



Les Dossiers de la Maïeutique

www.dossiers-de-la-maieutique.fr

Les Dossiers de la Maïeutique (2015) 2(2), 56-62

Amélioration de l'offre des soins obstétricaux par la délégation des tâches en milieu africain - Exemple de l'hôpital du district sanitaire de Bogodogo à Ouagadougou, Burkina Faso

[Improvement of obstetric care through task delegation in an African context - example of Health District Hospital of Bogodogo, Ouagadougou, Burkina Faso]

Charlemagne Ouédraogo, Adama Ouattara, Ali Ouédraogo, Mikaila Kaboré, Boubakar Touré, Mady Bikienga, Evelyne Komboigo, Xavier Kaboré, Barnabé Yaméogo, Léopold Ouédraogo, Blami Dao, Jean Lankoande

Contact - Pr Charlemagne MR Ouédraogo - ocharlemagne@yahoo.fr

Soumission initiale le 17 septembre 2014 - Soumission révisée le 24 octobre 2014 - Accepté pour publication le 6 mars 2015

RESUME

Objectif : délégation de la pratique des interventions obstétricales majeures à des infirmiers spécialisés en chirurgie à l'hôpital de district de Bogodogo, Burkina Faso.

Méthode: Etude descriptive, analytique et non expérimentale comparant les prestations de gynécologues-obstétriciens et des infirmiers spécialisés en chirurgie pour des interventions obstétricales majeures. La collecte des données a été réalisée de février à octobre 2013 dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital du district de Bogodogo. Ont été incluses dans l'étude les femmes qui ont bénéficié d'une intervention obstétricale majeure (IOM) en urgence, par un gynécologue obstétricien ou par un infirmier spécialisé en chirurgie. La collecte des données a été réalisée de février à octobre 2013 dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital de district de Bogodogo, à l'aide d'une fiche (questionnaire) individuelle. Les données ont été saisies grâce au logiciel EPIDATA, version 3.1, et analysées par SPSS, version 22. Le test de χ^2 a permis la comparaison des proportions et celui de Student la comparaison des moyennes. Le seuil de significativité retenu était de 5%.

Résultats : Au cours de la période d'étude, nous avons colligé 601 cas d'interventions obstétricales majeures dont 65,4% réalisés par les gynécologues obstétriciens. L'âge moyen des femmes était de 26,7 ans. La césarienne était l'intervention obstétricale majeure la plus pratiquée avec fréquence de 90% suivi de la laparotomie avec une fréquence de 7,7%. Dans les cas de césarienne, la technique de Misgav-Ladach a été utilisée respectivement dans 86,5% et 95,3% par les gynécologues obstétriciens et les infirmiers spécialisés en chirurgie. Les complications étaient dominées par l'anémie et l'hémorragie du post-partum. Les résultats n'ont pas démontré de différence significative entre les deux groupes d'opérateurs en ce qui concerne la santé maternelle, fœtale et néonatale.

Conclusion : La délégation de tâches en chirurgie obstétricale est effective à l'hôpital du district de Bogodogo et sans risque selon les résultats de cette étude. Son extension au niveau national permettrait de combler le déficit en ressources humaines hautement qualifiées pour réaliser les IOM dans les hôpitaux de district des régions rurales.

ABSTRACT

Title: Improving the practice of major obstetric interventions by tasks delegation in Africa environment: Example of the Bogodogo health district hospital in Ouagadougou, Burkina Faso

Objective: To describe the role of tasks delegation in the practice of major obstetric interventions in the Bogodogo health district hospital.

Methods: It has been a descriptive and analytical prospective study into the department of obstetrics and gynecology of Bogodogo district hospital. Data collection was conducted from February to October 2013. Were included in the study all women who underwent an emergency major obstetric intervention, either by an obstetrician & gynaecologist and or by a specialist surgical nurse practitioner. The information was collected on individual record cards, downloaded on EpiData (version 3.1) and analyzed by SPSS (version 22).

Results: During the study period, we collected 601 cases of major obstetric interventions. The average age of the women was 26.7 years. Caesarean section was the most common with a rate of 90%, followed by laparotomy with a rate of 7.7% of the major obstetric interventions. In cases of cesarean section, the Misgav-Ladach technique was used in 86.5% and 95.3% of cases by obstetricians and nurses specialized in surgery respectively. Complications were dominated by anemia and postpartum hemorrhage. The results did not demonstrate any statistically significant differences between the two groups of surgical

operators regarding maternal, fetal and neonatal health.

Conclusion: The delegation of task in obstetric surgery is effective into the Bogodogo district hospital. Its extension at national level would fill the gap that exists in highly qualified practitioners and make major obstetric interventions available in rural areas hospitals.

Mots clés : délégation de tâches, interventions obstétricales majeures, Burkina Faso

Keywords: task delegation, major obstetric interventions, Burkina Faso

Introduction

Au Burkina Faso, le ratio de mortalité maternelle a été estimé à 341 pour 100 000 naissances vivantes (Gessew *et al.*, 2011). Parmi les facteurs contributifs de cette mortalité, les besoins non couverts en Interventions Obstétricales Majeures (IOM) y occupent une place importante avec des taux variant de 16% en milieu urbain à 74% en milieu rural, en rapport avec la pénurie des ressources humaines qualifiées (Ministère de la Santé *et al.*, 2006; Ministère de la Recherche Scientifique et de l'Innovation *et al.*, 2011). Les IOM comprennent césarienne, laparotomie pour suture de brèche utérine, hystérectomie, grande version extraction, symphyséotomie, crâniotomie/cranioclasie (Dubourg *et al.*, 2003). Le faible taux national de césarienne (1,7%) est une illustration de ces besoins en IOM non couverts. Une délégation des tâches et responsabilités entre les différentes catégories d'agents de santé serait une stratégie prometteuse pour améliorer l'accessibilité aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence (OMS, 2008).

Depuis 2010, le district sanitaire de Bogodogo, à Ouagadougou, a entrepris la formation d'infirmiers spécialisés en chirurgie pour la prise en charge des complications obstétricales. Cette formation comprenait la pratique de la césarienne selon l'approche la plus favorable et recommandée (technique de Stark ou césarienne de Misgav-Ladach) (Moreira *et al.*, 2002), la pratique de la laparotomie en urgence pour grossesse extra-utérine et rupture utérine, et la pratique de la suture des lésions des complications traumatiques de l'accouchement. La césarienne dite "classique" ou "traditionnelle" est celle qui se fait par laparotomie médiane sous-ombilicale, hystérorraphie par des points simples séparés, fermeture du péritoine viscéral et pariétal. La césarienne dite "Misgav-Ladach" se fait par laparotomie selon Joel-Cohen (1970), ouverture du péritoine aux doigts, hystérorraphie en un plan au surjet, péritoine viscéral et péritoine pariétal non suturés.

A travers cette étude, nous avons entrepris d'apprécier l'impact de cette option sur le pronostic des interventions obstétricales majeures dans cette structure sanitaire qui s'est toujours distinguée par sa forte fréquentation (Fournier *et al.*, 2013).

Méthode

Etude transversale, analytique et non expérimentale qui s'est déroulée sur une période de huit mois allant du 21 février au 19 octobre 2013. Le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital du district de Bogodogo nous

a servi de cadre d'étude. Ce service est fonctionnel depuis 2003 et emploie six médecins gynécologues-obstétriciens, vingt-huit sages-femmes et maïeuticiens d'état, quinze infirmiers anesthésistes-réanimateurs, treize infirmiers spécialisés en chirurgie. L'aire de couverture du district sanitaire comprend une partie urbaine et une partie rurale pour une population globale de 600 000 habitants environ. L'hôpital du district enregistre en moyenne 3000 accouchements par an. Les femmes en âge de procréer, ayant bénéficié d'une IOM dans le site de l'étude au cours de la période de l'étude, ont été incluses dans cette analyse. Les femmes ayant bénéficié d'une chirurgie programmée n'ont pas été incluses dans notre étude. Les interventions ont été effectuées par 23 opérateurs, dont 10 gynécologues-obstétriciens et 13 infirmiers spécialisés en chirurgie. La médiane du nombre d'année de service des infirmiers spécialisés en chirurgie était de 3 ans et 2 ans pour les gynécologues obstétriciens ($p = 0,001$). L'âge moyen des femmes opérées par les gynécologues obstétriciens était de 26,9 ($\pm 6,1$) ans et celui des femmes opérées par les infirmiers spécialisés en chirurgie était de 26,5 ($\pm 6,3$) ans. La différence statistique n'était pas significative ($p=0,506$).

Nous avons utilisé une fiche individuelle de collecte de données renseignant les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostiques des femmes et la qualification de l'opérateur. Les registres d'admission, les dossiers cliniques, les registres de compte-rendu opératoire, les fiches d'anesthésie-réanimation, les registres des pansements et de suivi postopératoire ont également été exploités. Les données ont été saisies sur micro-ordinateur à l'aide du logiciel EpiData (version 3.1) et analysées grâce au logiciel SPSS (version 22). Dans un premier temps, nous avons effectué une analyse descriptive et comparative pour apprécier la distribution des variables de l'échantillon et les différences selon le profil de l'opérateur. Une analyse explicative a ensuite été menée à l'aide de la régression logistique binaire. Cela nous a permis d'identifier les facteurs pouvant expliquer la survenue de la mortalité néonatale précoce à l'issue d'une IOM. Nous avons présenté deux modèles à savoir : le modèle brut où les variables ont été associées deux à deux avec la variable dépendante (décès néonatal) et le modèle final qui met en lien toutes les variables explicatives avec la variable à expliquer. Pour constituer le modèle final, nous avons utilisé la méthode des entrées avec introduction des variables indépendantes en une seule fois. La statistique R^2 de Cox & Snell traduit l'ajustement du modèle. Dans toutes nos analyses, le test de χ^2 et de Student ont été utilisés pour la comparaison des proportions et des moyennes respectivement. Le seuil de significativité retenu était

de 5%. La contribution des variables à l'explication de la mortalité néonatale a été calculée à l'aide de la formule suivante :

$$C_i = \frac{Chi^2 F - Chi^2 sans X_i}{Chi^2 F}$$

C_i : contribution de la variable i à l'explication de la mortalité néonatale (%).

Chi^2 : Chi^2 final du modèle, $Chi^2 sans X_i$: Chi^2 sans la variable X_i .

RESULTATS

Pendant la période de l'étude, 601 femmes ont bénéficié d'interventions obstétricales majeures. De ces femmes, 392 soit 65,2% ont été prises en charge chirurgicalement par un gynécologue-obstétricien et 209 soit 34,8% par un infirmier spécialisé en chirurgie.

Caractéristiques sociodémographiques des femmes

Age

L'âge moyen des femmes était de $26,7 \pm 6,1$ ans [14-46 ans]. La tranche d'âge de 25 à 29 ans était la plus représentée avec 29,1% des femmes. Voir Tableau 1 pour la répartition des femmes selon les tranches d'âge et le profil de l'opérateur.

Provenance

Cinq cent sept (507), soit 84,4%, des femmes provenaient de la ville de Ouagadougou. Le milieu semi-urbain était représenté par 66 femmes (11%) et le milieu rural par 28 femmes (4,7%).

Profession

Les femmes ayant un revenu, notamment les commerçantes, les fonctionnaires et les employées du secteur informel représentaient 18% (n=108) de notre échantillon et celles sans revenu étaient au nombre de 493 (82%) femmes.

Situation matrimoniale

Les femmes vivant en union représentaient 73,5% de l'échantillon (n=442); 159 (26,5%) étaient célibataires.

Aspects cliniques

Mode d'admission

Dans notre série, 68,1% des femmes (n=409) avaient été admises par référence (transit dans une structure de santé) et 31,9% (n=192) étaient venues d'elles-mêmes pour bénéficier d'une prise en charge sans un recours préalable à une structure de santé.

Antécédents

La répartition des femmes selon les antécédents gynéco-obstétricaux, médicaux et chirurgicaux est présentée dans le Tableau 2.

Type d'interventions obstétricales majeures (IOM)

La répartition des femmes selon le type d'intervention obstétricale majeure ainsi que les gestes complémentaires associés non majeurs est présentée dans le Tableau 3.

Indications de l'IOM

La répartition des femmes selon l'indication de l'IOM a été présentée dans le Tableau 4.

Aspects techniques

Technique de césarienne

La technique de Misgav-Ladach pour la réalisation d'une césarienne a été utilisée par 86,5% des gynécologues obstétriciens (n=301) contre 95,3 % des infirmiers (n=184), avec une différence statistique hautement significative ($p=0,001$). Le Tableau 5 présente la comparaison entre les deux groupes :

Tableau 1 : Tranches d'âges des femmes selon le profil de l'opérateur

Tranche d'âges (ans)	Gynécologues obstétriciens		Infirmiers spécialisés		Total	
	N	%	N	%	N	%
≤ 14	1	0,3	2	1,0	3	0,5
15 – 19	38	9,7	22	10,5	60	10,0
20 – 24	111	28,3	62	29,7	173	28,8
25 – 29	113	28,8	62	29,7	175	29,1
30 – 34	82	20,9	32	15,3	114	19,0
35 – 39	36	9,2	24	11,5	60	10,0
40 – 44	10	2,6	5	2,4	15	2,5
45 – 49	1	0,3	0	0	1	0,2
Total	392	100	209	100	601	100

Tableau 2 : Répartition des patientes selon les antécédents en fonction du type d'opérateur

Antécédents (ATCD)	Gynécologues obstétriciens		Infirmiers spécialisés		Total	
	N	%	N	%	N	%
ATCD médicaux	35	8,9	18	8,6	53	8,8
HTA	11	2,8	4	1,9	15	2,5
Hémoglobinoopathie	8	2,0	7	3,3	15	2,5
OMI	9	2,2	6	2,9	15	2,5
Anémie	4	1,0	1	0,5	5	0,8
Diabète	1	0,3	0	0	1	0,2
Asthme	1	0,3	0	0	1	0,2
ATCD chirurgicaux	102	26,0	53	25,4	155	25,8
Césarienne	96	24,5	50	23,9	146	24,3
Myomectomie	3	0,8	2	0,9	5	0,8
GEU	1	0,3	0	0	1	0,2
Kystectomie	2	0,5	0	0	2	0,3
Séquelles d'excision	1	0,3	0	0	1	0,2
Synéchie vaginale	1	0,3	0	0	1	0,2
Cloison vaginale	1	0,3	0	0	1	0,2
Parité						
Nullipare	164	41,9	91	43,8	255	42,6
Primipare	102	26,1	51	24,5	153	25,5
Paucipare (2-4)	111	28,4	58	27,9	169	28,2
Multipare (≥ 5)	14	3,6	8	3,8	22	3,7

Tableau 3 : répartition des IOM selon l'opérateur

Type d'intervention	Gynécologues obstétriciens		Infirmiers spécialisés	
	N	%	N	%
Césarienne	348	88,8	193	92,3
Laparotomie	37	9,4	9	4,3
Réparation du col et/ou périnée	7	1,8	7	3,4
Total	392	100	209	100

Tableau 4 : Répartition des patientes selon l'indication de l'IOM

Indication de l'IOM	Effectifs (n)	Pourcentages (%)
Césarienne (n=541)		
<i>Indications maternelles absolues</i>		
Syndrome de pré-rupture	39	7,2
Intervalle inter gémésique court	11	2,0
Dystocie des parties molles	7	1,3
Utérus cicatriciel	51	9,4
Eclampsie/Pré-éclampsie sévère	48	8,9
Hématome rétro placentaire	8	1,5
Myome prævia	2	0,4
<i>Indications fœtales</i>		
Macrosomie	72	13,3
Souffrance fœtale aiguë	58	10,7
Pathologie funiculaire	40	7,4
Anomalie du bassin	39	7,2
Présentation vicieuse	33	6,1
Rupture des membranes	16	3,0
Présentation du siège chez une primigeste	16	3,0
Grossesse précieuse	14	2,6
Anamnios/oligoamnios sévère	9	1,7
Premier jumeau en présentation du siège	8	1,5
<i>Indications mixtes</i>		
Dystocie dynamique	62	11,5
Anomalie placentaire	8	1,5
Laparotomie (n=46)		
Grossesse extra-utérine	43	86,8
Rupture utérine	1	2,2
Hémorragie du post-partum	1	2,2
Placenta accreta	1	2,2
Réparation de lésions traumatiques (n=14)	14	100

Durée de l'intervention selon l'opérateur

Dans notre série, la durée moyenne de l'intervention était de $30,2 \pm 12,0$ min avec des extrêmes de 10 min et 105 min (temps mis entre l'incision pariétale et la fin de la césarienne). De façon spécifique, cette durée était de $29,2 \pm 10,8$ min pour la césarienne. Selon le type d'opérateur, elle était de 28,1 min pour le gynécologue obstétricien versus 31,2 min pour l'infirmier spécialisé en chirurgie ($p=0,001$).

Aspects pronostiques

Pronostic chez les nouveau-nés

Parmi les femmes ayant bénéficié d'une césarienne, nous avons enregistré 28 cas de mortalité néonatale, soit 5,2%. Selon le profil de l'opérateur, 6,6% des décès néonataux sont survenus suite à des interventions effectuées par les gynécologues obstétriciens et 2,6% par les infirmiers spécialisés en chirurgie ($p = 0,043$). L'analyse multivariée a permis de retenir certains facteurs associés à la mortalité néonatale. Les facteurs explicatifs du décès néonatal précoce sont : la multigestité, les pertes sanguines au cours de l'intervention, la présentation vicieuse, l'absence de chimioprophylaxie, la faible expérience professionnelle. Parmi ces facteurs, ceux qui contribuent le plus à l'explication de la mortalité sont la présentation vicieuse, la perte sanguine et l'absence de chimioprophylaxie avec respectivement 26,6%, 20,5% et 15,2%.

Pronostic maternel

L'étude des facteurs de morbidité et de mortalité des IOM selon la qualification de l'opérateur est présentée dans le Tableau 7.

L'étude de la morbidité selon l'opérateur est présentée sur le Tableau 8.

DISCUSSION

La délégation des tâches

Au cours de notre étude 601 interventions obstétricales majeures (IOM) ont été réalisées, dont 34,8% par les infirmiers spécialisés en chirurgie. Le taux d'IOM effectué par délégation des tâches dans notre série est inférieur à celui du Mozambique qui rapportait 46,3% par les techniciens en chirurgie (Pereira *et al.*, 2007). Il est également inférieur à celui rapporté par les hôpitaux tanzaniens par le même auteur où le taux était de 86,8% pour les assistants médicaux (Pereira *et al.*, 2011). Notre taux est proche de celui de Gessesew *et al.* (2011) en Ethiopie qui rapportaient 33,7% pour les attachés de santé en chirurgie. Sur le plan historique, le transfert de compétence a d'abord été expérimenté aux USA dès les années soixante dans le contexte particulier de rationalisation du système de soins. De nouveaux

Tableau 5 - Technique de césarienne selon l'opérateur

Technique de césarienne	Gynécologues obstétriciens		Infirmiers spécialisés	
	N	%	N	%
Misgav-Ladach	301	86,5	184	95,3
Classique	47	13,5	9	4,7
Total	348	100	193	100

$\chi^2=10,461$, $p=0,001$

Tableau 6 - Analyse multivariée des facteurs associés à la mortalité néonatale

Variables	Modèle brut	Modèle final	Contribution au modèle (%)
Ancienneté professionnelle			
≤ 5 ans	3,08*	3,01*	12,4
> 5 ans	R	R	
Gestité			
Multigeste	3,26**	2,68*	9,8
Paucigeste	R	R	
Présentation vicieuse			
Oui	6,24***	6,09**	26,6
Non	R	R	
Chimioprophylaxie			
Non	3,25*	5,22**	15,2
Oui	R	R	
Pertes sanguines			
Oui	3,67**	3,32**	20,5
Non	R	R	
Profil de l'opérateur			
Gynécologues-obstétriciens	2,66*	1,49 ns	1,3
Infirmiers spécialistes	R	R	
Effectifs (N)	541	541	
χ^2	---	36,36***	
R^2 de Cox et Snell	---	0,065	

Significativité : *** <1% ; ** <5% ; * <10% ; ns >5%

Tableau 7 - Etude comparative du pronostic des IOM selon la qualification de l'opérateur

IOM	Gynécologues obstétriciens		Infirmiers spécialisés		p
	N	%	N	%	
Césarienne (n=541)					
Morbidité	114	33,2	50	25,9	0,077
Mortalité	5	1,4	0	0,0	0,166
Laparotomie (n = 36)					
Morbidité	18	50,0	3	33,3	0,47
Mortalité	1	2,7	0	0,0	1,0

Tableau 8 - Etude de la morbidité selon la qualification de l'opérateur

	Gynécologues obstétriciens		Infirmiers spécialisés		p
	N	%	N	%	
Anémie	62	15,8	23	11,0	0,107
Hémorragie post partum	34	8,7	15	7,2	0,523
Hémorragie per partum	23	5,9	9	4,3	0,417
Suppuration de paroi	14	9,7	9	15,8	0,217
Arrêt cardio respiratoire	6	---	0	---	
Cedème aigu du poumon	2	0,5	0	0	0,546
Septicémie	1	---	1	---	
Autres*	3	---	0	---	

métiers sont alors apparus tels que celui d'infirmières praticiennes ou d'auxiliaires médicaux (Richard *et al.*, 2007). L'analyse de nos résultats indique qu'une IOM sur trois a été réalisée par délégation des tâches. Ces chiffres qui semblent assez bas seraient le reflet de la réticence des responsables sanitaires en rapport avec le manque de législation en la matière. Une concertation nationale sur la question devrait être initiée pour assurer une sécurité juridique aussi bien pour les praticiens que pour les responsables administratifs.

Type d'intervention obstétricale majeure

Dans notre série, l'IOM était une césarienne dans 90% des cas. Nos résultats sont proches de ceux de Pereira *et al.* (1996) qui rapportaient un taux de 91,3% de césarienne en Tanzanie. Ils sont légèrement inférieurs à ceux de De Brouwere *et al.* (2009) au Sénégal qui rapportaient un taux de 99% dans les districts de Bakel, Goudiri et Koungheul. Le taux de césarienne élevé parmi les autres IOM dans les différentes séries africaines est le reflet du caractère pro-nataliste de nos populations, l'enfant étant considéré comme la meilleure sécurité sociale.

Dans notre série, l'indication de la césarienne était la dystocie dynamique dans 11,5% des cas. Ce résultat assez élevé pourrait être le reflet d'une mauvaise surveillance du travail et de l'accouchement par le partographe, la direction du travail étant souvent mal conduite dans nos contrées.

Technique opératoire

Dans notre série, la technique de la césarienne était celle de Misgav-Ladach dans 86,5% des cas pour les gynécologues-obstétriciens et 95,3% pour les infirmiers spécialisés en chirurgie. Dans la série de Pereira *et al.* (1996), la technique classique a été utilisée dans la quasi-totalité des IOM. La technique de Misgav-Ladach largement pratiquée dans notre série pourrait s'expliquer par le caractère récent de notre étude. Il est à rappeler que la promotion et la vulgarisation de la nouvelle technique de Misgav-Ladach, dite césarienne de qualité, a commencé vers les années 2000 en Afrique. Cette technique serait plus économique, plus confortable et plus protectrice pour la parturiente (Ouédraogo *et al.*, 2001).

Morbidité maternelle selon l'opérateur

Dans notre série, nous avons noté un taux de morbidité de 33,2%, pour la césarienne, dans le groupe de femmes opérées par les gynécologues-obstétriciens versus 25,9% pour le groupe opéré par les infirmiers spécialisés ($p=0,077$).

Au vu de ces résultats, il n'y a pas plus de complications maternelles lorsque l'IOM est effectué par un infirmier spécialisé. Le décideur politique devrait alors se convaincre que ce type de personnel a un rôle déterminant dans la lutte contre la mortalité maternelle et infantile. Devant la pénurie des médecins spécialistes ou plutôt la fuite de cette catégorie de personnel vers la médecine privée, l'avenir réside dans l'extension de l'expérience du district sanitaire de Bogodogo à un niveau national.

Mortalité maternelle selon l'opérateur

Dans notre série, nous avons enregistré six cas de décès maternels, tous après une chirurgie par les gynécologues-obstétriciens; aucun décès n'étant rapporté dans le groupe opéré par les infirmiers. Nos résultats sont assez différents de ceux de Pereira *et al.* (1996) qui rapportaient sept cas de décès dans le groupe opéré par les techniciens en chirurgie et 10 cas de décès dans celui des gynécologues-obstétriciens. Il en était de même pour Gessesew *et al.* (2011) qui rapportaient neuf décès pour les non médecins et huit décès pour les médecins. Les décès qui ont été enregistrés exclusivement dans le postopératoire des gynécologues-obstétriciens dans notre série pourraient s'expliquer par le fait que tous les cas graves avec des pronostics incertains sont d'emblée réservés à ces derniers.

Mortalité fœtale et néonatale

Nous avons enregistré 6,6% de décès néonataux chez les femmes opérées par les gynécologues-obstétriciens et 2,6% pour les infirmiers spécialisés en chirurgie sans différence significative en analyse multivariée. Nos résultats diffèrent de ceux de Pereira *et al.* (2007) qui trouvaient 0,1% pour les techniciens en chirurgie contre 0,7% pour les gynécologues-obstétriciens. Nos résultats sont par contre proches de ceux de Gessesew *et al.* (2011) qui rapportaient 41,9% pour les médecins et 58,1% pour les non médecins. Les facteurs significativement associés à cette mortalité néonatale étaient la multigestité, les pertes sanguines au cours de l'intervention, la présentation vicieuse, l'absence de chimioprophylaxie, la faible expérience professionnelle.

Conclusion

La délégation des tâches en obstétrique est une pratique courante à l'hôpital du district sanitaire de Bogodogo à Ouagadougou sans influence différentielle sur le pronostic maternel et fœtal. L'extension de cette pratique

à un niveau national permettra sans doute de réduire les besoins non couverts en IOM et partant, une réduction de la mortalité maternelle.

Références

- De Brouwere V, Dieng T, Diadiou M, Witter S & Denerville E (2009). Task shifting for emergency obstetric surgery in district hospitals in Senegal. *Reprod Health Matters*, 17(33), 32-44.
- Dubourg D, De Brouwere V, Van Lerberghe W, Richard F, Litt V & Derveeuw M (2003). Le réseau des besoins obstétricaux non couverts - Rapport Final Volume I. Synthèse. Antwerp: UON Network, 2003.
- Fournier P, Haddad S & Ridde V (2013). Santé maternelle et accès aux soins en Afrique de l'Ouest. Paris : L'Harmattan.
- Gessesew A, Barnabas GA, Prata N & Weidert K (2011). Task shifting and sharing in Tigray, Ethiopia, to achieve comprehensive emergency obstetric care. *Int J Gynaecol Obstet*, 113(1), 28-31.
- Joel-Cohen, S. (1972). Abdominal and vaginal hysterectomy; new techniques based on time and motion studies. Philadelphia : Lippincott.
- Ministère de la Recherche Scientifique et de l'Innovation, Centre National de la Recherche scientifique et technologique & Institut de Recherche en Sciences de la Santé (2011). Evaluation des besoins en soins obstétricaux et néonataux d'urgence, couplée à la cartographie de l'offre de soins en santé de la reproduction au Burkina Faso - [http://planificationfamiliale-burkinafaso.net/docs/information/Evaluation de SONU UNFPA.pdf](http://planificationfamiliale-burkinafaso.net/docs/information/Evaluation%20de%20SONU%20UNFPA.pdf). IRSS.
- Ministère de la Santé, Direction Générale de la Santé & Direction de la Santé de la Famille (2006). Plan d'accélération de réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Burkina Faso Ouagadougou: Ministère de la Santé. Available: http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/library/R061_MOHBURKINAFASO_2006_Plan_daccelerationMMR_Octobre_2006.pdf [Dernier accès 14 septembre 2014].
- Moreira P, Moreau JC, Faye ME, Ka S, Kane Gueye SM, Faye EO, Dieng T & Diadiou F (2002). Comparaison de deux techniques de césarienne: Césarienne classique versus césarienne misgav ladach. *Journal de Gynécologie, Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 31(6), 572-576.
- OMS (2008). Rapport sur la santé dans le monde, 2008 : les soins de santé primaires - maintenant plus que jamais. Genève: OMS.
- Ouédraogo C, Zoungrana T, Dao B, Dujardin B, Ouédraogo A, Thiéba B, Lankoandé J & Koné B (2001) La césarienne de qualité au centre hospitalier yalgado ouédraogo de ouagadougou. Analyse des déterminants à propos de 478 cas colligés dans le service de gynécologie obstétrique. *Médecine d'Afrique Noire*, 48(11), 443-451.
- Pereira C, Bugalho A, Bergstrom S, Vaz F & Cotiro M (1996). A comparative study of caesarean deliveries by assistant medical officers and obstetricians in Mozambique. *Br J Obstet Gynaecol*, 103(6), 508-512.
- Pereira C, Cumbi A, Malalane R, Vaz F, McCord C, Bacci A, & Bergstrom S (2007). Meeting the need for emergency obstetric care in mozambique: Work performance and histories of medical doctors and assistant medical officers trained for surgery. *BJOG*, 114(12), 1530-1533.
- Pereira C, Mbaruku G, Nzabuhakwa C, Bergstrom S & McCord C (2011). Emergency obstetric surgery by non-physician clinicians in Tanzania. *Int J Gynaecol Obstet*, 114(2), 180-183.
- Richard F, Ouédraogo C, Compaore J, Dubourg D & De Brouwere V (2007). Reducing financial barriers to emergency obstetric care: Experience of cost-sharing mechanism in a district hospital in burkina faso. *Trop Med Int Health*, 12(8), 972-981.
- Charlemagne Marie R Ouédraogo est professeur de gynécologie-obstétrique au Département de gynécologie obstétrique du CHU Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou.
- Adama Ouattara est gynécologue obstétricien au Département de gynécologie obstétrique du CHU Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou.
- Ali Ouédraogo est gynécologue obstétricien au Département de gynécologie obstétrique du CHU Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou.
- Mikaila Kaboré est médecin au service des Urgences médicales du CHU Yalgado Ouédraogo.
- Boubakar Touré est gynécologue obstétricien au Département de gynécologie obstétrique du CHU Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou.
- Mady Bikienga est infirmier anesthésiste et médecin à l'Hôpital du district de Bogodogo.
- Evelyne Komboigo est interne des hôpitaux au Département de gynécologie obstétrique du CHU Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou.
- Xavier Kaboré est interne des hôpitaux au Département de gynécologie obstétrique du CHU Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou.

Barnabé Yaméogo est interne des hôpitaux au Département de gynécologie obstétrique du CHU Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou.

Léolpold Ouédraogo est gynécologue obstétricien à l'Organisation Mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, Brazzaville.

Blami Dao est gynécologue obstétricien à Jhpiego, Baltimore, USA.

Jean Lankoande est gynécologue obstétricien au Département de gynécologie obstétrique du CHU Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou.