

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU
ECOLE SUPERIEURE DES SCIENCES DE LA SANTE
(E. S. S. S.A.)

ANNEE 1990

Thèse N° 18

Thèse
13
KAB

***PROBLEMATIQUE DES HOSPITALISATIONS EVITABLES.
CAS DU SERVICE DE PEDIATRIE DE L'HOPITAL
YALGADO OUEDRAOGO DE OUAGADOUGOU***

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 20-6-1990

Par Achille KABORE

Né le 19-10- 1961 à Ouagadougou.



Directeur de Thèse :
Professeur François CANONNE

JURY :
Président : **Prof. Ag. Amadou SANOU**
Membres : **Dr. Ludovic K. KAM**
Dr. Abdoulaye TRAORE

Université de Ouagadougou
Ecole Supérieure des Sciences de la Santé
(E.S.S.SA)

LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF DE L'E.S.S.SA

DIRECTEUR

Pr. Rambré Moumouni OUMINGA

DIRECTEUR DES ETUDES

Dr. Daniel ILBOUDO

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS

M. Kayria BANSE

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU
Ecole Supérieure des Sciences de la Santé
(E.S.S.S.A.)

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'E.S.S.S.A.

ENSEIGNANTS PERMANENTS.

Professeurs titulaires

Rambré Moumouni OUIMINGA

Anatomie organogénèse et
Chirurgie.

Hilaire TIENDREBEGO

Sémiologie et Pathologie
médicales

Professeur associé

François CANONNE

Santé publique

Maîtres de Conférences Agrégés

Amadou SANOU

Chirurgie

Bobilwendé Robert SOUDRE

Anatomie pathologique

Tinga Robert GUIGUEMDE

Parasitologie

Julien YILBOUDO

Orthopédie-Traumatologie

Bibiane KONE

Gynécologie-Obstétrique

Alphonse SAWADOGO

Pédiatrie

Maître Assistant

Innocent Pierre GUISSOU

Pharmacologie

Maître Assistant associé

Ould MOHAMMEDI

Dermatologie

Assistants Chefs de Clinique

Pascal BONKOUNGOU

Gastro-Entérologie

Boukari Joseph OUANDAOGO

Cardiologie

Kongoré Raphaël OUEDRAOGO

Chirurgie

Tanguet OUATTARA

Chirurgie

R. Joseph KABORE

Gynéco-Obstétrique

Mamadou Patrice ZEI

Luc SAWADOGO

Philippe ZOURE

Saïdou Bernard OUEDRAOGO

Radiologie

François René TALL

Pédiatrie

Issa SANOU

Pédiatrie

Toungo Christian SANOU (in memoriam)

Oto Rhino Laryngologie

Assistant Chef de Clinique Associé

Gérard MITELBERG

Psychiatrie

Assistants

Raphaël DAKOURE
Lady Kadidiatou TRAORE
Mamadou SAWADOGO
K. Ludovic KAM
Piga Daniel ILBOUDO
Doro SERME
Virginie TAPSOBA
Adama LENGANI
Sophar HIEN
Jean LANKOANDE
Hamadé OUEDRAOGO
Arouna OUEDRAOGO
Oumar TRAORE

Anatomie-Chirurgie
Parasitologie
Biochimie
Pédiatrie
Gastro-entérologie
Cardiologie
Ophtalmologie
Néphrologie
Chirurgie
Gynécologie
Anesthésie-Réanimation
Psychiatrie
Chirurgie

Assistant associé

Akpa Raphaël GBARY

Epidémiologie

Chargés de cours

Annette SCHWEICH
Jean LANDOIS
Daniel TRANCHANT
Maurice GALIN

Physiologie
Chirurgie
Endocrinologie
Oto Rhino Laryngologie

ENSEIGNANTS NON PERMANENTS

Institut des Sciences de la Nature (I.S.N.)

Maitres de Conférences

Sita GUINKO
S. Alfred TRAORE

Biologie cellulaire
Immunologie

Maitre assistant

Didier ZONGO

Génétique

Assistant

Makido B. OUEDRAOGO
Apollinaire BAYALA (in memoriam)

Génétique
Physiologie

Jeanne MILLOGO
Raymond BELEMTOUGOURI

T.P. Biologie cellulaire
T.P. Biologie cellulaire

Institut de Mathématiques et de Sciences Physiques (I.M.P.)

Maitre de Conférence

Akry COULIBALY

Mathématiques

Maitres assistants

Gomtibo Jean-Baptiste OUEDRAOGO
Aboubakary SEYNOU

Physique
Statistiques

Institut de Chimie (I.N.C.)

Maitre de Conférence

Laou Bernard KAM

Chimie

Ecole Supérieure des Sciences Economiques (E.S.S.E.C.)

Maître assistant

Tibo Hervé KABORE

Economie-Gestion

ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mme Henriette BARY

Dr Jean Zézouma SANOU

Dr Bruno ELOLA

Dr Jean KABORE

Dr Michel SOMBIE

Mr Abdoulaye KEITA

Mr René DALLA

Mlle Rasmata TRAORE

Mr Casimir KADEBA

Dr Madi KABRE

Psychologie

Psychiatrie

Anesthésie-Réanimation

Neurologie

Planification

Planification

Statistiques

T.P. Bactériologie

T.P. Biochimie

Oto Rhino Laryngologie

ENSEIGNANTS MISSIONNAIRES

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

Pr Lamine DIAKHATE

Pr Abibou SAMB

Pr José-Marie AFOUTOU

Mr Makhtar WADE

Pr M. K. A. EDEE

Hématologie (Dakar)

Bactériologie-Virologie (Dakar)

Histologie-Embryologie (Dakar)

Bibliographie (Dakar)

Biophysique (Lomé)

O.M.S.

Dr Jean-Jacques BERJON

Dr Frédéric GALLEY

Dr Moussa TRAORE

Pr Auguste KADIO

Histologie-Embryologie (Creteil)

Anatomie pathologique (Lille)

Neurologie (Bamako)

Pathologie infectieuse et

parasitaire (Abidjan)

Dermatologie (Abidjan)

Anatomie pathologique (Brazzaville)

Pr Jean Marie KANGA

Pr Arthur N'GOLET

Mission Française de Coopération

Pr J. C. KOUYOUMDJIAN

Pr Daniel LAURENT

Pr Michel DUSSARDIER

Pr Michel JAN

Pr Etienne FROGE

Biochimie (Creteil)

Physiologie (Creteil)

Physiologie (Marseille)

Neuro-Anatomie (Tours)

Médecine légale Médecine

du travail (Tours)

Biochimie (Tours)

Ophthalmologie (Marseille)

Biophysique (Creteil)

Histologie-Embryologie (Paris)

Histologie-Embryologie (Paris)

Endocrinologie (Reims)

Endocrinologie (Reims)

Pr Henri MOURAY

Pr P. QUEGUINER

Mlle Evelyne WIRQUIN

Mr P. JOUANNET

Mr THEPOT

Dr Claire SCHWARTZ

Dr Brigitte DELEMER

JE DEDIE CETTE THESE...

II

A mon père , à ma mère

Très tôt je vous ai suivi dans vos pérégrinations à travers le pays où vous avez travaillé sans cesse avec abnégation pour l'amélioration de la santé des masses laborieuses. Que ce travail soit pour vous l'aboutissement de tant d'années de sacrifices consenties.

Profonde affection filiale

A mes sœurs et frère.

Adelaïde, Pascaline, Charlotte, Brice

Je vous encourage à vous surpasser pour être plus méritants un jour !

Meilleurs sentiments fraternels.

A mon grand père

le Naba SORBA (In mémoriam)

A mes grand- mères

C'est une chance pour moi que vous soyez toujours là. Que Dieu vous garde encore plus longtemps auprès de nous !

A mes oncles et tantes

Pour votre sollicitude

A mes cousins et cousines

A Edmond

Cette thèse est aussi la tienne

A ma compagne Sally

Pour ton soutien et ta patience...

Puisse cette étape être le prélude à des lendemains heureux

A tous mes amis

A mes compagnons de galère

A NOS MAITRES ET JUGES

IV

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Le Professeur Amadou SANOU

Professeur agrégé de chirurgie

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider notre jury. Nous avons eu la chance de bénéficier de votre enseignement.

Vous nous avez toujours impressionné par vos vastes connaissances scientifiques et vos immenses qualités humaines.

Trouvez ici l'expression de notre déférente gratitude.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Le Docteur Ludovic K. KAM.

Pédiatre émérite et dynamique, vous forcez l'admiration des étudiants qui voient en vous un modèle.

Grand merci pour avoir accepté de juger ce travail.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Le Docteur Abdoulaye TRAORE

Nous sommes sensible à l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury malgré vos multiples sollicitations

Toute notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Le Professeur François CANONNE

Professeur de santé publique

Vous nous avez dirigé dans la réalisation de ce travail avec une constante disponibilité. Votre rigueur a permis l'aboutissement de cette étude. Vous nous aurez surtout fait comprendre que l'approche collective de nos

problèmes de santé est la meilleure voie pour parvenir à un véritable progrès sanitaire.

Nous ne saurons jamais vous remercier assez.

REMERCIEMENTS

VII

Au Professeur OUIMINGA et au corps enseignant de l'E.S.S.S.A
Toute notre reconnaissance pour l'enseignement reçu.

Au Professeur A. SAWADOGO

Vous m'avez guidé au début de ce travail, mais malheureusement vous n'êtes pas présent pour le juger. J'espère ne pas trop vous décevoir .`

Au Dr. ROISIN

Au Dr. PIETRA

pour leur conseils.

A Jonas et à Ousmane : pour tout ce vous faites pour moi.

A O. Jean.

Au personnel de pédiatrie de l'hôpital Yalgado
pour sa franche et sympathique collaboration .

A O. Cécile

A Y. Alphonsine

A C. Roland

A G. Seydou

A T. Angèle

A A.I.C.D.

A toute personne qui a été d'un quelconque concours à la réalisation de ce travail.

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

LEXIQUE DES ABREVIATIONS

AGENT SAN : AGENT DE SANTE

ANTIBIO : ANTIOTBIOTIQUE

ANTIDIAR : ANTIDIARRHEIQUE

ANTIPYR : ANTIPYRETIQUE

ANTITUSS : ANTITUSSIF

A TUSS + AB : ANTITUSSIF + ANTIOTBIOTIQUE

APAL + APYR : ANTIPALUDEEN + ANTIPYRETIQUE

AUC TTT : AUCUN TRAITEMENT

AUTOMEDIC : AUTOMEDICATION

CADRE MOY : CADRE MOYEN

CADRE SUP : CADRE SUPERIEUR

COMMER : COMMERCANT

CSM : CABINET DE SOINS MEDICAUX

DIAR D : DIARRHEE + DESHYDRATATION

DIAR S : DIARRHEE SIMPLE

DISP : DISPENSAIRE

INTOX : INTOXICATION

I RESP B : INFECTION RESPIRATOIRE BASSE

I RESP H : INFECTION RESPIRATOIRE HAUTE

MALNUT : MALNUTRITION

NON DET : NON DETERMINE

PN QUAL : PERSONNE NON QUALIFIÉE

PALU S : PALUDISME SIMPLE

SECT INF : SECTEUR INFORMEL

TRADIP : TRADIPRATICIEN.

SOMMAIRE

	PAGES
I - INTRODUCTION.....	1
II - ENONCE DU PROBLEME.....	3
III - OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	6
1. Objectif général.....	7
2. Objectifs spécifiques.....	7
IV - DONNEES GENERALES SUR L'AGGLOMERATION URBAINE DE OUAGADOUGOU (province du Kadiogo)	8
1. Situation générale.....	9
2. Les infrastructures sanitaires.....	10
V - METHODOLOGIE.....	17
1. Cadre de l'étude.....	18
2. Protocole.....	19
VI : RESULTATS- COMMENTAIRES.....	21
1. Présentation de la population enquêtées.....	23
2. Diagnostic des cas enquêtés.....	27
3. Les antécédents médicaux.....	30
4. Les lieux de consultation avant l'hospitalisation.....	32
5. Le traitement reçu lors du premier lieu de consultation.....	35
6. Origine des médicaments reçus.....	37
7. Accessibilité des malades aux formations sanitaires périphériques.....	39
8. La convergence des malades vers les formations sanitaires périphériques.....	43
9. L'adéquation du traitement reçu par rapport au diagnostic posé.....	44
10. Le lieu de consultation et le traitement reçus.....	46
11. La catégorie socio-professionnelle et le lieu de consultation.....	48
12. La prophylaxie anti-palustre.....	50
13. La protection contre les moustiques.....	51
VII : CARACTERISTIQUES DES HOSPITALISATIONS	52

1. Les hospitalisations justifiées	53
2. Les hospitalisations évitables.....	53
VIII : CAUSES DES HOSPITALISATIONS EVITABLES	56
1. Les causes directes.....	57
2. Les causes indirectes.....	59
IX : CONCLUSIONS GENERALES — RECOMMANDATIONS.....	60
1. Conclusions générales.....	61
2. Recommandations.....	62
X : BIBLIOGRAPHIE.....	64
ANNEXES.....	

INTRODUCTION

L'hôpital YALGADO OUEDRAOGO, construit depuis une trentaine d'années voit sa capacité d'accueil devenir insuffisante avec la croissance démographique. Il en résulte une surcharge de certains services. Le service de pédiatrie a vu sa capacité d'accueil plus que doublée depuis 1984 par la construction d'un second pavillon qui était censé résoudre le problème à ce niveau. Mais paradoxalement, le phénomène de surcharge persiste et s'accroît d'année en année. Cette situation n'est paradoxale qu'en apparence car en fait une de ses composantes majeures est l'hospitalisation non médicalement justifiée. Ces hospitalisations sont néfastes pour l'enfant en raison du risque iatrogène et du retentissement psycho-affectif [6]. Elles perturbent le fonctionnement du service hospitalier car une pathologie bénigne mobilise un personnel spécialisé au détriment d'autres malades nécessitant des soins plus importants. Comme toutes les hospitalisations elles sont coûteuses pour la société. La réduction de ces hospitalisations non médicalement justifiées serait bénéfique pour le malade, pour le bon fonctionnement du service et pour la société. C'est ce qui nous a amené à nous intéresser à ce problème afin de le quantifier.

II - ENONCÉ DU PROBLEME

La situation sanitaire du Burkina Faso se caractérise par la persistance des maladies endémo-épidémiques et par la faiblesse de la couverture sanitaire. Pour 8 millions d'habitants il y a :

- 2 hôpitaux nationaux :
- 9 centres hospitaliers régionaux (dont certains ne sont pas encore opérationnels) :
- 1 médecin pour 30 000 habitants :
- 1 infirmier d'état pour 10 000 habitants alors que les normes demandées par l'OMS sont 1 médecin pour 10 000 habitants et 1 infirmier d'état pour 5000 habitants. (Il s'agit là de moyennes qui ne sont pas satisfaisantes que si l'habitant, quel que soit son lieu de résidence a la même possibilité d'accéder aux ressources).

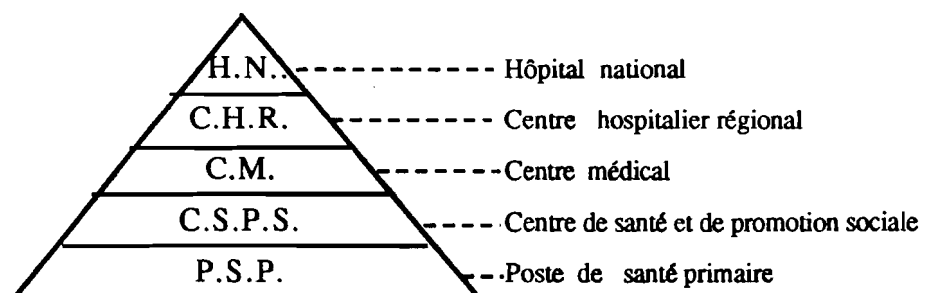
Le taux de mortalité infantile est de 134 pour mille [10] et est l'un des plus élevés du monde. Les principales affections qui déterminent ce taux sont :

- les maladies diarrhéiques.
- la rougeole,
- les méningites,
- le paludisme,
- le tétanos.

La province du Kadiogo, qui est située au centre du pays avec pour chef-lieu Ouagadougou la capitale politique et administrative du pays, se caractérise par un taux d'équipement sanitaire relativement satisfaisant à savoir:

- un hôpital national
- une trentaine de formations sanitaires périphériques. La politique sanitaire dans la province comme dans tout le pays est de promouvoir les soins de santé primaires définis à ALMA-ATA. Cette politique s'appuie sur une pyramide des services de santé.

Fig. 1 : Pyramide des services de santé.



Le service de pédiatrie de l'hôpital Yalgado placé au sommet de la pyramide est selon les textes un centre de référence qui accueille les enfants malades de 0 à 14 ans provenant de divers horizons. Théoriquement le service ne doit hospitaliser que **les cas qui ne peuvent être traités dans les services de santé de seconde ligne**. Mais dans la pratique, les choses sont différentes.

En effet, le service accueille de nombreux malades qui se présentent spontanément à l'hôpital ou sont adressés systématiquement par des formations sanitaires périphériques. Il en découle alors le non respect de la pyramide des services de santé. Certains malades sont référés à l'hôpital pour des motifs divers du genre " voir hôpital pour mauvais état général " ou " voir l'hôpital pour diarrhée - vomissements ".

Cette situation a pour conséquence la surcharge du service par de nombreux cas bénins qui ne nécessitent pas une hospitalisation. Les enfants se retrouvent alors dans de mauvaises conditions d'hospitalisation.

. Certains par manque de lits se retrouvent à même le sol, encombrant les couloirs, offrant ainsi un spectacle insolite. Cet état des choses rend encore plus difficiles les conditions de travail et compromet toute efficacité des prestations de soins.

A notre connaissance, aucune étude similaire n'a encore été réalisée à ce jour sur ce sujet ; on peut d'autant plus s'en étonner que l'encombrement des services de pédiatrie est une des données fondamentales de la vie hospitalière de la plupart des hôpitaux africains.

III - OBJECTIFS DE L'ETUDE

1 - Objectif général

L'objectif général de cette étude est d'identifier tous les cas d'hospitalisations évitables dans le service de pédiatrie de l'hôpital Yalgado sur une période d'un mois.

2 - Objectifs spécifiques

Nous nous proposons de :

- 2.1. - Recenser tous les enfants hospitalisés en pédiatrie pendant un mois.
- 2.2. - Poser un diagnostic de présomption pour chaque cas recensé
- 2.3. - Déterminer les hospitalisations qui auraient pu être évitées.
- 2.4. - Déterminer les causes probables de ces hospitalisations évitables.

**IV - DONNEES GENERALES SUR L'AGGLOMERATION
URBAINE DE OUAGADOUGOU
(Province du Kadiogo)**

1 - Situation Générale

La province du Kadiogo avec ses 1169 Km² constitue la plus petite des 30 provinces du BURKINA FASO. Elle est limitée au Nord, au Nord-Ouest et à l'Est par la province d'Ouhritenga, au Sud et au Sud-Ouest par la province du Bazéga. Elle occupe une position centrale sur le haut plateau mossi à 300 m environ au-dessus du niveau de la mer.

Le rythme saisonnier est marqué par une saison humide en hivernage (juin/septembre) et une saison sèche (novembre/mai) faite d'une période froide (température moyenne 15°C - 30°C) et d'une période chaude (température moyenne 30°C - 45°C).

La province comprend la ville de Ouagadougou et quelques villages environnants.. Elle est subdivisée en cinq communes et la ville de Ouaga en 30 secteurs. Les communes sont :

- La commune de Baskuy qui comprend les secteurs 1 à 12;
- La commune de Bogodogo qui comprend les secteurs 14, 15, 28, 29, 30 et les villages de Yamtenga et Balkuy;
- La commune de Boulmiougou qui comprend les secteurs 16, 17, 18, 19 et les villages de Boassa, Sandogo, Zaghtouli, et Zongo;
- La commune de Nongremaason qui comprend les secteurs 13, 23, 24, 25, 26, 27, et les villages de Doumtinga, Nioko II, Polesgo, Sakanla et Songodin;
- La commune de Signoghin qui comprend les secteurs 20, 21, 22, et les villages de Bassinko, Bissighin, Dar-salam et Kamboincé.

Schématiquement on peut diviser la province du Kadiogo en trois zones (cf fig 2 et 3).

- La zone centrale représentée par la commune de Baskuy (secteurs 1 à 12).
- La zone périphérique représentée par les autres secteurs;
- La banlieue représentée par les villages.

La zone centrale constitue le noyau urbain de la ville de Ouaga et comporte surtout les services administratifs et la zone commerciale. Autour de cette zone on a édifié de nouveaux quartiers équipés d'infrastructures (eau courante, électricité, rues bitumées...). loin de cette zone centrale, il existe de nombreux quartiers non urbanisés où résident les couches socio-économiques les plus défavorisées de la population.

La province du Kadiogo compte plus de 500.000 habitants et cette population est à 90% urbaine avec un taux d'accroissement annuel de 6,8 %. A Ouagadougou le secteur tertiaire est très développé et une bonne partie de la population active travaille pour l'administration publique (plus de 12.000 agents publics).

2 - Les infrastructures sanitaires

Le nombre d'infrastructures sanitaires est relativement satisfaisant. Les formations sanitaires sont composées par :

- les P.S.P. (poste de santé primaire);
- les dispensaires
- les C.S.P.S. (Centre de Santé et de Promotion Sociale)
- les C.M. (Centre Médical)
- un hôpital national

2.1. - Répartition des différentes formations sanitaires par commune (cf fig 2 et 3)

- Commune de Baskuy
- Secteur 1
- Centre de vaccination
- Dispensaire ophtalmologique

- Secteur 3
 - CM urbain central
 - CSPS Dapoya
 - CSPS CNSS (Caisse Nationale de Sécurité Sociale)
 - Dispensaire de la cité AN III
 - Clinique pour la promotion de la femme

- Secteur 4
 - Direction provinciale de la santé et ses annexes.
 - Hôpital Yalgado

- Secteur 6
 - Dispensaire de la cité AN II
 - Maternité Yennega

- Secteur 7
 - CSPS de Samandin

- Secteur 9
 - CM de Gounghin
 - Dispensaire de l'ONSL (Organisation Nationale des Syndicats Libres)

- Secteur 10
 - CSPS dudit secteur

- Secteur 11
 - Dispensaire de Larlé
 - Maternité Pogbi

COMMUNE DE BOGODOGO

- Secteur 14
 - CM Saint Camille

- Secteur 15
 - CM Centre Islamique

- Secteur 28
 - Dispensaire de Dassasgo

- Secteur 29
 - CSPS de Wemtinga
- Secteur 30
 - CSPS de Nongtaba
 - CSPS de Yamtinga
 - Maternité de Balkuy

COMMUNE DE BOULMIOUGOU

- Secteur 16
 - Dispensaire de Cissin

- Secteur 17
 - Dispensaire de Pissy

- Secteur 19
 - CSPS de Nocin
- Baossa
 - CSPS dudit village
- Zaghtouli
 - CSPS dudit village

COMMUNE DE SIGNOGHIN

- Secteur 21
 - CSPS dudit secteur

- Secteur 22
 - Dispensaire de Tampouy
 - CM Paul VI
- Bissinghin
 - CSPS dudit village
- Kambouincin
 - CSPS dudit village

COMMUNE DE NONGREMAASON

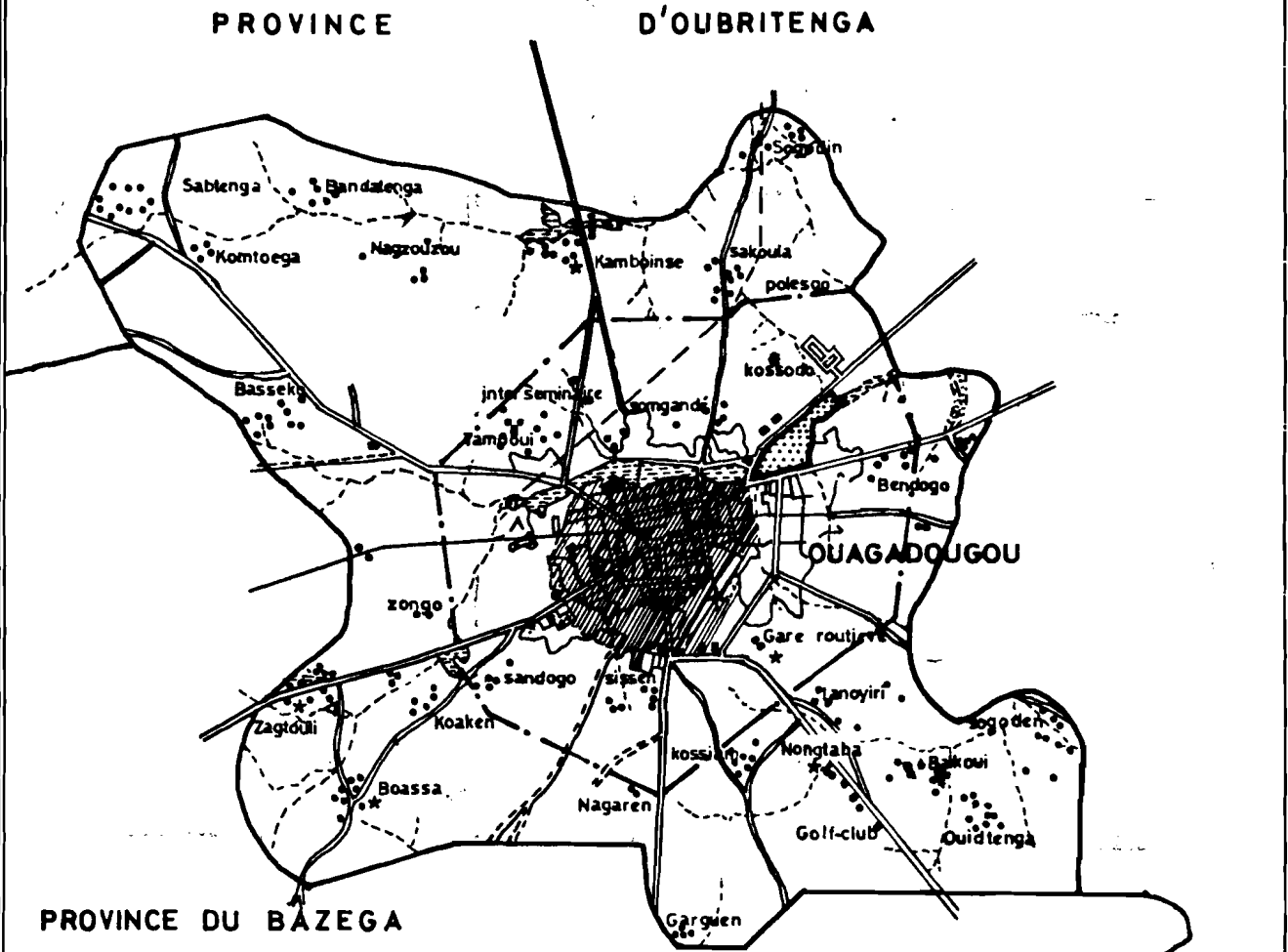
- Secteur 13
 - Dispensaire de la Croix rouge
- Dispensaire de la Maco (Maison d'Arrêt et de Correction de Ouaga)

- Secteur 23
 - Centre d'Accueil de Tanghin
 - Dispensaire protestant
 - CM Kossodo

CARTE DE LA PROVINCE DU KADIOGO AVEC LES FORMATIONS SANITAIRES

FIGURE N°2

▲
NORD



LEGENDE

- Limite de province
- - - Limite des(30 secteurs)
- ▨ Zone centrale (Noyau urbain)
- ~ Cours deau temporaires
- ▬ Cours deau permanent
- ▧ Limite de réserve forestiere
- Centre médical
- * CSPS

1 Habitations 2 Bâtiments remarquables

FOND DE CARTE IGB

ECHELLE 1 / 200000

PLAN DE OUAGADOUGOU AVEC LES FORMATIONS SANITAIRES

NORD

LEGENDE

- ▨ ZONE CENTRALE
- DISPENSAIRE
- ▲ S.M.I.
- C.S.P.S. (DISPENSAIRE + S.M.I.)
- ★ CENTRE MEDICAL

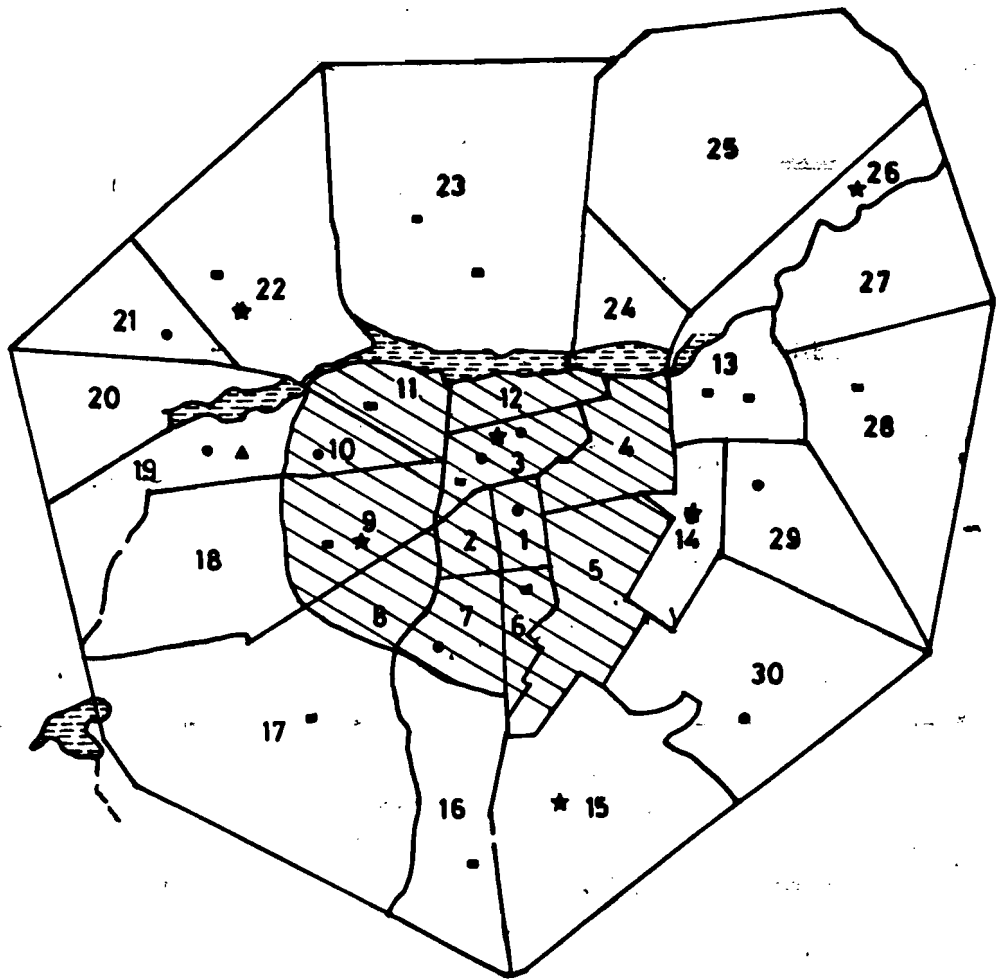


FIGURE N°3

ECHELLE 1/100000

2.2. Activités des formations sanitaires

2.2.1. L'hôpital Yalgado

Il constitue avec l'hôpital Sanou Souro de Bobo, les deux hôpitaux nationaux du pays.

L'hôpital Yalgado est un centre de référence et son aire de desserte s'étend de la province du Kadiogo aux autres provinces environnantes. L'hôpital assure essentiellement des activités de soins curatifs. L'hôpital assure en outre des consultations spécialisées : chirurgie, cardiologie, pédiatrie etc. Ces consultations s'adressent aux malades externes qui peuvent être hospitalisés si nécessaire.

L'hôpital pourrait alors jouer en partie son rôle de centre national de référence si les structures intermédiaires jouaient pleinement leur rôle.

2.2.2. Les centres médicaux

Ils sont constitués par des dispensaires et des maternités et ont donc des activités de soins curatifs. Le centre médical est dirigé par un médecin.

2.2.3. Les C.S.P.S.

Ils sont constitués d'un dispensaire et d'une S.M.I (Santé Maternelle et Infantile). Les soins y sont préventifs et curatifs.

2.2.4. Les dispensaires

Ils dispensent des soins curatifs

2.2.5. Les P.S.P

Ils sont tenus par des A.S.C. (Agent de Santé Communautaire) qui dispensent des soins curatifs élémentaires.

Un projet de médecine communautaire dans la province du Kadiogo financé par la coopération Italienne s'est penché sur le problème et s'est fixé comme objectif général l'amélioration des conditions de santé de la province par le renforcement des structures de la ville de Ouagadougou.

Les objectifs intermédiaires sont :

- 1/ Réorganisation d'un réseau sanitaire,
- 2/ Amélioration de la qualité des services,
- 3/ Mise en place d'un plan de recouvrement des coûts et de gestion des ressources.

A l'étape actuelle de la réalisation du programme, des agents de santé communautaires ont été recrutés dans les différents secteurs, et ont pour fonction des activités, d'animation, de sensibilisation, d'éducation pour la santé et de collecte des données de base. Certaines formations ont bénéficié d'une rénovation des structures avec rééquipement.

Le centre de Kossodo a été transformé en CM dirigé par un médecin. Ce C.M comprend un dispensaire, une maternité, un laboratoire, une salle d'observation de malades équipée de six lits et un dépôt pharmaceutique.

V - METHODOLOGIE

1 - Cadre de l'étude

L'étude a été menée dans le service de pédiatrie de l'hôpital Yalgado

1.1 - Les locaux

Le service compte 2 pavillons:

- la pédiatrie I qui a 60 lits d'hospitalisation
- la pédiatrie II qui a 80 lits d'hospitalisation

Le service a donc une capacité totale d'accueil de 140 lits.

1.2 - Le personnel (au moment de l'étude)

1.2.1 - Le personnel médical

Il est composé de 4 médecins

- 2 pédiatres pour la pédiatrie I
- 1 pédiatre et un omnipraticien pour la pédiatrie II

1.2.2 - Le personnel paramédical

En pédiatrie I , il se compose de :

- 3 infirmières d'état,
- 1 infirmière brevetée spécialiste,
- 5 infirmières brevetées

En pédiatrie II, il se compose de :

- 2 puéricultrices
- 6 infirmières d'état
- 4 infirmières brevetées

2. Protocole

2.1. Echantillonnage

Notre échantillon comprend les enfants admis en pédiatrie durant un mois. Nous avons utilisé la méthode non probabiliste qui est l'échantillonnage accidentel. Tout enfant sans distinction de sexe, ni d'âge hospitalisé en pédiatrie pendant la période du 03/10/89 au 04/11/1989 est considéré comme un cas potentiel entrant dans l'étude. Nous avons obtenu ainsi un échantillon de 500 cas.

2.2. Techniques

2.2.1. L'enquête

La technique utilisée est celle de l'enquête transversale des cas. Nous avons élaboré à cet effet une fiche d'enquête individuelle sur micro-ordinateur à l'aide d'un logiciel pour enquêtes épidémiologiques "épidémio" conçu par Bernard DUFLO.

2.2.2. la collecte des données

Elle s'est effectuée tous les jours sans interruption matin et soir du 03/10/1989 au 04/11/1989. Nous avons pu ainsi recruter en moyenne 15 cas hospitalisés par jour. Durant cette période le service est resté pratiquement surchargé en permanence. A titre indicatif : voir tableau n° 1 ci-après p. 21.

La collecte des données s'est faite en 2 temps pour chaque cas.

- Dans un 1er temps le recueil des données anamnestiques et l'examen clinique du malade conduisant à un diagnostic présomptif.
- Dans un 2nd temps l'interview de la personne accompagnant le malade pour le recueil des autres paramètres.

2.3. Les paramètres recueillis (cf fiche d'enquête publiée en annexe).

2.3.1. Les paramètres classiques

- sexe
- âge
- catégorie socio-professionnelle des parents
- lieu de résidence

2.3.2. Autres paramètres recueillis

- le lieu de consultation
- le traitement reçu avant l'hospitalisation
- le temps d'attente et l'accueil au dispensaire
- pratique de prophylaxie antipalustre
- etc.

2.4. Le pré-test

Avant de commencer la collecte des données, nous avons fait un pré-test dans le service de pédiatrie de l'hôpital Yalgado avec un échantillon de 10 cas. Ce pré-test a permis de voir la faisabilité de l'enquête et d'apporter des aménagements à la fiche d'enquête.

2.5. Limites et biais de la méthode

2.5.1 Le Diagnostic

Le diagnostic posé n'est pas un diagnostic de certitude mais un diagnostic de présomption, si bien qu'il faut tenir compte d'un pourcentage de faux diagnostics.

2.5.2. La période de l'Enquête

Le fait que l'enquête soit menée pendant un mois introduit un biais majeur dans l'étude car ne prenant pas en compte les variations des cas de figure au cours de l'année.

2.6. Traitements des résultats

La saisie et le traitement des résultats ont été réalisés par l'auteur sur micro-ordinateur.

T A B L E A U N ° 1

**NOMBRE D'HOSPITALISES PAR JOUR AU MOIS D'OCTOBRE 1989 PAR RAPPORT A
LA CAPACITE D'ACCUEIL DU SERVICE (140 LITS)**

DATE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
NOMBRE D'HOSPITALISES	162	170	160	163	165	158	136	147	153	143	135	128	134	146	149	
SURPLUS	22	30	20	23	25	18	- 4	7	13	3	- 5	-12	- 6	6	9	
DATE	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
NOMBRE D'HOSPITALISES	175	151	154	149	144	145	163	173	163	162	151	148	141	153	158	151
SURPLUS	35	11	14	9	4	5	23	33	23	22	11	8	1	13	18	11

VI - RESULTATS - COMMENTAIRES

1 - Présentation de la population enquêtée

1.1. Répartition des cas selon le sexe

Des 500 cas, nous avons 278 cas (55,6 %) de sexe masculin contre 222 cas (44,4 %) de sexe féminin. En faisant une comparaison relative avec la population des jeunes de 0 à 14 ans de la province du Kadiogo où il y a une légère prédominance féminine (100.443 filles et 98.802 garçons) nous constatons que les garçons sont plus souvent hospitalisés que les filles

$$X^2 = 6,979 \quad \text{ddl} = 1 \quad P < 0,01.$$

Le test du chi-deux nous permet d'observer que la différence est très significative. Cette sur-représentation des garçons dans l'hospitalisation a déjà été notée ailleurs par d'autres auteurs. J.L. CHARIERAS et al [3] à Tananarive trouvent 54,5 % de garçons et 45,5 % de filles. Thérèse LOCOH [8] à Lomé trouve 61 % de garçons et 39 % de filles. BENON [2] à Ouagadougou trouve 54 % de garçons contre 46 % de filles. Selon ce dernier cette sur-représentation des garçons dans l'hospitalisation pourrait s'expliquer par la plus grande importance qu'accordent les parents aux garçons par rapport aux filles, ceux-ci se préoccupant plus de la santé des garçons que de celle des filles.

1.2. Répartition des cas selon l'âge

- 106 cas (21,2 %) ont moins d'un an
- 115 cas (23 %) ont leur âge compris entre 1 et 2 ans.
- 279 cas (55,8 %) ont plus de 2 ans.

1.3. Origine géographique des cas d'hospitalisés.

(cf fig 4 et 5)

● 26 cas soit seulement 5,2 % de l'effectif total ne sont pas originaires de la province du Kadiogo.

- 11 cas sont venus de la province de Bazéga.
- 3 " " d' Oubritenga
- 2 " " Bam
- 2 " " Nahouri
- 2 " " Passoré
- 2 " " Kouritenga
- 1 cas est venu de la province de la Gnagna
- 1 " " Boulkiemdé
- 1 " " Sourou
- 1 " " Mouhoun

● 474 cas soit 94,8 % de l'effectif total sont originaires de la province du Kadiogo et se répartissent comme suit :

- Commune de Baskuy 146 cas (29,2 %)
- Commune de Bogodogo 129 cas (25,8 %)
- Commune de Boulmiougou 94 cas (18,8 %)
- Commune de Nongremaason 79 cas (15,8 %)
- Commune de signonghin 26 cas (5,2 %)

Aucun texte ne délimitant sa zone de responsabilité, l'hôpital Yalgado dessert théoriquement 23 provinces (cf fig N°4). La population des jeunes de 0 à 14 ans du Kadiogo est de 199.245 habitants et celle des 22 autres provinces est de 2.577.288 habitants.

Le calcul des effectifs théoriques attendus en fonction des populations de 0 à 14 ans de la province du Kadiogo et des 22 autres provinces nous donne 36 hospitalisés pour le Kadiogo et 464 hospitalisés pour les autres provinces.

Le calcul des fréquences d'hospitalisations des enfants du Kadiogo et ceux des 22 autres provinces nous donne 230/100.000 pour le Kadiogo contre 1/100.000 pour les autres provinces.

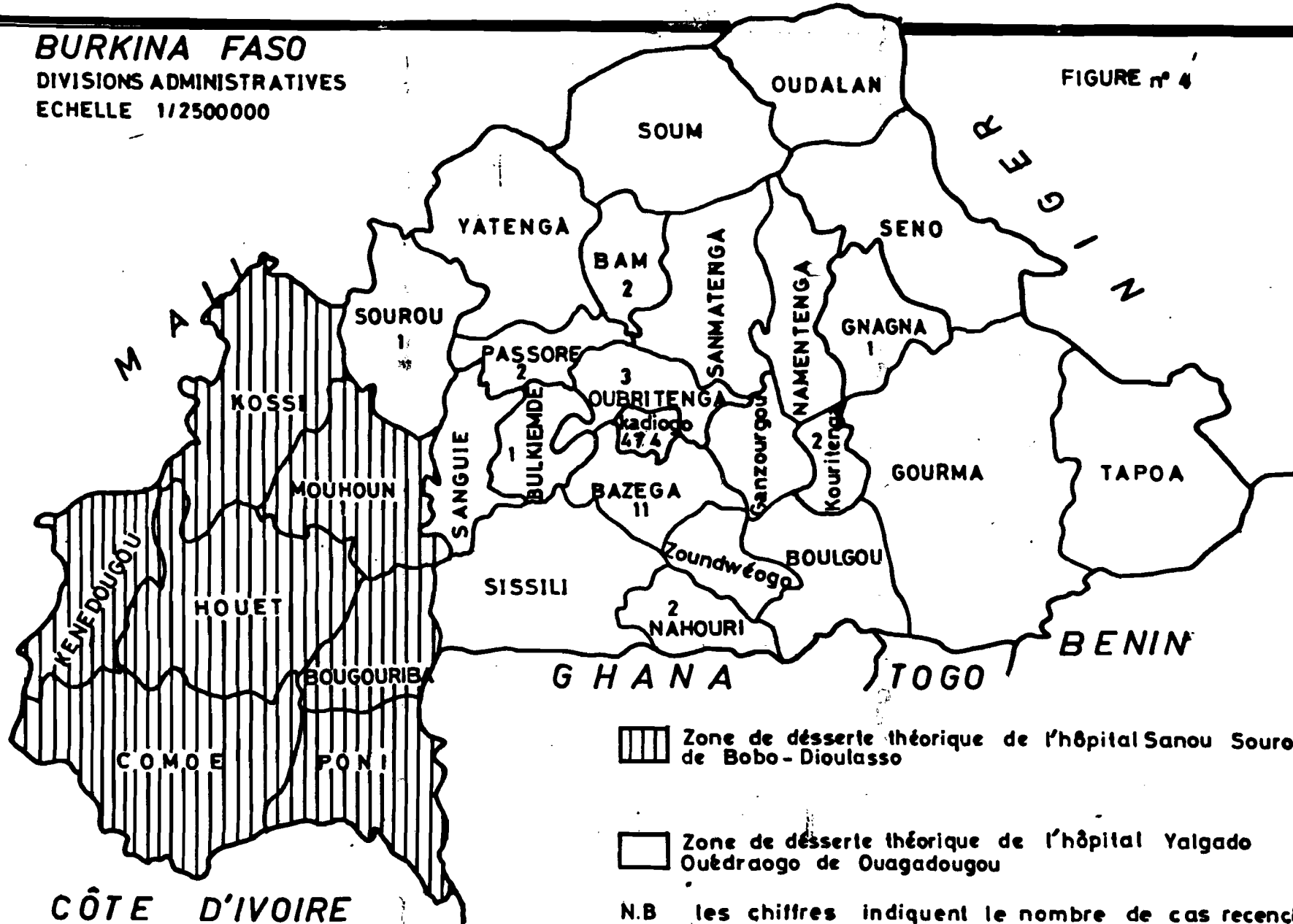
L'enfant du Kadiogo a 230 fois plus de chances d'être hospitalisé que celui des autres provinces !

BURKINA FASO

DIVISIONS ADMINISTRATIVES

ECHELLE 1/2500000

FIGURE n° 4



REPARTITION DES CAS SELON L'ORIGINE GEOGRAPHIQUE

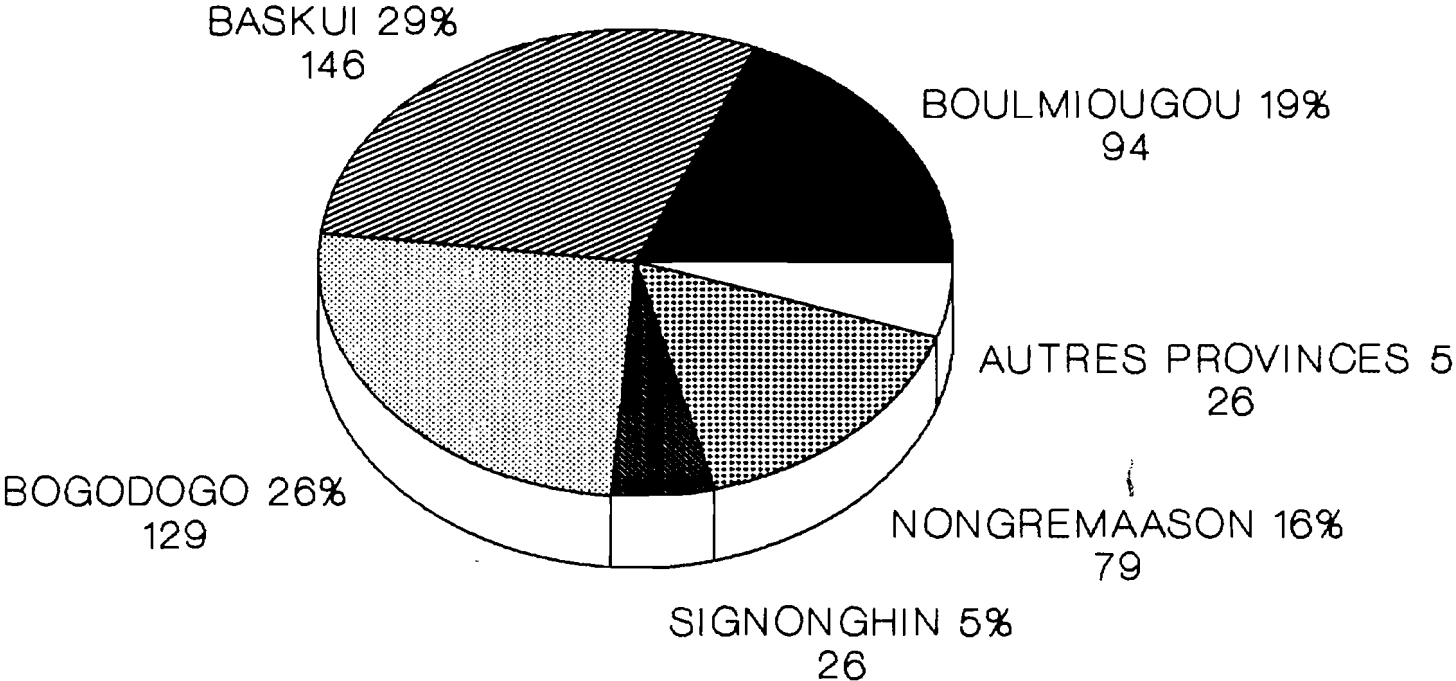


Figure No 5

Cette différence appréciable avec les effectifs réels observés montre de façon explicite la sur-représentation massive des enfants du Kadiogo par rapport à ceux des autres provinces. Cette situation loin d'être normale prouve que le service de pédiatrie de l'hôpital Yalgado n'est autre chose qu'un service destiné aux seuls enfants du Kadiogo. Cet état des choses met en exergue l'inégalité des chances d'accès aux soins de l'hôpital de référence.

2 - Diagnostic des cas enquêtés (cf fig 6)

L'analyse descriptive des diagnostics des cas hospitalisés nous donne les résultats suivants :

- les cas d'accès palustres viennent en tête avec 247 cas soit 49,4% des cas enquêtés. Le diagnostic d'accès palustre est posé devant les signes suivants : une hyperthermie $> 38^{\circ}\text{C}$ accompagnée ou non de troubles digestifs à type de diarrhée, vomissements avec inconstamment l'existence d'une hépato-splénomégalie

- les cas de neuropaludisme viennent en seconde position avec 88 cas soit 17,6 % des cas enquêtés.

Le diagnostic de neuropaludisme est posé devant l'association

hyperthermie $> 39^{\circ}\text{C}$ et troubles neurologiques à type de crises convulsives, obnubilation ou coma profond, troubles du tonus (hypotonie ou hypertonie). Une méningite purulente est éliminée en faisant une ponction lombaire qui ramène un LCR clair.

Dans les 2 cas (accès palustre et neuropaludisme) la goutte épaisse-frottis sanguin fait en urgence confirme le diagnostic quand il est positif mais, ne l'infirme pas dans le cas contraire car certains enfants ont reçu des médications antipalustres qui peuvent le négativer, ou dans les cas de neuropaludisme la localisation exclusive des parasites au niveau des vaisseaux cérébraux explique cette négativité.

- Après ces cas, la classe "autres diagnostics" occupe la 3ème place avec 63 cas soit 12,6 % des cas enquêtés. Sont rangées dans cette catégorie :

- . les anémies (la plupart sont des anémies hémolytiques survenant lors des accès palustres et nécessitant une transfusion sanguine).

- . les crises drépanocytaires

- . les crises d'asthme

- . les suspicions de fièvre typhoïde

- . les cardiopathies

- . les hyperthermie au long cours, etc.

- le 4ème rang est occupé par les infections respiratoires basses. Ce sont les bronchites aiguës, les pneumopathies et les broncho-pneumopathies aiguës. Ces infections respiratoires basses se manifestent en général par une toux, de la fièvre, des troubles digestifs inconstants à type de diarrhée-vomissements.

A l'examen pleuro-pulmonaire, on note des râles bronchiques dans les bronchites, des râles crépitants dans les pneumopathies et les deux dans les broncho-pneumopathies.

- La malnutrition vient en 5ème position avec 18 cas soit 3,6 % des cas enquêtés. Il s'agit de malnutrition protéino-calorique avec amaigrissement, fonte musculaire, oedèmes et cheveux frisés.

- les cas de diarrhée avec déshydratation sont en 6ème position. Ce sont des cas qui présentent une diarrhée aiguë avec un important pli cutané abdominal de déshydratation. 17 cas ont été recensés soit 3,4 % du total des cas enquêtés.

- les intoxications occupent la 7ème place avec 13 cas soit 2,6 % de l'effectif total. Il s'agit de 12 cas d'intoxication au pétrole dont une fut létale et une intoxication médicamenteuse à une benzodiazépine (lexomil*)

- en 8ème position arrivent les cas de diarrhée simple. Ce sont 9 cas soit 1,8% de l'effectif total qui présentaient une diarrhée isolée sans autre signe.

- la dernière place est occupée par 2 cas (soit 0,4 % des cas enquêtés) d'infection respiratoire haute à type de rhinopharyngite. Ils sont été diagnostiqués devant un corryza avec fièvre et une rougeur diffuse du pharynx.

Il est à noter qu'aucun cas de rougeole n'a été enregistré. Ce constat est lié à la période pendant laquelle a été menée l'étude, c'est à dire en début de saison sèche ou les cas de rougeole sont exceptionnels

REPARTITION DES CAS SELON LE DIAGNOSTIC

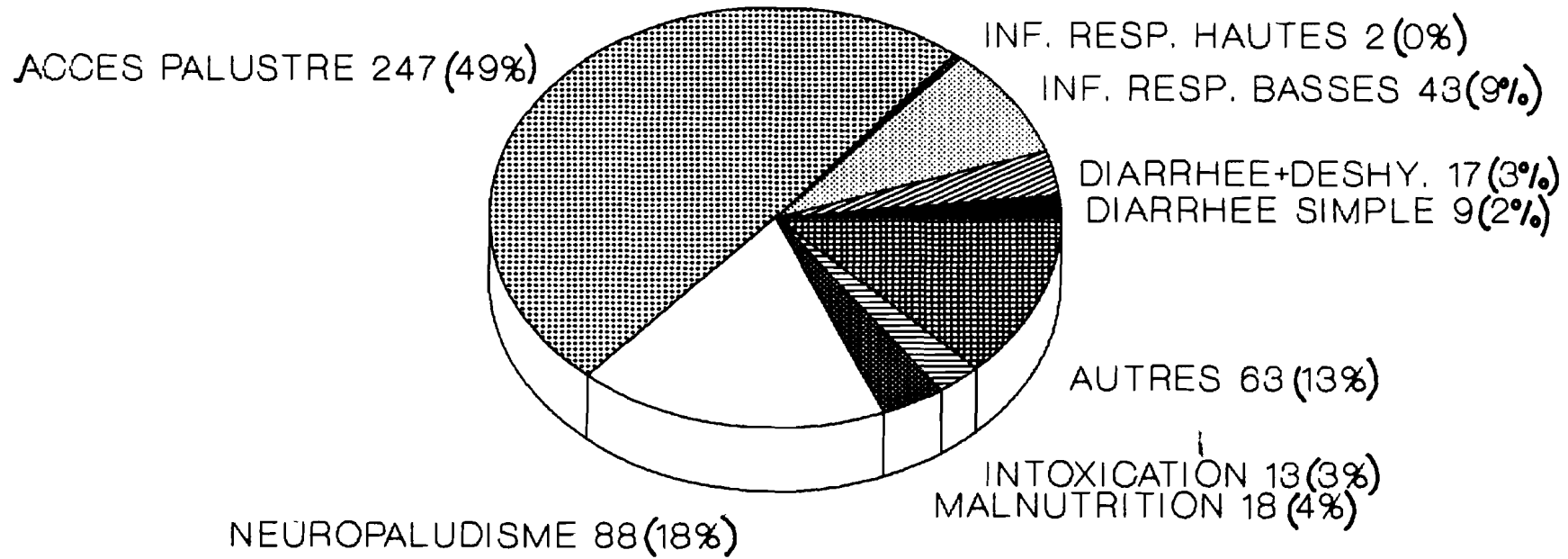


Figure No 6

3. Les antécédents médicaux

(en termes d'hospitalisation cf fig 7)

Cette variable vise à savoir si les cas hospitalisés ont déjà séjourné à l'hôpital.

- 429 cas soit 85,8 % des cas enquêtés étaient à leur 1ère hospitalisation ce qui signifie que plus de 4/5 des cas hospitalisés étaient de nouveaux malades du service.

- 54 cas soit 10,8 % de l'échantillon étaient à leur 2ème hospitalisation.

- 10 cas soit 2 % de l'effectif total étaient à leur 3ème hospitalisation.

- 7 cas soit 1,4 % de l'effectif total avaient déjà séjourné plus de 2 fois à l'hôpital.

Nous avons posé un certain nombre de questions visant à reconstituer l'itinéraire thérapeutique des malades observés. En effet, il était important d'apprécier dans quelle mesure l'arrivée dans cette structure de 3ème ligne qu'est le service de pédiatrie de Yalgado avait été précédé d'un passage par les structures périphériques et quelle avait été la qualité de la prise en charge dans ces structures.

REPARTITION DES CAS SELON LES ANTECEDENTS MEDICAUX

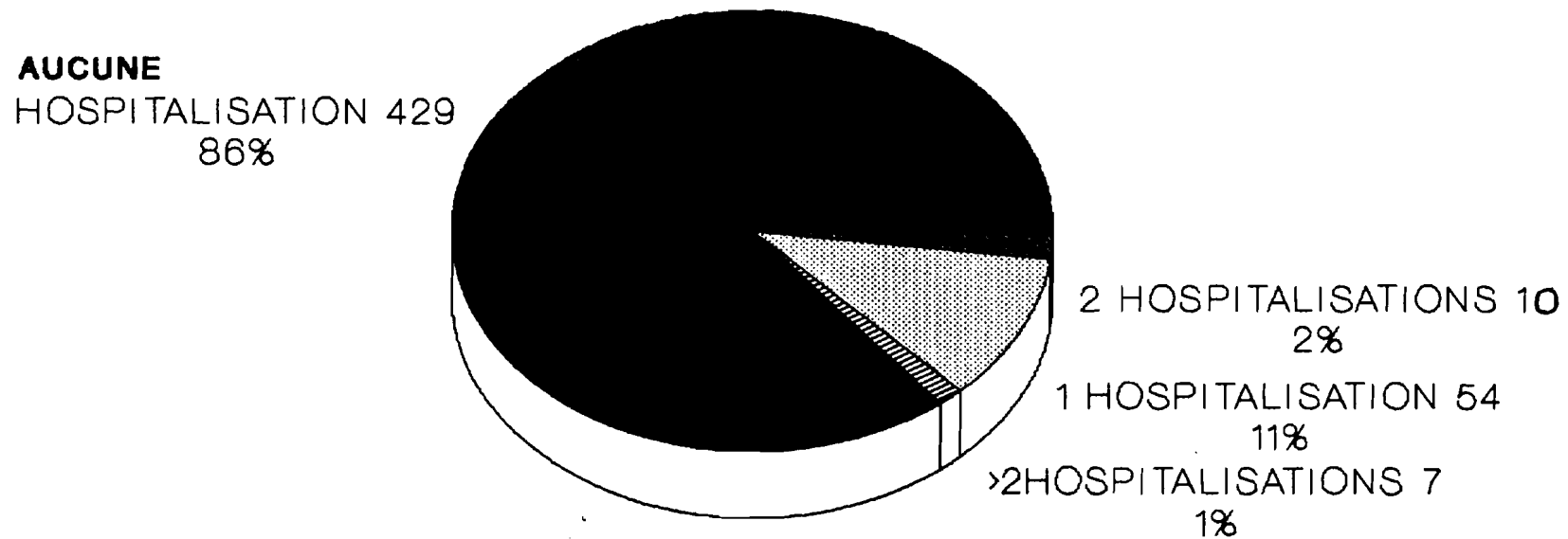


Figure No 7

4. Les lieux de consultation avant hospitalisation

4.1. 1er lieu de consultation (cf fig 8)

- 275 cas soit 55 % de l'échantillon ont consulté en 1ère intention un service de santé périphérique.

- 142 cas (28,4) ont eu recours à l'automédication en 1ère intention. Ce qui représente un taux assez important.

- 53 cas (10,6%) se sont adressés directement à l'hôpital.

- 17 cas (3,4%) ont été vus par un agent de la santé à titre privé (par un parent ou un voisin).

- 6 cas (1,2%) ont consulté dans un cabinet de soins médicaux.

- 5 cas (1%) ont fait recours aux tradipraticiens

- 2 cas (0,4%) ont consulté des personnes non qualifiées.

4.2. Autre lieu consulté avant l'hospitalisation (cf fig 9)

Cette variable vise à savoir si les patients consultent plusieurs structures intermédiaires avant d'être hospitalisés.

- 167 enfants malades soit 33,4% des cas enquêtés ont transité dans un service de santé périphérique en seconde intention avant de se retrouver à l'hôpital.

- 11 enfants soit 2,2% de l'échantillon ont été vus en seconde consultation par un tradipraticien

- 9 enfants malades soit 1,8 % des cas enquêtés se sont adressés à un cabinet de soins médicaux en seconde consultation.

- 313 cas soit 63,6% de l'échantillon n'ont pas eu recours à un second lieu de consultation.

Dans ces 313 cas se trouvent les 53 cas qui sont venus directement à l'hôpital en première consultation. Ces résultats nous montrent qu'1/3 des cas ont consulté dans une formation sanitaire périphérique en deuxième intention.

REAPTITION DES CAS SELON LE PREMIER LIEU DE CONSULTATION

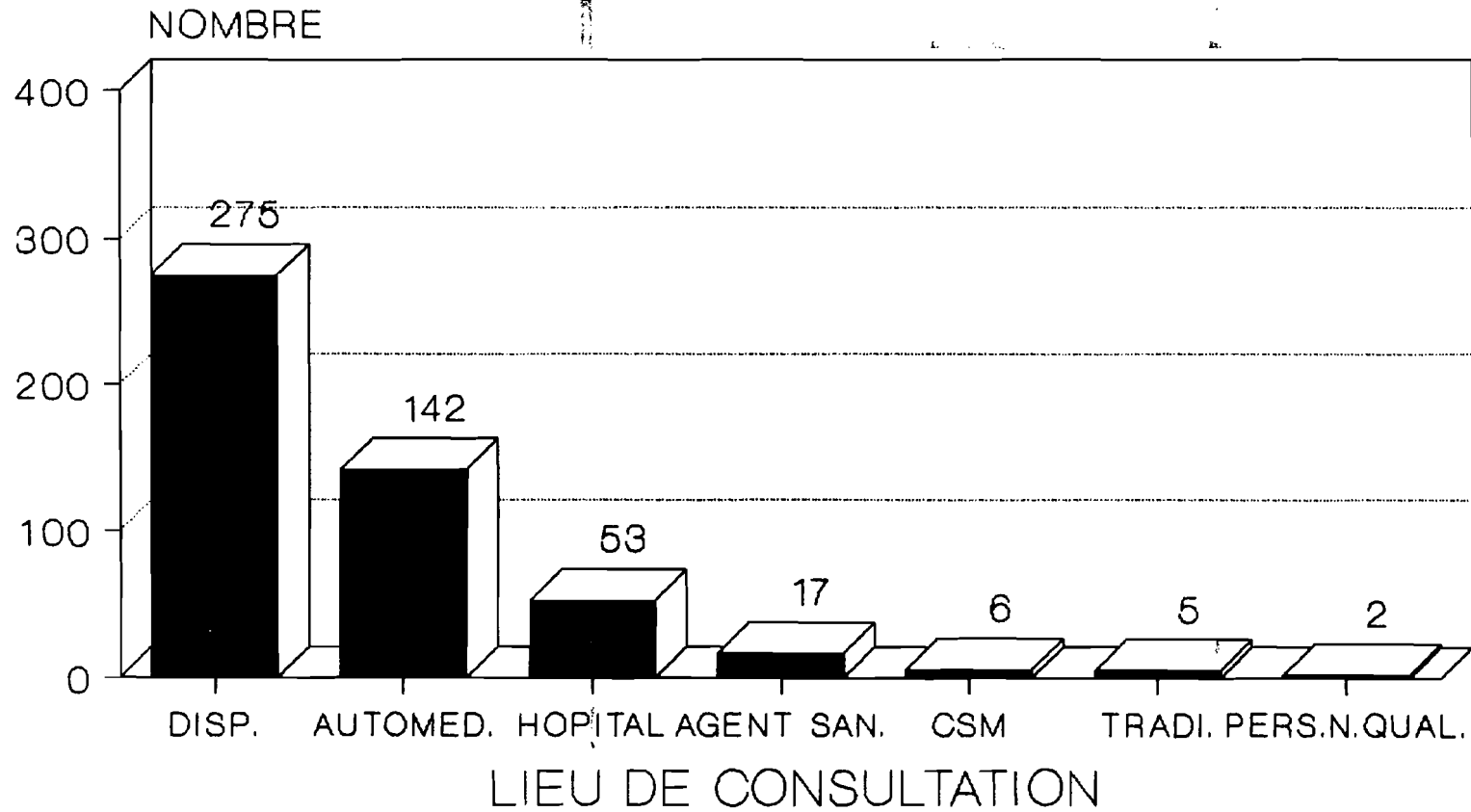


Figure No 8

REPARTITION DES CAS SELON LE SECOND LIEU DE CONSULTATION

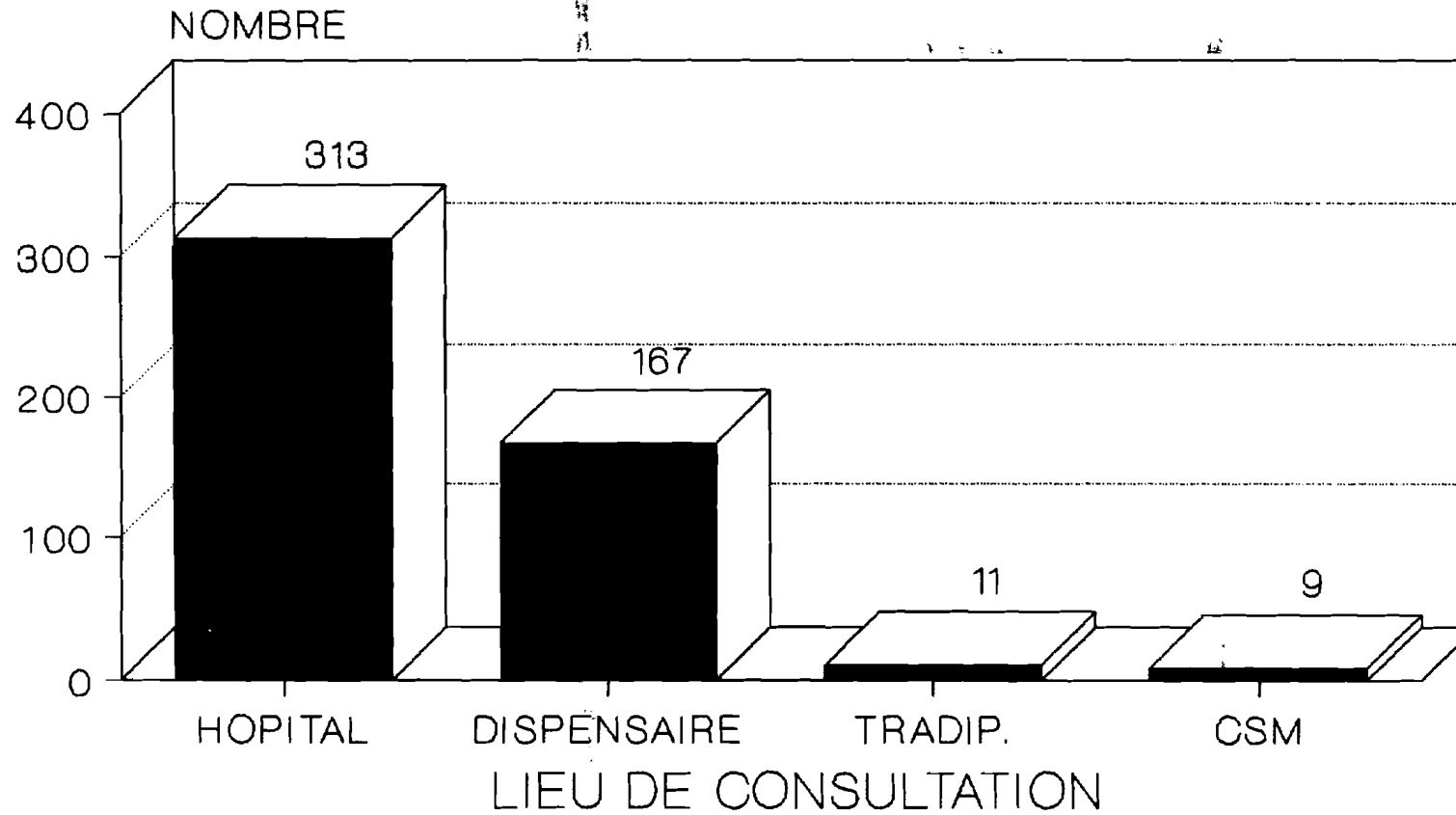


Figure No 9

5. Le traitement reçu lors du 1er lieu de consultation (cf fig 10)

Nous avons repertorié un certain nombre de types de médicaments en fonction des pathologies les plus couramment rencontrées.

- L'association médicamenteuse antipaludéen - antipyrétique est la plus fréquente avec 167 cas (soit 33,44%).

Les antipaludéens utilisés sont en général de la chloroquine (nivaquine*) de la quinine (quinimax*) et de l'amodiaquine (flavoquine*).

Les antipyrétiques utilisés sont essentiellement de l'acide acétyl salicylique (aspirine*) et ses dérivés et du paracétamol (doliprane*).

- L'administration isolée d'un antipaludéen vient en seconde position avec 92 cas soit 18,4% des cas enquêtés.

- 91 (18,2%) enfants enquêtés n'ont reçu aucun traitement avant l'hospitalisation

- 82 cas (soit 16,4 %) ont reçu un traitement avant l'hospitalisation dont la nature n'a pu être précisée. Ce sont en général les enfants qui arrivent à l'hôpital sans carnet de soins.

- 23 cas (4,6%) ont reçu un antipyrétique isolé.

- 17 cas (3,4%) ont reçu un antidiarrhéique

- 9 cas (1,8%) ont reçu d'autres médicaments que ceux sus-cités.

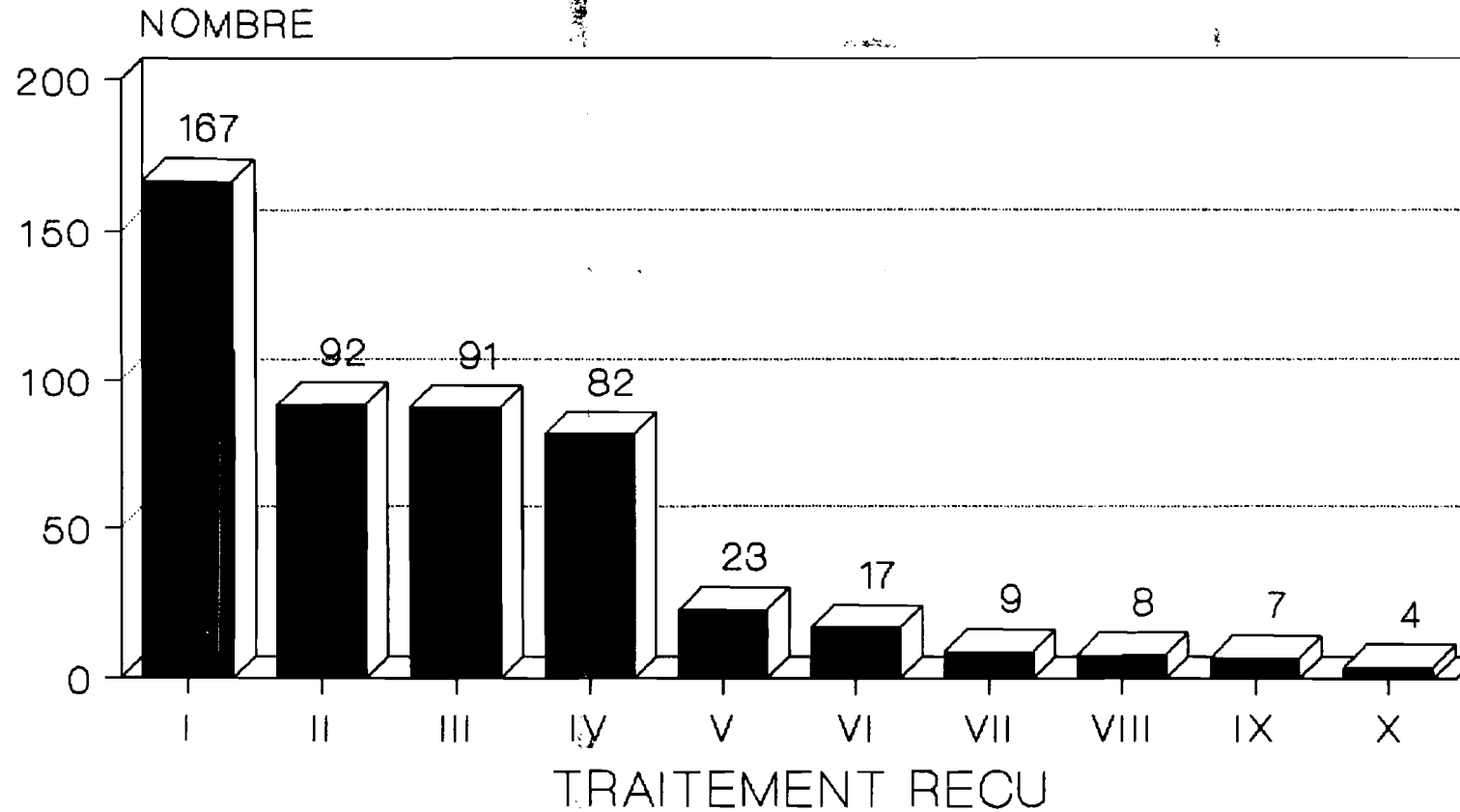
Ce sont essentiellement des anticonvulsivants (diazépam ou phénobarbital) des corticoïdes, des antiémétiques.

- 8 cas (1,6%) ont reçu un antibiotique isolément.

- 7 cas (1,4%) ont reçu un antitussif isolément.

- 4 cas (0,8%) ont reçu un antibiotique associé à un antitussif

REPARTITION DES CAS SELON LE TRAITEMENT RECU



I.-APAL+APYR	IV.-NON DET	VII.-AUTRES	X.-ATUSS+AB
II.-ANTIPAL	V.-ANTIPYR	VIII.-ANTIBIO	
III.-LAUC TTT	VI.-ANTI DIAR	IX.-ANTITUSS	

Figure No 10

De ces résultats il ressort donc que de la moitié des traitements reçus était de nature antipalustre soit par l'administration d'une association antipaludéen - antipyrétique, soit par l'administration d'un antipaludéen seul.

6. Origine des médicaments reçus (cf fig 11)

Cette variable vise à déterminer l'état d'équipement des formations sanitaires périphériques en médicaments.

- 83 cas (16,6 %) ont bénéficié de médicaments disponibles dans les services de santé où ils ont consulté.

- Les 417 autres cas regroupent ceux qui ont eu recours à l'automédication, ceux qui ont consulté directement à l'hôpital et certains qui sont passés dans les formations sanitaires périphériques ou dans d'autres structures (cabinet de soins médicaux traditionnels).

Dans cette 2ème catégorie la plupart des médicaments ont été achetés.

REPARTITION DES CAS SELON L'ORIGINE DES MEDICAMENTS ADMINISTRES

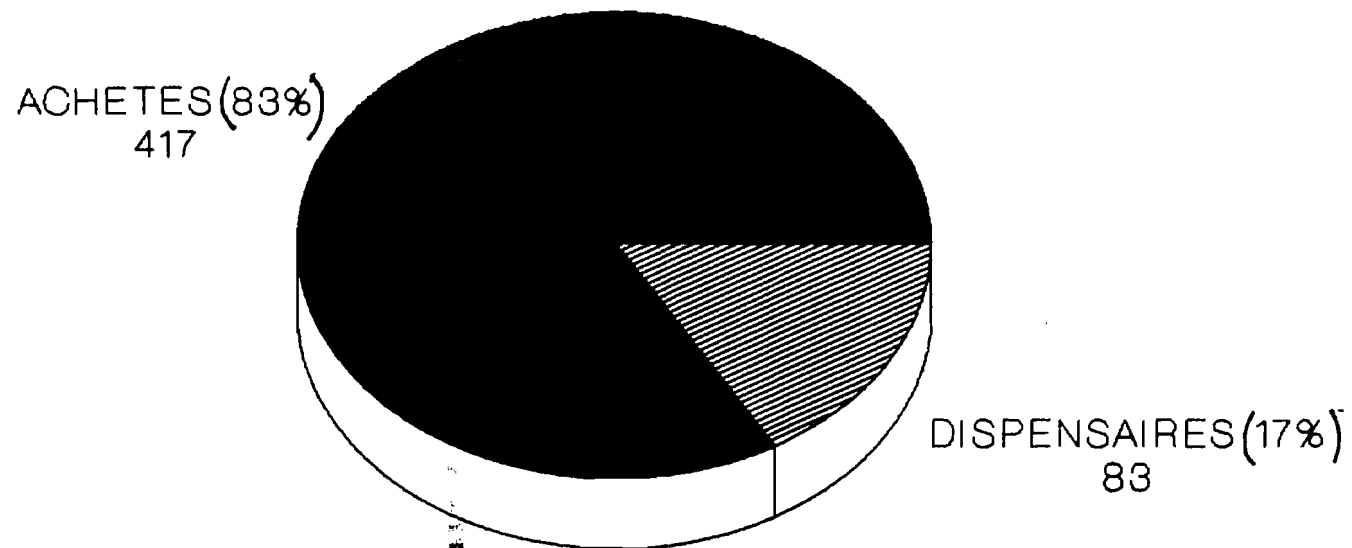


Figure No 11

7. Accessibilité des malades aux formations sanitaires périphériques.

7.1. Le temps d'attente au niveau du service de santé (cf fig 12)

Nous avons voulu savoir par cette variable l'accessibilité des enfants malades aux premiers soins en termes de temps d'attente au niveau de la formation sanitaire.

Il faut souligner que le faible niveau d'éducation de certaines personnes interviewées a pu biaisé les résultats de cette variable.

- 393 personnes interrogées sont passées par une formation sanitaire périphérique.

- 225 personnes soit 57,3% de personnes interrogées estiment avoir attendu moins de 30 mn avant d'être vues par un agent de la santé.

- 78 personnes (19,8%) ont attendu entre 30 et 60 mn.

- 37 personnes (9,4%) ont attendu entre 60 et 90 mn

- 12 personnes (3,1%) ont attendu entre 90 et 120 mn.

- 41 personnes (10,4%) ont attendu plus de 2 heures.

Ces résultats nous font penser que l'attente au niveau des services de santé périphériques est acceptable.

REPARTITION DES CAS SELON LE TEMPS D'ATTENTE DANS LES SERVICES DE SANTE PERIPHERIQUES

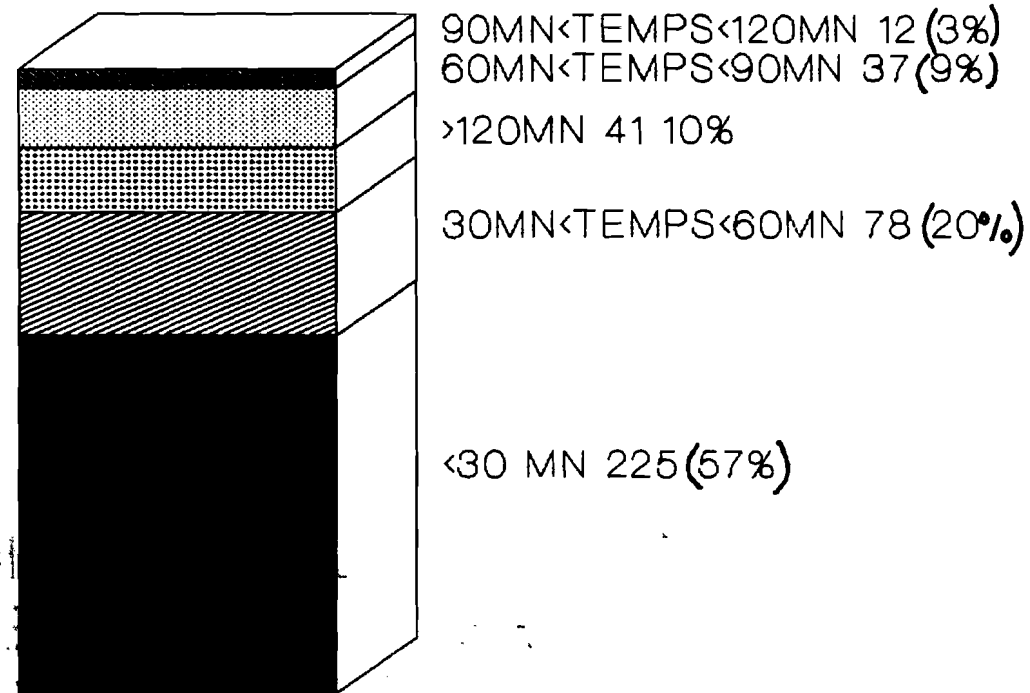
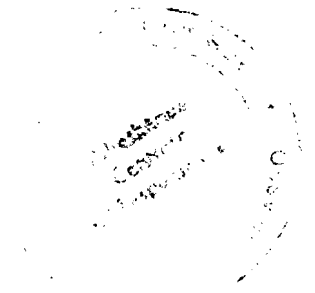


Figure No 12

7.2. L'accueil au niveau des formations sanitaires périphériques (cf fig 13)

Cette variable vise à recueillir les différentes opinions des personnes interviewées sur la qualité des soins au niveau des formations sanitaires périphériques.

Bien entendu le fait que ces personnes aient été interrogées par un agent de la santé a pu influencer les réponses recueillies.

- 324 personnes soit 82,4% des personnes enquêtées estiment avoir été bien accueillies.

- 21 personnes soit (5,3%) pensent avoir été assez bien accueillies.

- 29 personnes (7,4%) avouent avoir été mal accueillies.

- 19 personnes (4,8%) n'ont aucune opinion à donner.

4/5 des personnes enquêtés ont donc une bonne opinion sur les formations sanitaires périphériques ce qui est en concordance avec la bonne fréquentation de celles-ci.

REPARTITION DES CAS SELON L'ACCUEIL DANS LES SERVICES DE SANTE PERIPHERIQUES

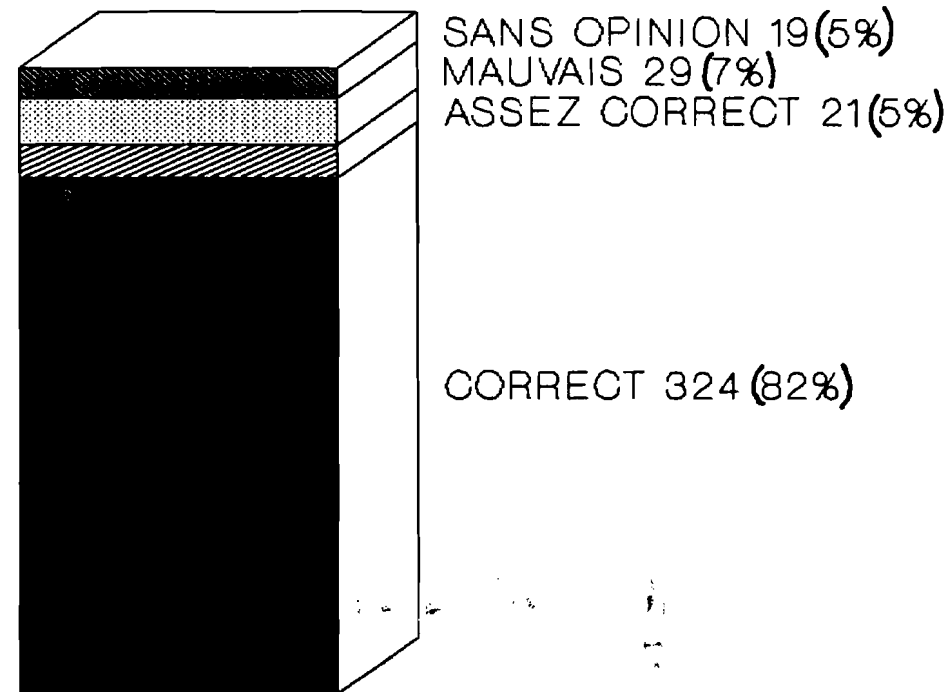


Figure No 13

8. La convergence des malades vers les formations sanitaires périphériques

Tableau N° 2 : TABLEAU CROISE DU 1er LIEU DE CONSULTATION PAR AUTRE LIEU CONSULTE

AUTRE LIEU 1er LIEU	TRADIP	DISP	CSM	AUC LIEU	TOTAL
TRADIP	0	5	0	0	5
DISP	9	49	3	214	275
CSM	1	2	0	3	6
AGENT SAN	0	5	0	12	17
P N QUAL	0	2	0	0	2
HOPITAL	0	0	0	53	53
AUTOMEDIC	1	104	6	31	142
TOTAL	11	167	9	313	500

Le tableau N°2 nous fait remarquer que 49 enfants ont consulté dans deux centres sanitaires périphériques avant d'être orientés vers l'hôpital.

Après échec à leurs pratiques automédicatives 104 cas soit 73% de ceux qui ont subi l'automédication ont consulté en 2^{ème} lieu une formation sanitaire périphérique.

Au total 80 % des cas recensés ont transité dans un service de santé périphérique. Il y a donc une fréquentation appréciable de ces services. **Ce constat nous amène à nous demander pourquoi avec une fréquentation aussi satisfaisante des formations périphériques nous observons un encombrement du service de pédiatrie par des cas bénins. Pourquoi y a t-il convergence des malades vers ces formations et pas "d'endiguement" des cas bénins à ce niveau.**

9: L'adéquation du traitement reçu par rapport au diagnostic posé

**TABLEAU N° 3 - TABLEAU CROISE DU DIAGNOSTIC PAR
LE TRAITEMENT REÇU**

TTT Diagnostic	ANTI DIAR	ANTI TUSS	ANTI PYR	ANTI BIO	ANTI PAL	AUTRES	NON DET	A TUSS +AB	APAL + APYR	AUC TTT	TOTAL
DIAR S	3	0	0	0	1	1	1	0	0	3	9
DIAR D	3	1	0	0	5	0	6	0	0	2	17
I RESP H	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2
I RESP B	1	5	2	0	3	2	8	3	11	8	43
PALUS	5	0	15	2	50	3	33	0	112	27	247
NEURO PAL	0	0	3	0	23	2	15	0	25	20	88
ROUGEOLE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MALNUT	4	0	0	2	2	0	9	1	0	0	18
INTOX	0	0	0	0	0	1	0	0	0	12	13
AUTRE	1	1	3	3	8	0	10	0	19	18	63
TOTAL	17	7	23	8	92	9	82	4	167	91	500

En observant le tableau n°3 nous nous rendons compte que 112 cas (45,3 % des cas d'accès palustres) ont eu un traitement étiologique et symptomatique par l'association antipaludéen-antipyrétique.

Notons qu'il est important de traiter symptomatiquement la fièvre chez l'enfant pour prévenir les crises convulsives hyperpyrétiques.

- 50 cas (20,2 %) ont reçu un antipaludéen isolé.

On peut donc estimer que 65,5 % des cas d'accès palustres ont reçu un traitement étiologique.

Les autres cas restants ont reçu différentes médications allant de l'anti-diarrhéique à l'antipyrétique.

Dans les cas de neuropaludisme 20 cas (22,7% des cas de neuropaludisme) ont été recrutés sans aucun traitement avant l'hospitalisation. Ce sont les cas où la maladie s'est installée d'emblée avec des crises convulsives. Dans les autres cas où la maladie a été secondaire à des accès simples mal traités 48 cas (44,5%) ont bénéficié d'un traitement étiologique.

Si dans la majeure partie des cas de paludisme, le traitement est étiologique, il n'en est pas de même dans les cas d'infections respiratoires basses où seulement 3 cas (7 % des infections respiratoires basses) ont reçu un traitement étiologique et symptomatique à base d'antibiotiques et d'antitussifs.

Les autres cas (93 %) ont reçu soit un autre traitement soit un traitement non déterminé ou aucun traitement.

- Pour les diarrhées simples 3 cas sur 9 soit (33,3 %) ont reçu un antidiarrhéique.

- Pour les diarrhées avec déshydratation 3 cas sur 17 (17,6 %) ont reçu un antidiarrhéique

10. Le lieu de consultation et le traitement reçu.

TABLEAU N° 4 - TABLEAU CROISE DU LIEU DE CONSULTATION PAR LE TRAITEMENT REÇU

TTT L.C	ANTI DIAR	ANTI TUSS	ANTI PYR	ANTI BIO	ANTI PAL	AUTRES	NON DET	A TUSS + AB	APAL + APYR	AUC TTT	TOTAL
TRADIP	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	5
DISP	14	4	2	7	56	6	70	4	74	38	275
CSM	1	0	0	1	1	0	1	0	2	0	6
AGENT SAN	0	2	0	0	7	0	3	0	5	0	17
PNQUAL	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	?
HOPITAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	53	53
AUTOMEDIC	2	1	21	0	28	2	3	0	85	0	142
TOTAL	17	7	23	8	92	9	82	4	167	91	500

L.C. = Lieu de Consultation

Le tableau n°4 nous permet de voir la nature des médicaments administrés lors de l'automédication.

21 cas (soit 91,3% de ceux qui ont reçu un antipyrétique) ont reçu un antipyrétique en cas de fièvre à visée symptomatique. 85 cas (59,9% de ceux qui ont subi l'automédication) ont reçu un antipaludéen associé à un antipyrétique.

Au niveau des dispensaires les traitements sont diversifiés mais on remarque que près de 50 % des traitements sont antipalustres soit avec une association antipyrétique-antipaludéen soit avec un antipaludéen seul.

11 . La catégorie socio-professionnelle et le lieu de consultation

**TABLEAU N° 5 - TABLEAU CROISE DE LA PROFESSION DU PERE
PAR LE LIEU DE CONSULTATION**

L.C. Profession	TRADIP	DISP	CSM	AGENT SAN	P N QUAL	HO- PITAL	AUTO MEDIC	TOTAL
INACTIF	0	24	0	0	0	2	10	36
PAYSAN	2	97	0	4	0	14	42	159
SECT INF	1	27	1	1	0	6	23	59
COMMER	0	28	2	5	0	7	13	55
OUVRIER	0	7	1	0	0	1	3	12
EMPLOYE	2	52	0	1	2	7	30	94
CADRE MOY	0	34	2	4	0	12	16	68
CADRE SUP	0	6	0	2	0	4	5	17
TOTAL	5	275	6	17	2	53	142	500

Le tableau N°5 nous permet de dire que l'appartenance à une catégorie socio-professionnelle donnée ne détermine pas le lieu de consultation.

Les tendances automédicatives se rencontrent dans toutes les couches sociales.

Aucun cadre supérieur, de même qu'aucun paysan et inactif n'ont consulté dans un CSM (Cabinet de Soins Médicaux).

12. La prophylaxie antipalustre.

Tableau N° 6 : Tableau de contingence de la prophylaxie antipalustre et du paludisme

Prophylaxie Paludisme	OUI	NON	TOTAL
MALADES	93	242	335
SAINS	51	114	165
TOTAL	144	356	500

$$X^2 = 0,395 \quad \text{ddl} = 1 \quad P > 0,50$$

La différence n'est pas significative.

Les enfants sont indifféremment atteints de paludisme qu'ils subissent une prophylaxie antipalustre ou non.

Des travaux antérieurs réalisés par l'OMS avaient donné le même résultat, ce qui avait conduit aux recommandations de préférer le traitement présomptif du paludisme pour tout accès fébrile au détriment de la chimioprophylaxie systématique.

Mais depuis quelques années on assiste à la recrudescence du paludisme grave, si bien que l'on peut se demander s'il s'agit d'une simple coïncidence ou d'une relation causale avec cette attitude péconisée par l'OMS.

KAPTUE [1] pose alors la question de savoir si la prophylaxie doit être réservée uniquement aux groupes à risque, à savoir :

- les enfants de moins de 5 ans
- les femmes enceintes
- les sujets qui ont une certaine immuno-déficiência ou bien s'il faut faire ce qui se faisait autrefois, c'est à dire une prophylaxie générale appliquée à toute la population. Le débat est ouvert et mérite que les chercheurs se penchent la-dessus afin de trouver une réponse satisfaisante.

13. La protection contre les moustiques

Tableau N°7 : Tableau de contingence de la protection contre les moustiques et du paludisme

Protection Paludisme	OUI	NON	TOTAL
MALADES	255	80	335
SAINS	113	52	165
TOTAL	368	132	500

$$X^2 = 2,969 \quad \text{ddl} = 1 \quad P < 0,10$$

La différence est significative

Les enfants qui ne sont pas protégés contre les moustiques sont plus enclins à développer un paludisme. Il s'agit ici de protection individuelle par utilisation de moustiquaires, d'insecticides ou de spirales fumigènes

Ces résultats montrent que , bien qu'aucune méthode ne soit infaillible, la protection individuelle contre les moustiques diminue les risques de contagion du paludisme.

VII - CARACTERISTIQUES DES HOSPITALISATIONS

1. Les hospitalisations justifiées

Des cas recensés, certaines hospitalisations étaient justifiées. Ce sont :

- les accès pernicieux : ce sont des cas qui mettent en jeu le pronostic vital de l'enfant et à ce titre nécessitent une bonne réanimation avec surveillance médicale.

- les intoxications : ce sont des cas dont on ne peut préjuger l'évolution et nécessitent donc une surveillance à l'hôpital.

- les malnutritions : ce sont des cas qu'il faut hospitaliser pour traiter une éventuelle affection médicale sous-jacente et ensuite les transférer au CREN (Centre de Récupération Nutritionnelle) où les mères apprendront à préparer des repas hyperprotidiques et hypercaloriques.

- les cas qui nécessitent des investigations poussées pour poser un diagnostic positif. Ce sont des cas classés dans la catégorie "autre".

- les infections respiratoires basses avec détresse respiratoire. Ces cas sont à hospitaliser car nécessitant une oxygénothérapie avec surveillance médicale.

- les diarrhées avec déshydratation. Ces cas sont à hospitaliser car nécessitant une réhydratation par voie veineuse

2. Les hospitalisations évitables

Elles regroupent plus de 50 % des cas recensés avec 49,4 % de cas d'accès palustres, 1,7 % de cas de diarrhée simple et les cas d'infections respiratoires sans détresse respiratoire.

2.1. Les accès palustres

A eux seuls ils représentent près de 50 % des cas hospitalisés dans le service de pédiatrie au cours du mois d'octobre. Cette prédominance des cas de paludisme est liée à la période pendant laquelle l'étude a été menée. COULIBALY [4] et DABIRE [5] notent en effet que le paludisme survient pendant la saison des pluies et au début de la saison sèche.

La recrudescence du paludisme au mois d'octobre explique mais ne justifie pas la pléthore des cas simples recensés à l'hôpital. Tous ces cas simples auraient pu être jugulés au niveau des formations sanitaires périphériques.

Ce constat montre que le service de pédiatrie de l'hôpital Yalgado n'est pas un centre de référence mais plutôt un grand dispensaire urbain qui traite les cas bénins en provenance de la province de Kadiogo!

Cette situation est paradoxale et inacceptable.

l'hôpital ne doit pas se substituer aux services de santé périphériques car il perdrait ainsi son statut de centre de référence.

De plus, la prédominance des enfants du Kadiogo (95 %) à l'hospitalisation n'est pas normale. On a l'impression en effet que l'hôpital n'existe que pour accueillir les enfant du Kadiogo alors qu'il s'agit d'un hôpital national.

Cet état des choses pose le problème de l'inégalité des chances d'accès aux soins hospitaliers des enfants de la ville et ceux des campagnes. Si les enfants de la ville privilégiés sans doute par la proximité de l'hôpital continuent de le surcharger, il n'y aura plus de place pour ceux qui sont ou doivent être évacués du milieu rural!

2.2. Les cas de diarrhée sans déshydratation

Avec l'existence du programme national de lutte contre les maladies diarrhéïques qui met l'accent sur la TRO (Thérapie de Réhydratation par voie Orale) dont l'efficacité n'est plus à démontrer, on ne devrait plus rencontrer des cas de diarrhée simple à l'hôpital.

2.3. Les infections respiratoires non compliquées

Tous les cas sans signes de gravité à type de détresse respiratoire peuvent être pris en charge dans certaines formations sanitaires où l'on est en mesure de poser un diagnostic clinique de bronchite aigue ou de broncopneumopathie aigue. Ces cas peuvent bénéficier d'un traitement à domicile ou en ambulatoire puisqu'ils ne nécessitent aucune réanimation ou surveillance particulière.

Pour faire face à cette situation il serait donc nécessaire dans une perspective d'efficience des soins hospitaliers, de veiller à ce que les formations périphériques soient en mesure de remplir effectivement la totalité de leur mission de sorte que l'hôpital, ne soit pas encombré de cas simples et détourné par là de ses missions spécifiques [9].

Nous approuvons TAYLOR [6] quand il dit que "si l'on veut instaurer la santé pour tous il faudra sans doute confier davantage de responsabilités aux services périphériques".

VIII - CAUSES DES HOSPITALISATIONS EVITABLES

1. Les causes directes

1.1. L'automédication

Notre étude montre qu'elle a été pratiquée chez 28,4 % des cas enquêtés. Cette automédication se fait en général par l'administration à l'enfant d'un antipaludéen (Nivaquine* le plus souvent) et/ou d'un antipyrétique (Aspirine* ou paracétamol). Les médicaments sont donnés aux enfants lors des accès fébriles le plus souvent.

Ces pratiques automédicatives se font à des doses et posologies inadaptées, ce qui entraîne inévitablement la persistance ou l'aggravation des symptômes.

Cette attitude est à dénoncer car elle favorise l'hospitalisation de cas graves qui auraient pu bénéficier d'un traitement au niveau des formations sanitaires périphériques dès l'apparition des 1ers symptômes. Cette situation mérite d'être l'objet d'une étude.

Une étude menée au Bahreïn, en Egypte et au Yemen [7] montre que la plupart des gens considèrent les maladies d'enfants moins préoccupantes que celles des adultes et ils ont recours à l'automédication pendant des périodes assez longues avant de s'adresser au système de santé. Cette attitude peut entraîner de sérieuses complications et parfois même la mort de l'enfant.

L'automédication est donc une pratique à déconseiller du fait de ses conséquences imprévisibles sur l'enfant.

1.2. L'aiguillage de malades

Certains malades se présentent directement à l'hôpital spontanément ou en urgence alors que d'autres y sont envoyés par un médecin une infirmière ou tout autre agent de la santé [12].

Dans tous les cas le rôle de l'hôpital est de soigner le patient le mieux possible de le libérer dès que le permettent son état et les soins qu'il doit éventuellement encore recevoir et de fournir à ce sujet toutes les explications nécessaires au praticien responsable. En théorie cela paraît simple mais dans la pratique des difficultés peuvent survenir par exemple:

- l'hôpital peut être débordé (parce que certains malades se présentent ou sont orientés à tort vers l'hôpital) et avoir alors du mal à dispenser des soins appropriés. C'est ce qui se passe au niveau du service de pédiatrie de l'hôpital Yalgado.

- Les malades peuvent douter (parfois à raison) de la qualité des soins extra hospitaliers et s'adresser donc directement à l'hôpital.

Le service des urgences médicales qui dans la réalité est un service de porte, chargé de faire le tri des malades et de les orienter vers d'autres services [14], a un rôle primordial à jouer dans la régulation du flux des malades à hospitaliser. En effet, c'est là que l'hospitalisation est décidée ou non. A cet effet le personnel de ce service doit être qualifié et rigoureux pour éviter les hospitalisations non médicalement justifiées.

On doit observer que ce poste-clef (dans tous les sens du terme d'un régulateur du flux des malades) échappe actuellement à l'autorité médicale.

Ce service devrait être sous la responsabilité d'un médecin secondé par un stagiaire interné.

En amont on doit insister sur le rôle primordial que doit jouer la santé urbaine dans l'aiguillage des malades. La santé urbaine devrait devenir un véritable relais entre la périphérie et l'hôpital national. Les champs d'action respectifs de l'hôpital et de la santé urbaine, les modalités de référence des malades entre les deux devraient être discutés par les responsables urbains et hospitaliers qui ne devraient pas s'ignorer mais travailler en étroite collaboration. Pour améliorer leur impact sur la population, les dispensaires devraient développer des actions de santé primaires (éducation pour la santé) dans leurs secteurs.

1.3. Les traitements inadéquats au niveau des services de santé périphériques

Cette étude a montré que la plupart des enfants hospitalisés (80 %) ont été vus dans un service de santé périphérique. La majorité des cas a reçu un traitement étiologique notamment en ce qui concerne les accès palustres.

Pourtant ces maladies ne sont pas jugulées au niveau de ces services ! on peut donc se poser la question, de savoir pourquoi il y a tant d'échecs thérapeutiques? La réponse est bien simple; c'est que les traitements ne sont pas adéquats. Nous avons remarqué au cours de l'enquête que les traitements étaient multiformes particulièrement en ce qui concerne le paludisme.

C'est ainsi que certains enfants recevaient une seule injection de quinine par jour, d'autres de la nivaquine* à des posologies inexactes, et suivant des schémas thérapeutiques divers.

De toute évidence le traitement du paludisme n'est pas encore bien maîtrisé par certains agents de la santé. Ces faits traduisent la nécessité impérieuse d'adopter un schéma thérapeutique national pour le traitement de cette maladie.

1.4. L'absence de critères de référence

Il n'existe pas de critères définis de référence des malades si bien que n'importe quel agent dans n'importe quel service de santé périphérique est habilité à adresser tout malade à l'hôpital en vue de son hospitalisation. Cette situation est d'autant plus regrettable que nombreuses sont les références non justifiées qui favorisent la surcharge des services de l'hôpital. Comme nous l'avons déjà souligné, il appartient aux responsables de la santé urbaine et de l'hôpital de définir les critères de référence pour remédier à cette situation.

2. Les causes indirectes (spécifiques au paludisme)

Nous avons déjà vu au chapitre VI paragraphe 1.4. que les enfants qui n'étaient pas protégés contre les piqûres de moustiques étaient plus enclins à développer un paludisme.

La non protection contre les moustiques est donc un facteur de risque du paludisme. Cette exposition aux piqûres de moustiques est une cause de la prévalence élevée de paludisme. C'est dire ici l'importance de la protection individuelle contre les moustiques mais surtout de la lutte antivectorielle à grande échelle dans la province du Kadiogo menée par le centre de lutte contre le paludisme.

Si cette lutte donne de bons résultats avec une nette diminution de la prévalence du paludisme, il y aura moins de malades paludéens et par conséquent moins d'hospitalisations pour cause de paludisme.

IX - CONCLUSIONS GENERALES - RECOMMANDATIONS

1 . Conclusions générales

Au terme de notre étude nous pouvons tirer les conclusions suivantes

1.1. On constate une prédominance des garçons à l'hospitalisation déjà signalée par certains auteurs

1.2. On constate une sur-représentation massive des enfants du Kadiogo par rapport à ceux des autres provinces théoriquement desservies par l'hôpital Yalgado. L'enfant du Kadiogo a 230 fois plus de chances d'être hospitalisé que celui des autres provinces.

1.3. Les enfants sont indifféremment atteints de paludisme qu'ils subissent une chimioprophylaxie ou non.

1.4. Au moins 50 % des hospitalisations étaient évitables et se composent essentiellement :

- d'accès de palustres
- d'infection respiratoires non compliquées
- de diarrhées sans déshydratation

Plusieurs facteurs concourent à favoriser la survenue de cette situation. Ce sont :

- l'aiguillage des malades
- les traitements inadéquats au niveau des services de santé périphériques.
- l'absence de critères de référence des malades
- l'automédication
- l'exposition aux piqûres de moustiques

Cette étude loin d'être exhaustive, n'a fait qu'effleurer une partie du problème qui vraisemblablement est plus important car si on regarde les statistiques annuelles de l'hôpital Yalgado, on se rend compte que d'autres pathologies occupent une place de choix dans les hospitalisations non médicalement justifiées:

- en 1987 il y a eu 1440 cas de diarrhées et 314 cas de maladies des voies respiratoires supérieures sur 4562 hospitalisations chez les enfants de 0 à 14 ans
- en 1988 il y avait 748 cas de diarrhées et 395 cas de maladies de voies respiratoires supérieures sur 4237 hospitalisations.
- en 1989 il avait 971 cas de diarrhées et 163 cas de maladies des voies respiratoires supérieures sur 4786 hospitalisations.

Ces statistiques sont édifiantes.

Toutes ces conclusions nous amènent à faire des recommandations en vue de remédier à la situation.

2. Recommandations

2.1. Réalisation effective du programme de médecine communautaire dans la province du Kadiogo.

Le projet de médecine communautaire offrant des chances certaines pour la résolution du problème, nous recommandons vivement sa réalisation.

2.1.1. L'aiguillage des malades

Il faut renforcer les capacités opérationnelles des C.M. à l'instar de celui de Kossodo.

Pour ce faire il faut équiper chaque C.M. d'un laboratoire capable de faire les examens de routine, goutte épaisse, NFS-VS, examen parasitologique des selles etc.

Chaque CM devra avoir une salle d'observation de malades avec un minimum de 6 lits et une ambulance pour évacuer les malades vers l'hôpital

Les C.M. devraient être dirigés par des médecins omnipraticiens et les gardes de nuit pourraient être assurées par les étudiants de 6ème année de l'E.S.S.S.A. en plus de l'agent de santé.

Chaque C.M. devra être un relais entre la CSPS et les dispensaires d'une part et l'hôpital d'autre part. La référence des malades à l'hôpital doit être sous responsabilité médicale.

2.1.2. Elaboration de critères de référence

Comme nous l'avons déjà souligné, les responsables hospitaliers et ceux de la santé urbaine doivent se concerter pour établir des critères de référence qui seront bien codifiés et mis à la disposition de chaque agent officiant dans les services de santé périphériques. Il faudra élaborer un système de référence qui respecte la pyramide de santé.

2.2. Les traitements inadéquats

Nous insistons sur la nécessité de faire des séminaires de recyclage périodiques pour les agents des services de santé périphériques concernant le diagnostic et le traitement des affections courantes.

2.3. L'automédication

Il faudra sensibiliser les populations sur les méfaits des pratiques auto-médicatives ; attitude difficile à contrôler, il serait intéressant que les gens s'abstiennent en cas d'ignorance des posologies des médicaments.

2.4. Exposition aux piqûres des moustiques

L'effort pour diminuer la prévalence du paludisme dans la province doit être soutenu. Pour ce faire il faut renforcer les activités de la D.E.SA (Direction de l'Education pour la Santé) et du Centre de lutte contre le Paludisme qui oeuvrent dans ce sens.

2.5. Réalisation d'une étude exhaustive

Afin de mieux appréhender le problème, nous préconisons que d'autres travaux soient menés pendant d'autres périodes de l'année et dans d'autres services de l'hôpital Yalgado sur ce sujet.

Ce travail serait utilement complété par une étude au niveau des provinces desservies par l'hôpital Yalgado, pour recenser les cas qui nécessitent une référence à Yalgado et qui ne le sont pas.

X - BIBLIOGRAPHIE

1 - AMBROISE - THOMAS P, YAOBEDA B.

Problèmes de stratégie de chimioprophylaxie

Médecine et Thérapeutique 1988 numéro spécial PP 4 - 12

2 - BENON D.B.

Morbidité et létalité différentielles selon le sexe des maladies infectieuses en milieu pédiatrique à Ouagadougou.

Th. Méd. 1990 Ouagadougou (3)

3 - CHARIERAS J.L., SIMON P.

Morbidité et mortalité dans un service de pédiatrie en zone tropicale

Med. Afr. Noire 1989 35 (4) PP313 - 322

4 - COULIBALY S. O.

La part du paludisme dans les affections fébriles en milieu urbain de Ouagadougou

Etude menée dans 3 dispensaires de la ville

Th. Méd. 1989 Ouagadougou (5)

5 - DABIRE E.

Morbidité et mortalité palustres au sein de la pathologie fébrile dans le service de pédiatrie de l'hôpital Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou

Th. Méd. 1990 Ouagadougou (2)

6 - DANZON A, COLLET J.P., DURUG, HERMIER M., LAMBERT D.C.,

Prise en charge des diarrhées aiguës non graves du nourrisson. Approche socio-économique.

Rev. d'épidémiologie et de santé publ. 1987 35 (6) PP 451-457

7 - HASSOUNA W.A.

Le système de santé atteint-il la population ?

Trois pays s'efforcent d'élucider la question

Forum mondial de la Santé 1983 4 (1) PP 62-67

8 - LOCOH T.

La répartition par sexe des enfants hospitalisés à Lomé in Estimation de la mortalité du jeune enfant (0 à 5 ans) pour guider les actions de santé dans les pays en développement.

INSERM 1986 145 PP 183-196

9 - MINISTERE DE LA SANTE

Direction des études et de la planification

Etudes préliminaires au projet de l'hôpital de Bobo-Dioulasso et des provinces du Houet, de la Comoé et du Kéné Dougou

(Rapport de la mission Franco-Burkinabè réalisée du 1er au 17 octobre 1985)

10 - MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE

Direction des études et de la planification

Rapport annuel 1987

Statistiques sanitaires

1987 Burkina Faso 109 P

11 - MORLEY D.

Pédiatrie dans les pays en développement

Problèmes prioritaires

1981 1ère éd. PP 28-50

12 - Hôpitaux et santé pour tous

Série de rapports techniques 1987 (744) 88 P

13 - PAINE L.H.W, SIEM TJAM S

Les hôpitaux et la révolution des soins de santé

OMS 1989. 124 P

14 - POE P.

.Contribution à l'étude de la durée moyenne d'hospitalisation des malades aux urgences médicales et en médecine

Th. Méd. 1984 Abidjan (628)

15 - STEFFEN M.

Comment évaluer les alternatives à l'hospitalisations

Journal d'économie médicale 1988 6 (6) PP 449 - 454

16 - TAYLOR C.

La recherche sur les systèmes de santé : A quel fin ?

Forum mondial de la santé 1983 34 (4) PP 368-376

ANNEXES

DATE : _____

BOBODIEN N° : _____

NOM : _____

PRENOM : _____

BOBODIEN N° : _____

SEXE

1 = MASCULIN 2 = FEMININ 0 = ?

AGE

1 = <12 MOIS 2 = 12<A<24 M 3 = 24 MOIS 0 = ?

COMMUNE

1 = BOUKHAR 2 = BAKULI 3 = BOBODIEN 4 = BOUKHAR
5 = BOUKHAR 0 = ?

PROF PERE

1 = INACTIF 2 = PAYSAN 3 = SECT INF 4 = COMMER
5 = OUVRIER 6 = EMPLOYE 7 = CADRE MOY 8 = CADRE SUP
0 = ?

PROF MERE

1 = MENAGERE 2 = SECT INF 3 = COMMER 4 = EMPLOYEE
5 = CADRE MOY 6 = CADRE SUP 0 = ?

LIEU DE CONSULTATION

1 = TRADIT 2 = DISP 3 = DSM 4 = AGENT SAN
5 = F N QUAL 6 = HOPITAL 7 = AUTOMEDIC 0 = ?

TRAITEMENT RECU

1 = ANTI DIAR 2 = ANTI TUBS 3 = ANTIPYR 4 = ANTIBIO
5 = ANTIPAL 6 = AUTRES 7 = ATUSS+AB 8 = APAL+APYR
9 = AUC TTT 10 = NON DET 0 = ?

AUTRE LIEU CONSULTE

1 = TRADIT 2 = DISP 3 = DSM 0 = ?

ACCUEIL DISP

1 = CORRECT 2 = 4 CORRECT 3 = MALVALE 4 = SANS OP
0 = ?

TPS D'ATTENTE DISP

1 = <30 MN 2 = 30<T<60 3 = 60<T<90 4 = 90<T<120
5 = 120 MN 0 = ?

ORIGINE MEDICAMENTS

1 = ACHETES 2 = DISP 0 = ?

DATE: _____ DOBEPDLE A. N°NO: _____

NOM: _____ PRENOM: _____ ENTREE AT. E. : _____

ATCD MEDICAUX

1 = ALC-HOSP 2 = 1-HOSP 3 = 2-HOSP 4 = 72-HOSP
0 = 9

DIAGNOSTIC

1 = DIAR B 2 = DIAR D 3 = 1-REBP 4 = 1-REBP D
5 = FALL B 6 = NEUROPAL 7 = ROUBEDIE 8 = YALUT
9 = JACCA 10 = AUTRE

SOURCE D'EAU

1 = ROBINET 2 = FORAGE 3 = ECOTE P 4 = PUSTB NF
5 = BAO SURF 6 = EAU AC- 0 = 9

ASSAINISSEMENT EAU

1 = EBULLIT 2 = FILTRAT 3 = JAVEL 4 = AUC METH
0 = 9

ALLAITEMENT

1 = MATERNEL 2 = SIBERON 3 = MIXTE 0 = 9

EXISTENCE LATRINES

1 = OUI 2 = NON 0 = 9

PROTECTION MOUSTIQUE

1 = MUEBT 2 = INSECTID 3 = AUTRE 4 = AUC METH
0 = 9

PROPHYLAXIE ANTIPALU.

1 = OUI 2 = NON 0 = 9

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 UN 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 LE CRIME.

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".

VU
LE PRESIDENT DU JURY

VU
LE DIRECTEUR DE L'ESSA

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
LE RECTEUR DE L'UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

Titre de la thèse

Problématique des hospitalisations évitables dans le service de pédiatrie de l'hôpital Yalgado OUEDRAOGO de Ouagadougou

RESUME : Le service de pédiatrie de l'hôpital Yalgado OUEDRAOGO de Ouagadougou est un centre de référence qui ne doit hospitaliser que les cas ne pouvant être pris en charge dans les services de santé périphériques. Mais dans la pratique on assiste à un encombrement du service par des cas bénins.

Notre étude a été menée pendant le mois d'octobre 1989 dans ce service et a porté sur un échantillon de 500 cas hospitalisés.

Les résultats montrent une prédominance des garçons à l'hospitalisation (278 garçons contre 222 filles) et une sur-représentation massive des enfants du Kadiogo (Ouaga) par rapport à ceux des autres provinces desservies par l'hôpital; l'enfant du Kadiogo a 230 fois plus de chances d'être hospitalisé que celui des autres provinces.

Au moins 50 % des hospitalisations étaient évitables et se composent de : accès palustres, diarrhées simples et infections respiratoires non compliquées.

Les causes favorisant cette situation sont :

- l'aiguillage des malades
 - le manque de critères de référence
 - les traitements inadéquats dans les formations périphériques
 - l'automédication
 - l'exposition aux piqûres de moustiques
-

MOTS CLES : Hospitalisations évitables - Pédiatrie de l'hôpital Yalgado O. de Ouagadougou - Aiguillage des malades - critères de référence - traitements inadéquats - automédication - piqûres de moustiques

JURY	Président	Professeur agrégé Amadou SANOU
	Membres	Professeur François CANONNE Docteur Ludovic K. KAM Docteur Abdoulaye TRAORE

DATE DE SOUTENANCE : 20 Juin 1990

ADRESSE DE L'AUTEUR 01 BP. 84 Ouagadougou 01 BURKINA FASO