors évacuer leur patiente au Centre Hospitalier Régional situé dans le district voisin de Yamoussoukro.

Les références obstétricales urgentes sont ainsi relativement élevées à l'hôpital de référence du district sanitaire de Bogodogo et s'expliquerait par le fait que le district sanitaire de Bogodogo a été le site d'un projet dénommé AQUASOU (2003-2005) dont l'objectif principal était d'améliorer la qualité et l'accès à des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) en fédérant et en rendant synergiques, aux différents niveaux de soins de la pyramide sanitaire, les interventions des différents acteurs. Ce projet a en particulier contribué à organiser le circuit de la référence à travers, entre autres :

- la mise à la disposition des maternités périphériques du district ainsi que de celle du CMA de matériel pour la prise en charge des urgences obstétricales ;
- la disponibilité d'une ambulance accessible à travers une flotte (téléphone portable) ;
- l'organisation d'une garde 24h/24 effective au bloc opératoire.

Aussi, la mise en place au cours du projet AQUASOU du système de partage des coûts dans le district (réduction de deux tiers des coûts directs pour la patiente résidant dans le district en cas d'urgence obstétricale) justifierait les performances du système d'évacuation vers le CMA du secteur 30 dont le niveau d'acceptabilité des populations. Cette hypothèse va dans le même sens que celle formulée par GOMA [46] en Centrafrique dans son étude sur «organiser son accouchement à Bangui ». Il a en effet fait ressortir comme facteur lié aux évacuations tardives, voire au refus d'évacuation par certaines patientes et leur famille, le manque de moyens financiers. La pauvreté des populations impose, selon lui, de longs temps pour collecter la somme nécessaire à l'évacuation et la prise en charge au niveau supérieur.

Dans notre étude, les références urgentes étaient plus nombreuses aux mois d'août, de septembre et d'octobre (période correspondant plus ou moins à la saison des pluies) avec respectivement des taux de 9,8%, 14,9% et 10,5%. Cette observation est contraire à ce que relève la littérature [5, 14, 18] à savoir qu'il ya une diminution de la fréquence des évacuations pendant la période hivernale à cause de la dégradation des routes, des pistes et des sentiers.

Notre résultat serait probablement lié à la situation géographique des formations sanitaires du District de Bogodogo qui, dans plus de 60% des cas, se situent en milieu urbain où les routes sont pour la plupart de bonne qualité.

Il convient de noter que suite aux inondations du 1er septembre 2009 dont Ouagadougou a été victime, un nombre important de malades a été transféré du CHU-YO « inondé » au CMA. Ceci justifierait le pic de 14,9% observé en septembre 2009.

La maternité du CMA du secteur 30 reçoit la plupart (89,5%) de ses patientes des arrondissements et départements faisant partie de son aire sanitaire (Bogodogo, Koubri, Saaba). Cependant 10,5% de nos patientes provenaient de formations sanitaires relevant d'autres districts. Ceci pourrait s'expliquer par l'accessibilité géographique et la permanence des soins, ainsi que la qualité des prestations offertes au CMA du secteur 30 :

- En effet, l'éloignement de certaines formations sanitaires de l'hôpital de district dont elles relèvent explique que ces formations sanitaires aient (délaissé) leur hôpital de référence pour la maternité du CMA du secteur 30 qui est géographiquement plus proche. Ainsi donc, 3,1% des femmes de notre étude provenaient de Komsilga, qui fait partie du district de Boulmiougou alors que géographiquement cette FS est plus proche du CMA du 30.

- De plus le CMA du secteur 30, est l'un des rares centres du secteur public de la ville de Ouagadougou en dehors du CHU où des prestations de chirurgie obstétricale sont offertes 24 heures sur 24.
- Enfin, même si les femmes hors district (en dehors de celles provenant de Komsilga car les autorités communales de cette localité contribuaient financièrement dans le système de partage des coûts au profit de leurs populations) ne bénéficiaient pas du tarif préférentiel dans le cadre du système de partage des coûts, elles bénéficient des mêmes soins rationalisés.

VI.3. Pertinence des références en urgence

Dans notre série, nous avons jugé que la référence en urgence n'était pas pertinente dans 13% des cas.

N Bako-Arifari et al [38] ont montré lors d'une étude sur la référence vécue par les femmes en Afrique que les références non justifiées étaient le résultat de la pression psychologique exercée par certaines patientes et leur accompagnant pour être référés au niveau supérieur ; et également, le résultat de la sanction des patientes « récalcitrantes » ou des accompagnants jugés « envahissants » par le personnel de la santé. Cela justifierait nos références non pertinentes qui avaient pour principaux motifs :

- demande de la patiente ou de l'accompagnant
- accompagnants envahissants
- non coopération de la patiente
- « femmes impossibles »

De plus dans notre cas, la disponibilité de l'ambulance (accessible par téléphone flotte) et l'accessibilité financière (acte non tarifé) de l'évacuation obstétricale peuvent constituer des sources de motivation de références non pertinentes.

Par contre, certains motifs de références non justifiées étaient témoins du manque de formation ou du faible niveau de formation des agents qui réfèrent. Ainsi, nous avons noté des références en urgence pour :

- dilatation stationnaire alors que la parturiente était en première phase de travail avec des membranes intactes ;
- rupture précoce des membranes (confondues avec une rupture prématurée des membranes) ;
- avortements tardifs non hémorragiques ;
- HTA modérée chez des patientes non en travail.

Ces cas qui auraient pu être pris en charge en périphérie occasionnent un travail supplémentaire à la maternité du CMA du secteur 30, qui du reste, était déjà submergée, entravant ainsi la prise en charge correcte des cas graves dont le traitement requiert le niveau de soins du service.

Il est aussi vrai que la recherche d'une plus grande précision diagnostique risque de conduire à des évacuations tardives ce qui laisse croire, comme le suggère DIARRA [5], qu'il est préférable d'évacuer une femme inutilement que tardivement.

A côté de ces références non pertinentes, nous avons noté des erreurs diagnostiques. En effet, au cours de notre étude, 40% des motifs de références ne concordaient pas avec le diagnostic retenu au CMA.

Ce taux est proche de celui de DIARRA [5] qui avait trouvé 45,5% d'erreurs diagnostiques. Il est cependant de loin supérieur à celui trouvé par SEPOU [51] (16,5%).

Notre taux élevé d'erreur diagnostique pourrait s'expliquer par le statut de premier niveau de référence de la maternité du CMA du secteur 30. La maternité du CMA reçoit la majorité de ces malades référées de formations sanitaires du premier échelon où le personnel de santé est très souvent insuffisamment qualifié pour les prestations à fournir. Selon les normes dans les structures sanitaires, les responsables sont les seuls habilités à prendre les décisions d'évacuations (médecins, SFE/ME). Mais, dans la réalité les Accoucheuses Auxiliaires (AA) tout comme les SFE/ME réfèrent.

C'est ainsi que dans notre étude, la décision de la référence a été faite par du personnel paramédical dans 99,6% des cas dont des AA dans 57,7% des cas.

SONDO cité par OUEDRAOGO [52] estimait que les erreurs diagnostiques constatées correspondaient à un manque réel de formation et que l'on devait discuter de l'approche la meilleure pour améliorer les transferts utiles.

Il est à noter que le partenariat du district avec de nombreux bailleurs a permis pendant certains temps la formation et la mise à niveau du personnel de la santé du district ; Cependant ces bailleurs se retirent de plus en plus entraînant un manque de ressources pour ce domaine. Il est donc nécessaire de développer des initiatives d'autosuffisance sanitaire pour la poursuite des activités de formation et de mise à niveau du personnel soignant.

VI.4. Pronostic materno foetal

Le pronostic était favorable chez 1157 patientes (93,9%). Les complications ont été notées chez 76 patientes soit dans 6,1% des cas. Elles étaient en rapport avec la fièvre 52,7%, l'anémie 31,6%, l'endométrite 7,9% et la suppuration pariétale 3,9%. KABORE [12] retrouvait les mêmes complications avec une fréquence de 36,8% pour l'anémie, 21,5% pour la fièvre, 18,3% pour l'endométrite et 5,1% pour les suppurations pariétales.

Pour OUEDRAOGO [44], les complications observées après le début du traitement étaient à type de lâchage de la paroi abdominale (2 cas), de suppuration pariétale (8 cas) et d'endométrite (12 cas).

Notre fréquence élevée des complications infectieuses et anémiques pourraient s'expliquer par :

- l'insuffisance de prévention de l'infection dans nos hôpitaux ;
- le travail prolongé ;
- la rupture des membranes ;
- la malnutrition ;
- les parasitoses ;
- les hémoglobinopathies ;
- l'anémie chronique ;
- les grossesses rapprochées ;
- le retard d'évacuation ;
- les complications hémorragiques.

Le service de maternité du CMA du secteur 30 a enregistré du 1^{er} janvier au 31 décembre 2009, vingt et un (21) cas de décès maternels, dont quinze (15) parmi les patientes référées en urgence au CMA durant la même période. Le taux de décès maternel était de 1,2% : taux jugé faible comparativement aux autres études nationales et sous régionales :

- DIARRA dans le district sanitaire de Bouaflé en Côte d'Ivoire 3,6% [5] ;
- OUEDRAOGO à Ouagadougou en 2002 au CHU-YO 3,3% [52] ;

- OUEDRAOGO à Ouagadougou en 2005 au CHU-YO 6,4% [44] ;
- CISSE à Dakar en 2003 à l'hôpital régional de Kolda 8,8% [36] ;
- EKOUNZOLA en 2003 au Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville 5% [7] ;
- SEPOU en 1999 à l'hôpital communautaire de Bangui 2,7% [51].

Notre faible taux par rapport aux études antérieures menées dans notre pays pourrait s'expliquer par notre méthodologie. Nous avons mené notre étude dans un centre de référence de premier niveau de soins qui, devant une urgence dépassant ses capacités de prise en charge, est autorisé à référer au niveau supérieur qu'est le CHU-YO. Il est donc en partie compréhensible que le taux de mortalité y soit faible par rapport à celui de ces auteurs qui ont mené leur étude au sein d'un CHU.

Notre taux faible pourrait s'expliquer aussi par les différents efforts entrepris par le ministère de la santé et partant le district sanitaire de Bogodogo pour améliorer l'accessibilité aux soins obstétricaux d'urgence ; en témoigne la mise en place des kits d'urgence (subvention), la mise en œuvre de l'assurance qualité et surtout l'amélioration du taux de satisfaction de la demande de transfusion sanguine par la mise en place au CMA du dépôt avancé de sang.

Cependant il ne faudrait pas oublier que 71,4% des décès maternels recensés au CMA en 2009 sont survenus chez des patientes référées en urgence. La gravité du pronostic des femmes référées en urgence avait déjà été soulignée par plusieurs auteurs (EKOUNZOLA [7], KABORE [12], LANKOANDE [14]). Selon ces mêmes auteurs, le fait que les évacuées décèdent plus, ou encore soient plus à risque de décéder, serait dû aux évacuations tardives, au manque de personnels qualifiés devant prendre la décision d'évacuer les patientes, à l'insuffisance et au sous équipement des structures d'accueil.

Dans notre étude, la population provenant des formations sanitaires urbaines du district est celle qui a le plus succombé. Sur 15 cas de décès maternels au sein des patientes évacuées, 12 décès étaient au compte des formations sanitaires urbaines de l'arrondissement de Bogodogo. Ceci semble être paradoxal quand dans la littérature [5, 14, 23] la distance parcourue est un élément d'aggravation du pronostic materno-fœtal. Notre résultat pourrait s'expliquer par :

- la longue durée de séjour des parturientes dans les formations sanitaires périphériques. En effet parmi les patientes décédées, 3 ont été enregistrées à l'admission et 10 décès sont survenus en moins de 24 heures après l'admission au CMA. Ceci met en exergue la gravité de l'état des patientes à l'admission qui étaient évacuées dans des conditions non médicalisées. Cette situation pourrait être en rapport avec des insuffisances de compétences du personnel qui, en milieu urbain, leur nombre pléthorique dans les FS réduit à néant les opportunités rares de mise à niveau offerte par le district.

- la méconnaissance par les patientes des signes de danger à l'origine du recours tardif par la patiente aux structures de soins.

Les principales causes de décès de ces femmes évacuées étaient représentées par l'anémie 26,7%, l'hémorragie 20%, l'éclampsie 13,3% et l'infection 13,3%.

La pré éclampsie, les hémorragies et l'anémie ont été responsables des décès rapportés par SAMAKE [50] avec respectivement 34,8% 26,7% et 8,2%. Notre résultat est comparable a celui de SAMAKE [50] mais différent de ceux de CISSE [36] et de SEPOU [51] où les ruptures utérines ont été les premières causes de décès maternel.

Une forte proportion de ces décès était évitable. En effet tous ces décès pouvaient être évités si la prise en charge rapide et efficace des complications avait été réalisée.

Dans notre étude nous avons enregistré un taux de mortinatalité de 13,3%. Ce constat peu satisfaisant, est partagé par KABORE [5] au CHU-YO avec 10,6% de mortinatalité.

Tout comme KABORE [5], nous pensons que ce taux élevé de mortinatalité chez les évacués était probablement dû aux transferts tardifs alors que la souffrance fœtale s'était déjà installée ou que le fœtus avait succombé. Ainsi, au cours de notre étude, 49 cas de souffrance fœtale et 20 cas de mort fœtale ont été diagnostiqués à l'admission au CMA. En outre le recours tardif aux structures sanitaires par les patientes (qui attendent le dernier moment) pourrait justifier ce taux élevé de mort-nés.

Dans notre étude, le taux de mortalité périnatale immédiate s'élevait à 139 pour 1000. Ce taux est supérieur à celui de SEPOU [51] au CHU de Bangui et OUEDRAOGO [52] au CHU-YO qui trouvaient respectivement 96 p 1000 et 125 p 1000. La différence des taux serait liée probablement à l'absence d'une unité de néonatalogie au CMA du secteur 30.

VII-CONCLUSION

Au terme de notre étude nous pouvons dire que les références en urgence sont relativement fréquentes à la maternité du CMA du secteur 30. La majorité de nos patientes référées en urgence provenaient des structures périphériques du district sanitaire de Bogodogo.

Ces références en urgence présentent cependant un risque foetal et maternel élevé en raison des erreurs diagnostiques, des longs séjours dans les structures d'accueil, des mauvaises conditions d'évacuations et de prise en charge dans les formations sanitaires périphériques. Par ailleurs, les références non pertinentes augmentent la charge du travail à l'hôpital de référence et retardent la prise en charge des urgences avérées.

Dans notre étude les références en urgence représentaient 30,8% de l'ensemble des admissions du service de la maternité. Cependant elles étaient responsables de 1,2% de décès maternel et de 13,3% de mortinatalité.

L'amélioration du pronostic maternel et foetal pourrait être obtenue par une formation du personnel et l'amélioration du plateau technique des formations sanitaires périphériques pour la prise en charge des complications.

C'est seulement à cette condition que nous pourrions tenter d'atteindre l'objectif du millénaire qui est de réduire la mortalité maternelle de 3/4 et la mortalité infantile de 2/3 d'ici 2015.

VIII-SUGGESTIONS

Au terme de la présentation, de l'analyse et de l'interprétation des résultats de notre recherche, il nous paraît juste de formuler des suggestions pour améliorer la référence obstétricale à partir des formations sanitaires périphériques vers la maternité du CMA du secteur 30.

- Aux autorités du Ministère de la santé (DRSC et directions centrales) :
 - Renforcer en équipements medicotechniques le plateau technique des CMA pour la prise en charge des urgences obstétricales et néonatales ;
 - Favoriser la mise à niveau régulière du personnel de santé afin de contribuer à leur motivation ;
 - Affecter du personnel qualifié aux normes pour chaque niveau de soins ;
 - Mener la réflexion sur la médicalisation des références
 - Faire un audit des références sanitaires ;
 - Rendre fonctionnels les autres CMA de la région du centre.
- A l'ECD et aux responsables de la maternité :
 - Evaluer périodiquement le système de référence avec pour objectif d'analyser le contenu des fiches de référence afin d'identifier les besoins de formation des agents ;
 - Assurer une restitution de l'analyse des performances du système de R/CR aux prestataires ;
 - Assurer la Supervision formative du personnel de santé des structures sanitaires périphériques ;
 - Former et mettre à niveau le personnel de santé sur les SONUB et SONUC ;
 - Annexer au service de gynécologie et d'obstétrique une unité de néonatalogie.
- Aux personnels de la santé :

- Appliquer la politique normes et protocoles sur les SONUB;
 - Informer les femmes et leur entourage sur les services existants et sur les signes de danger pendant la grossesse, l'accouchement et le post partum ;
 - Remplir correctement les supports d'évacuations et de référence ;
 - Evacuer précocement les cas compliqués ;
 - Aider les femmes enceintes à préparer leur plan d'accouchement ;
 - Transférer en néonatalogie tout nouveau-né présentant une morbidité.
- A la communauté :
- Fréquenter les centres de santé dès le début de la grossesse et pour l'accouchement ;
 - Recourir au centre de santé dès l'apparition des premiers signes de danger ;
 - Contribuer à la création et au fonctionnement des mutuelles de santé ;
 - Préparer l'accouchement ;
 - Planifier les grossesses ;
 - Encourager les dons de sang.

IX-REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1. Alihonou E, Périn E, Dossou Y, et al.** Le problème des évacuations sanitaires d'ordre obstétrical dans un service de référence (cas de la Clinique Universitaire de Gynécologie Obstétricale du CHU de Cotonou). Afr Méd; 1997; 26 (250) : 165-170.
- 2. Coulibaly M B.** Étude des besoins obstétricaux non couverts au centre de santé de référence de NIOKO. Thèse Med : Université de Bamako, 2005: 106.
- 3. Coulibaly M S.** Les urgences gynécologiques et obstétricales à la maternité du centre de santé de référence de Koutiala à propos de 344 cas. Thèse Med : Université de Bamako, 2007: 136.
- 4. Dao B, Nacro B, Koné B, Sawadogo A.** Référence obstétrico-pédiatrique à Bobo-Dioulasso, bilan de 3 ans.8e journées des sciences de la santé de Bobo-Dioulasso 1999: 16-17.
- 5. Diarra Nama A J, Angno O, Koffi M N, Yao T K, Welfens Ekra C.** Morbidité et mortalité liées aux transferts obstétricaux dans le district sanitaire de Bouaflé en cote d'ivoire. Sante publique ; 1999; 11 (2) : 193–201.
- 6. Dolo A, Traore M, Diabaté Diallo F S, Diarra I, Katle M.** Facteurs de risque de mortinatalité dans le service de gynécologie obstétrique de L'hôpital du Point «G» à Bamako. Journal de la SAGO 2001; 1 (01): 26- 31.
- 7. Ekoundzola J R, Buambo S F, Nkihouabonga G A.** A propos de 204 parturientes référées sur le Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville. Journal de la SAGO 2003; 4 (2): 1- 5.
- 8. Eyoko H A S.** Les références obstétricales à l'hôpital national du Point « G » de 1985 a 2003. Thèse Med : Université de Bamako, 2006 : 79.
- 9. F B Diallo, S A T Diaw, M Cisse, M S Diallo.** Analyse des évacuations obstétricales à la clinique gynécologique et obstétricale du CHU IGNACE DEEN de Conakry: a propos de 543 cas. Bulletin médical d'owendo 1998; 19 (7): 7-12.
- 10. Fortney J A, SMITH J B.** The base of iceberg: prevalence and perceptions of maternal morbidity in four developing countries. Research triangle park, NC: family health international 1997: 98-99.

- 11. Jahn A, De Bouwere V.** La référence pendant la grossesse et l'accouchement: Concepts et stratégies. In De Brouwere V, Lerderghe W V. Réduire les risques de la maternité: stratégies et évidence scientifique. Studies in Health Service Organisation and Policy 2001; 18: 239–257.
- 12. Kaboré B.** Pronostic materno-fœtal au cours des évacuations sanitaires d'ordre obstétrical dans le service de gynécologie obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouedraogo. Thèse Med, Ouagadougou, UFR/SDS, 2007; 64: 122.
- 13. Kobinah Nkeyyer.** Peripartum referrals to Korle Bu teaching hospital Ghana: a descriptive study. Tropical Medicine and International Health 2000; 5 (11): 11.
- 14. Lankoandé J, Ouédraogo C M R, Ouédraogo A et al.** Evacuations sanitaires obstétricales et mortalité foeto-maternelle au Burkina Faso. Méd Trop 1997 ; 57:3.
- 15. Larousse Médical.** Nouvelle Edition. Larousse 2006 : 602.
- 16. Lokoussou A, Adisso S, Komongui D G, Lantoundji C, Hounkpatin B I, Perrin R X.** Impact de l'utilisation des fiches de références de contre référence sur la prise en charge des urgences obstétricales dans la ville de Cotonou. Journal de la SAGO 2003:224.
- 17. Lokoussou A, Adisso S, Komongui D G, Lantoundji C, Hounkpatin B I, Perrin R X.** Les références obstétricales en situation d'urgence, aspects pronostiques. Journal de la SAGO 2003: 13-17.
- 18. Lompo K, Hutin Y J F, Tall F et al.** Morbidité et mortalité liées aux évacuations sanitaires d'obstétrique à l'hôpital de Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. Ann Soc Belg Méd Trop 1993 ; 73 :153-63.
- 19. Magnin G.** Morbidité et Mortalité maternelles liées a l'accouchement. Revue du praticien 1997; 49: 173-7
- 20. Martey J O, DJAM J O, TWUN S, BROWNE E N L, OPOKU S A.** referrals for obstetrical complications from EJISU district, Ghana. Wajm 1998; 17 (2): 58.

- 21. Ministère de la Santé/Secrétariat Général/DEP (2008)** Annuaire Statistique 2008
- 22. Ministère de la santé.** Deuxième états généraux de la sante. Février 2010 : 300.
- 23. Ministère de la Santé :** La référence et la contre référence dans la zone sanitaire couverte par le Centre Hospitalier National Souro Sanou (CHNSS) Manuel de procédures ; Burkina Faso ; CHNSS AOUT 1999.
- 24. Ministère de la Santé/Secrétariat Général/Direction Générale de la santé.** «Guide National de la référence et de la contre-référence».
- 25. Ministère de la Santé/Secrétariat Général/Direction Générale de la santé.** «Cadre conceptuel du système de référence /évacuation».
- 26. Ministère de la Santé (2005).** Partage des coûts pour les urgences obstétricales dans le district sanitaire du secteur 30. Compte rendu de la 2ème réunion du comité de suivi. Burkina Faso.
- 27. Ministère de l'Economie et du Développement, INSD** (Institut National de la Statistique et de la Démographie) (1999) Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso 1998/1999, INSD, Ouagadougou.
- 28. Ministère de l'Economie et du Développement, INSD** (Institut National de la Statistique et de la Démographie) (2005) Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso 2003, INSD, Ouagadougou.
- 29. Ministère de la Santé (2010).** Politiques et normes de services de santé de la reproduction. Direction de la Santé de la Famille, Ouagadougou, Burkina Faso.
- 30. Ministère de la Santé (2001).** Plan National de Développement Sanitaire 2001-2010. Burkina Faso.
- 31. Ministère de la Santé (2004).** Plan Stratégique pour une Maternité à Moindre Risque 2004-2008. Direction de la Santé de la Famille, Ouagadougou, Burkina Faso.
- 32. Ministère de la Santé (2010).** Document de l'analyse de la situation sanitaire nationale juin 2010. Direction de la Santé de la Famille, Ouagadougou.

- 33. Ministère de la Santé (2005)** Cadre Conceptuel pour la mise en place de système de partage de coûts. Direction de la Santé de la Famille, Ouagadougou.
- 34. Ministère de la Santé (2005).** Stratégie nationale de subvention des accouchements et des soins obstétricaux d'urgence au Burkina Faso. Direction de la Santé de la Famille, Ouagadougou.
- 35. Ministère de la santé.** Plan d'action 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009 du district sanitaire de Bogodogo.
- 36. M. L Cissé, B Rard, A Diouf, F Wade, J. C Moreau.** Bilan des évacuations obstétricales à l'hôpital général de Kolda. Médecine d'Afrique noire; 2010; 57 (1) :37-43.
- 37. Nacoulma M.** Problématique des évacuations sanitaires des maternités satellites de Treichville en provenance de la maternité de Koumassi. Mémoire de CES, Abidjan, 1998: 78.
- 38. N Bako-Arifari, F Ouattara, M-E Gruenais, N L Vidal.** La référence vécue par les femmes. Unité de recherche R002 " Acteurs et systèmes de santé en Afrique " : 34
- 39. OMS.** Département santé et recherche génésique. La prise en charge de la grossesse et de l'accouchement (IMPAC). OMS Genève 2004 : 371.
- 40. OMS.** La mortalité maternelle ne diminue pas suffisamment dans les PED. In Centre de Nouvelles ONU, 15 octobre 2007.
- 41. OMS.** Les hôpitaux de districts dans les zones rurales et urbaines, Genève 1992 :16.
- 42. OMS (1994).** Mother –Baby-Package implementing safe motherhood in countries, maternal Health and Safe motherhood Programme, WHO, Geneva.
- 43. Organisation Mondiale de la Santé, Bureau régional pour l'Afrique (OMS/AFRO).** Feuille de route : l'Union Africaine s'engage à lutter contre la mortalité maternelle. Bulletin régional de la santé génésique n° 2. Brazzaville : OMS/AFRO ; 2004 : 218-223.
- 44. Ouédraogo B.** Analyse situationnelle du système de référence contre référence des maternités de la ville de Ouagadougou à la maternité du CHUYO

dans le cadre des soins obstétricaux et néonataux d'urgence. Mémoire de CES, Ouagadougou, UFR/SDS, 2005: 72.

45. Ouédraogo C, Bazié D, Gruénais M-E, Ouattara F, Pobel D, Wissocq C et al. Programme d'amélioration de la qualité et de l'accès aux soins obstétricaux d'urgence dans les pays en développement. Analyse situationnelle, Secteur 30, Ouagadougou : Composante 2, Burkina Faso. Programme AQUASOU, editor. 1-101. 2003. Antwerp, Institute of Tropical Medicine.

46. Ramatou Ouédraogo : les évacuations sanitaires des femmes enceintes à la maternité du CSPS du secteur 28 de Ouagadougou (District sanitaire du secteur 30). Mémoire Sociologie, Ouagadougou, 2006 : 135

47. Richard F. La césarienne de qualité : expérience du district sanitaire du secteur 30 de Ouagadougou (Burkina Faso). Mémoire de " Master of Science" en Contrôle des Maladies, Institut de Médecine Tropicale Prince Léopold. 2006 : 46.

48. Richard F, De Brouwere V, Ouédraogo C. Programme d'amélioration de la qualité et de l'accès aux soins obstétricaux d'urgence dans les pays en développement. Rapport annuel d'activités 2003 : Composante 2, Burkina Faso. Programme AQUASOU, editor. 1-20. 2003. Antwerp, Institute of Tropical Medicine.

49. Richard F, Ouédraogo C, Compaoré J, Dubourg D, De Brouwere V. Reducing financial barriers to emergency obstetric care in Burkina Faso: cost-sharing mechanisms. Trop Med Int Health. In press.

50. Samaké A. Référence /Evacuation en obstétrique: pronostic maternel et fœtal au CHU Gabriel Touré de Bamako mali. Thèse méd. FSS Bamako 2010.

51. Sepou A, Yanza M.C, Nguembi E, Dotte G.R, Nali M.N. Analyse des évacuations sanitaires en gynécologie obstétrique à Bangui, Centrafrique. Cahier d'études et de recherches francophones ; 2000 ; 10 (6) : 399- 405.

52. Thieba B, Ouédraog P A, Akotionga M et al. Système de référence et de contre référence des urgences gynéco obstétricales des maternités de la ville de Ouagadougou. Abstract 7ème congrès SAGO 2003:13-17.

53. WHO. Maternal mortality in 2000: Estimates developed by WHO, UNICEF, and UNFPA. Geneva: WHO, 2004; 85: 460-471.

54. WHO 2002. OMS, FNUAP, UNICEF, BANQUE MONDIALE.
Département santé et recherche génésiques. Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement. Guide destiné à la sage-femme et au médecin. 2004 :27

X-ANNEXES

FICHE DE COLLECTE

Numéro :

Numéro de dossier :

Année :

Mois :

• DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

Age : Profession de la patiente :

Situation matrimoniale : Profession du conjoint :

Lieu de résidence :

• ANTECEDENTS

Gynécologiques et obstétricaux

Geste :

Parité :

Nombre d'enfants vivants :

Avortement : Oui [] Non []

Chirurgicaux

Césarienne Oui [] Non [] Nombre.....

Laparotomie Oui [] Non [] préciser.....

Autres interventions.....

Médicaux

HTA Oui [] Non []

Diabète Oui [] Non []

Néphropathie Oui [] Non []

Autres.....

- **AU NIVEAU DE LA STRUCTURE D'ACCUEIL**

Nom de la structure d'accueil :.....

Date et heure d'arrivée :.....

Motif d'admission:.....

Examen général :

Etat général :..... Conscience :.....

Conjonctives :..... Tension artérielle :.....

Pouls :..... Température :.....

Diagnostic de présomption :.....

Traitement administré:

Prise d'une voie veineuse Oui [] Non []

Antibiotique Oui [] Non []

Antispasmodique Oui [] Non []

Ocytociques Oui [] Non []

Autres Oui [] Non [] Préciser :.....

- **EVACUATION VERS LA STRUCTURE DE REFERENCE**

Motifs d'évacuation :.....

Date et heure de la décision de référence :.....

Date et heure effective de départ de la structure d'accueil :.....

Durée dans la structure d'accueil(en minutes) :.....

Qualification de l'agent référent:.....

Support de référence :.....

Qualité de remplissage du support de référence :

Moyens de transport:.....

Référé accompagné par un agent de santé :.....

Moment:.....

• **AU NIVEAU DE LA STRUCURE SANITAIRE D'ACCUEIL**

Date et heure d'arrivée :.....

Qualification de l'agent qui a reçu la patiente:

Diagnostic définitif :.....

Bilan réalisé: Oui [] Non []

Si oui préciser

Prise en charge :.....

Délai de prise en charge si intervention chirurgicale:

Nombre de jours d'hospitalisation :.....

Evolution

- Grossesse:.....

Avortement [] Accouchement prématuré [] Accouchement à terme []

Grossesse évolutive []

- Enfant :.....

Nouveau né vivant [] Mort né [] Nouveau né vivant transféré vers un

autre centre [] Notion de réanimation néonatale chez le nouveau né []

-Mère:.....

Etat favorable et sortie régulière [] Sortie sans avis médical []

Décès [] Préciser la cause :.....

Transfert vers un autre centre [] Préciser le motif :.....

Pertinence de la référence :

Contre référence :.....

Mode de sortie :.....

Tableau XVIII : Formations sanitaires et personnels du district sanitaire de Bogodogo en 2009

Formations Sanitaires	M/Gynéco	C. Dent	M/ Gén	AT SESSIO	ATS S.M	ATS Ped	ATS Odonto	PEP	SFE	ME	IDE	IB	AA	AIS	I.T.A.Bio	Tech sup labo	Tech bio	GS/FS	Total
AMA							2		1		1	1		1					6
BALKUY											1		4	2					7
CENOU		1	1				2				2	1							7
Centre jeunes									3		1	1							5
CERBA												1			1				2
CSPS sect 30									2		2	5	25	8					42
Dassasgho									4		7	7	14	7				1	40
DAYONGO												2	3	2					7
DIDRI												1	1	1					3
GAMPELA												1	1	1					3
GONSE											1		1	1					3
I D S												1							1
JUVENAT		1									1		8						10
Koala											1		1						2
Koubri Nagbangré										2	2		8	3					15
Manegsombo											1		2						3
Nioko I									2		3	4	7	2					18
NONGTABA									1		3	2	7	6					19
Noowendé													1						1
PEELE												1		1					2
PIKIEKO												1							1
SAABA				1	1	2		1	2	1	2	3	9	3		1	1	3	30
SECT15									7		5	7	20	6				2	47
ST. CAMILLE	1	2	1				2		14		4	3	7	1					35
T.A Sect 28									1		6	3	14	6				2	32
TA sect 30									1		2	1	7	5					16
TANGHIN												1	1						2
Tanlarchin											1		1	1					3
Tansablogo												1	1	1					3

Tansoben tenga											1		1	1					3
TAOuaga 2000									1		1	4	5	5					16
WEMTENGA									4	1	7	9	5	8				2	36
Yamtenga									1		1	3	17	3				1	26
TOTAL	1	4	2	1	1	2	6	1	44	4	56	64	171	75	1	1	1	11	446

RESUME/SUMMARY

RESUME

Titre : Les références obstétricales vers le CMA du secteur 30 : Analyse de la pertinence des indications et du pronostic materno-foetal au cours de l'année 2009.

Objectif : analyser la pertinence des indications des références obstétricales urgentes à la maternité du CMA du secteur 30 et évaluer le pronostic du couple mère enfant évacué.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude rétrospective de type descriptive sur une période de douze mois, du 1er janvier 2009 au 31 décembre 2009 portant sur toutes les références obstétricales urgentes reçues à la maternité du CMA du secteur 30.

Les paramètres pris en compte étaient les données socio démographiques, les antécédents gynéco-obstétricaux, les modalités de la référence, les aspects cliniques, la prise en charge et l'évolution pour la mère et le nouveau-né.

Résultats : Les patientes référées en urgence représentaient 30,8% des admissions du service de la maternité du CMA du secteur 30. L'âge moyen des patientes était de 25,7 ans avec des extrêmes de 14 et 47 ans et la parité moyenne était de 1,5. La majorité des patientes provenaient du district sanitaire de Bogodogo (89,5%). Les références en urgence étaient justifiées dans 87% des cas et dominées par les dystocies suivies des complications hypertensives. Un geste chirurgical était réalisé pour 332 patientes dont 304 césariennes. Dans 2,4% des cas, des manœuvres instrumentales ont été réalisées. L'accouchement a été naturel dans 44,4% des cas. Nous avons eu 15 décès dont 12 provenaient des formations sanitaires urbaines du district soit 80%. Les causes de décès maternel étaient dominées par l'anémie (26,7%), l'hémorragie (20%) l'HTA et ses complications (13%) et les infections (13%).

Pour la mortinatalité, nous avons enregistré 123 mort-nés soit 13,3%.

Conclusion : Le pronostic de la mère et du nouveau né est grevé au cours des références en urgence d'où la nécessité d'améliorer l'organisation du système de référence en vue de réduire les taux de mortalité maternelle et périnatale inacceptables dans nos pays en développement.

Mots clés : références obstétricales, morbidité et mortalité maternelles et périnatales, CMA du secteur 30, Burkina Faso.

Auteur : BARRY Aissata ; 01 BP 854 Ouagadougou 01 ; Tel= 78141400; Email : assbart@hotmail.fr

SUMMURY

Title: Obstetrical referrals to the CMA (Medical Center with Surgery Facilities) of Sector 30: Analysis of the relevance of foeto-maternal information and prognosis in 2009.

Aim: to analyze the relevance of information provided during emergency obstetrical referrals to the maternity ward of Sector 30 CMA, and assess the prognosis of the mother and child referred.

Methodology: We carried out a retrospective and descriptive study covering a twelve month period, from 1st January 2009 to 31 December 2009. The study dealt with all the emergency obstetrical referrals to the maternity ward of the sector 30 CMA. The parameters considered were the following ones:

For the mother: age, number of pregnancies, the health centre she is coming from, the cause for the referral, the treatment, the relevance of the emergency referral and future development. For the newborn: the future development.

Results: the patients referred in emergency were 30.8% of the admissions of the maternity ward of the sector 30 CMA; the average age of the patients was 25.7 with extremes at 14 and 47. The average number of pregnancies was 1.5. The majority of the patients came from the Bogodogo health district (89.5%). The medical evacuations were justified in 87% of the cases and dystocia followed by high blood pressure complications were the main causes. Some surgery was used on 332 patients among which 304 caesarians. In 2.4% of the cases, instrumental manoeuvres have been performed. Delivery has been natural in 44.4% of the cases. There were 15 deaths among which 12 patients (80%) came from urban health centres of the district. The average number of pregnancies of the patients deceased is 1.8 with extremes of 1 to 5. The causes of maternal death were mainly anaemia (26.7%), bleeding (20%), high blood pressure and its complications (13%) and infections (13%).

Concerning neonatal mortality, 128 stillborn (equivalent to 139/1000 living newborn babies) were recorded.

Conclusion: the prognosis for the mother and the newborn is flawed during medical evacuation. Therefore, it is necessary to improve the organization of the referrals in order to reduce maternal and perinatal mortality in our developing countries.

Key words: obstetrical referrals, maternal and perinatal morbidity and mortality, CMA of sector 30, Burkina Faso.

Author: Aïssata BARRY; 01 P.O. Box 854 Ouagadougou 01; Tel= 78141400; E-mail: assbart@hotmail.fr

Serment d'Hippocrate

**« EN PRESENCE DES MAITRES DE CETTE ECOLE ET DE MES
CHERS CONDISEIPLES, JE PROMETS ET JE JURE D'ETRE FIDELE
AUX LOIS DE L'HONNEUR ET DE LA PROBITE DANS L'EXERCICE
DE LA MEDECINE. JE DONNERAI MES SOINS GRATUITS A
L'INDIGENT ET N'EXIGERAI JAMAIS DE SALAIRE AU-DESSUS DE
MON TRAVAIL. ADMIS A L'INTERIEUR DES MAISONS, MES YEUX
NE VERRONT PAS CE QUI S'Y PASSE, MA LANGUE TAIRA LES
SECRETS QUI ME SERONT CONFIES ET MON ETAT NE SERVIRA
PAS A CORROMPRE LES MŒURS NI A FAVORISER LES CRIMES.
RESPECTUEUX ET RECONNAISSANT ENVERS MES MAITRES, JE
RENDRAI A LEURS ENFANTS L'INSTRUCTION QUE J'AI REÇUE
DE LEURS PERES. QUE LES HOMMES M'ACCORDENT LEUR
ESTIME SI JE SUIS RESTE FIDELE A MES PROMESSES. QUE JE
SOIS COUVERT D'OPPROBRE ET MEPRISE DE MES CONFRERES
SI J'Y MANQUE. »**