

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique

Université des Sciences Techniques
Et Technologiques de Bamako



66989732

République du Mali

Un Peuple – Un But – Une Foi



Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Année Universitaire 2012/ 2013

N° ...

THÈSE

**EVALUATION DE LA QUALITE DES SOINS DANS LE
SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE DE L'HOPITAL
DE SIKASSO**

Présentée et soutenue publiquement le ---/---/2013

Devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Par Mr BOUGOUDOGO Issa

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY :

Président : Pr kalilou OUATTARA

Membre : Dr Bakary Tientigui DEMBELE

Co - directeur : Dr Amadou MAIGA

Directeur de thèse: Pr Gangaly DIALLO

DEDICACES

A Dieu le Tout Puissant :

Seigneur, tu es merveilleux. Merci pour avoir guidé
Mes pas pendant toutes ces années. Merci de me montrer le chemin.

A son PROPHETE MOUHAMED (PSL)

Je dédie cette thèse

GRANDS-PARENTS

Je ne vous ai pas connu mais aujourd'hui mes pensées sont aussi tournées vers
vous.

Je dédie cette thèse

PERE

Feu Djiriba Bougoudogo

A la mémoire de mon père, que je n'oublierai jamais

Je dédie cette thèse

MERE

Gniré Bougoudogo

Avec tout mon amour et mon respect, j'espère pour toi une bonne santé et que
Dieu te protège et te donne longue vie.

Je dédie cette thèse

GRAND-PARENTS MATERNNELS

Feux Firatigui Bougoudogo et Matogoma Bougoudogo

Vous m'as donné votre amour, vos tendresses et toutes vos attentions. Dans la difficulté vous avez toujours été prompte à me venir en aide. Merci pour vos conseils et vos encouragements. Vous resterez dans mes pensées et dans mon cœur. Que Dieu vous donne longue vie.

Je dédie cette thèse

ONCLES ET TANTES

Zié Bougoudogo, Lamine Bougoudogo, Napé Bougoudogo, Tontigui Bougoudogo, Moussa Bougoudogo, Borodouma Berthé, Mme Bougoudogo Nah, Mme Mariam Coulibaly, Mme Djénébou Bougoudogo, feu Sirimory Bougoudogo, feue Siriba bougoudogo, feue Natangatio Diarra,

Merci pour l'éducation que vous avez su nous donner et pour tous les efforts auxquels vous avez toujours consentis pour nous voir réussir.

Humilité, bonté, générosité vous êtes ma source d'inspiration que le Tout Puissant vous donne longue vie et une bonne santé. Merci pour tes encouragements et tes conseils. Ce travail est le votre.

Je dédie cette thèse

FRÈRES ET SŒURS

Fimba Bougoudogo, Nagaza Bougoudogo, Sory Bougoudogo, Adama Bougoudogo, M'pèrè Bougoudogo, Yaya Bougoudogo, Guedouma Bougoudogo, Zoumana Bougoudogo, Siritouma Bougoudogo, Drissa Bougoudogo, Batogoma Bougoudogo Macoura Bougoudogo, Kadia Bougoudogo, Nassou Bougoudogo, Nagapèrè Bougoudogo, Flaba Bougoudogo, Fatoumata dite tiegodo Bougoudogo.

Je souhaite simplement que le Tout Puissant nous accorde longue vie et bonne santé.

Je dédie cette thèse

MAÎTRES FORMATEURS

Dr DIALLO Aly Boubacar, Dr MAIGA Amadou, Dr TOURE Layes, Dr Cissé Bréhima, Dr Karambé, Dr Miguel et Dr Xié:

Vous avez été plus qu'un maître pour nous

Trouvez en ce document le fruit de vos propres efforts.

Je dédie cette thèse

REMERCIEMENTS

Au terme de ce travail, il m'est particulièrement agréable d'exprimer ma profonde reconnaissance et mes vifs remerciements à toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à sa réalisation.

Principalement :

- **A tous mes maitre** : de l'école franco-arabe de Mancourani Sikasso, de l'école fondamentale de N'kourala, du lycée Monseigneur de Montclos de Sikasso, et de la FMPOS pour l'enseignement qu'ils m'ont transmis pendant mon parcours scolaire et universitaire.
- **A mes amis (es)**: Dr Théra Abdoulaye, Dr Maïga A Mohamed, Dr Coulibaly Hassane, Mr Babemba Sanogo, Mr Abdoulaye Traoré, Mr Moussa Sidibé, Mr Haidara, pour leur aide, leur conseil, leur encouragement et pour leur collaboration franche.
- **A mes amis de la faculté et promotionnaires** : Dr Mohamed A Maïga, Dr Siaka Sanogo, Dr Diamoye, Dr Sacko Adama, Dr Diallo Aboubacar, ... pour leur aide, leur conseil, leur encouragement et pour leur collaboration franche.
- **A mes cousines et cousins**: Seydou Bougoudogo, Mamadou Bougoudogo, Mohamed Bougoudogo, Firatigui Bougoudogo, Mariam Bougoudogo, Koumba Bougoudogo, Fatoumata Bougoudogo,..... pour leur disponibilité, leur soutien, leur amour et leur précieux conseil.
- **A mes aînés et cadets de la chirurgie et l'hôpital de Sikasso**: Dr Karim Sangaré, Dr Moulaye Ouologuème, Dr Théra Abdoulaye, Dr Sanogo Youssouf, Dr Moussa Baba Keïta, Dr Souleymane Coulibaly, Dr Seybou Bagayogo, Dr Traoré Abdoulaye, Tidiane Ouattara, Siaka Dembélé, Mamadou Coulibaly, Binefou Fané, Moussa Diarra, Mahamadou Sacko,

Mariam Diamouténé, tous les EH (internes) pour leur disponibilité, leur soutien, et leur précieux conseil.

- **A mes frères cadets** : Lassina Doumbia, Inza Doumbia, Binefou Fané, Adama K Koné et la famille Coulibaly du point G
- **A tout le personnel médical et infirmier** du service de chirurgie, du service d'accueil des urgences, du bloc opératoire de l'hôpital Sikasso et du CHU GT.
- **Au Major de la chirurgie de Sikasso** : Madame Konaté Namissa Keïta pour sa disponibilité, son soutien, son amour et ses précieux conseils.
- **Aux familles**: Koné à Sikasso et Bougoudogo à Bamako korofina sud pour leur amour et leur hospitalité.
- **A la famille SAMAKE à Kati kôkô** : pour leur amour, leur confiance et leur hospitalité.
- **Aux clubs @net et louveteaux de la FMPOS** : merci pour vos conseils.
- **A toute la population de Sikasso**: pour leur amour, leur confiance et leur hospitalité.

Enfin, je reformule mes remerciements à toutes les personnes qui m'ont aidé à la réalisation de ce travail et qui sont si nombreux pour que j'en fasse une liste nominative.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et président de jury

Professeur Kalilou OUATARRA

- **Professeur titulaire d'urologie à la FMOS ;**
- **Chef de service d'urologie du CHU du Point G ;**
- **Expert national et international de la chirurgie de la fistule vésico-vaginale ;**
- **Lauréat de l'émission Niagara de l'ORTM ;**
- **Coordinateur national des activités de prise en charge clinique et de formation dans le domaine de la fistule obstétricale.**

Cher maître

C'est pour nous un grand honneur et un réel plaisir de vous avoir comme président et juge de ce travail malgré vos multiples responsabilités.

Homme de science, remarquable par vos connaissances et votre qualité pratique.

Honorable maître vous êtes animé d'une rigueur, d'un courage d'un esprit de tolérance, d'un sens social hors du commun, surtout votre pragmatisme et votre degré d'humour font de vous un homme facile à aborder.

Nous ne saurons trouver ici, cher maître l'expression de notre sincère reconnaissance.

Que Dieu vous bénisse.

A notre maître et juge

Docteur Bakary Tientigui DEMBELE

- **Spécialiste en chirurgie générale,**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré,**
- **Maitre assistant à la FMPOS.**

Cher maître

Nous avons pu apprécier vos qualités humaines qui nous ont permis de travailler à vos cotés. Vos connaissances immenses et surtout votre maîtrise parfaite en la matière font de vous un formateur apprécié.

Je vous prie d'accepter, maître, un modeste témoignage de notre profond respect.

Que Dieu vous protège.

A notre maître et co-directeur de thèse

Dr MAIGA Amadou

- **Spécialiste en chirurgie générale,**
- **Praticien hospitalier au service de chirurgie générale de l'hôpital de Sikasso**
- **Chef de service de la qualité des soins à l'hôpital de Sikasso**
- **Membre du W.A.C.S (West African College of Surgeons)**
- **Membre de la société malienne de chirurgie,**
- **Membre de l'association des chirurgiens d'Afrique francophone,**
- **Organisateur des enseignements post universitaires à l'hôpital de Sikasso**

Cher Maître

Vous nous avez accueillis spontanément avec fraternité dans votre service.

Nous avons bénéficiés de l'enseignement d'un maître déterminé, expérimenté et d'actualité.

Vous nous avez appris la rigueur, la persévérance et la réflexion ; vos conseils et critiques nous ont toujours été d'un apport inestimable.

Nous retenons de vous : un homme dynamique, pragmatique et cordial.

C'est le lieu pour nous de vous témoigner notre profonde gratitude.

Que Dieu vous bénisse

A notre maître et directeur de thèse

Professeur Gangaly DIALLO

- **Professeur titulaire de chirurgie viscérale,**
- **Chef du département de chirurgie du CHU Gabriel Touré**
- **Chef de service de la chirurgie générale du CHU Gabriel Touré,**
- **Chevalier de l'ordre national de mérite en santé du Mali,**
- **Général de brigade des forces armées du Mali,**
- **Secrétaire général de la société malienne de chirurgie viscérale,**
- **Membre de l'association des chirurgiens d'Afrique francophone,**

Cher maître

Vous nous avez acceptés spontanément pour diriger ce travail dont nous garderons un excellent souvenir. Vous êtes notre référence en matière de rigueur scientifique.

- Model d'humilité,
- Model de disponibilité,
- Model de générosité,
- Model de courtoisie,
- Model de chef de service, autant de qualité qui font de vous un model d'homme accompli.

Qu'il nous soit permis ici, cher maître de vous exprimer notre profonde gratitude et nos humbles remerciements pour la qualité de l'encadrement et les conseils prodigués tout au long de ce travail.

Que le seigneur vous donne longue et heureuse vie.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

NCQA: National Comity For Quality Assurance

HMO: Health Maintenancy Organization

ANDEM : Agence National pour le Développement de l'Evaluation Médicale

ANAES : Agence National d'Accréditation et d'Evaluation en santé

CHU GT:

QALY: Quality Adjusted Life Year

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

GMH : Groupes Homogènes de Malades

DRG : Diagnosis Related Groups

USA: United States of America

OTA: Office of Technology Assessment

EH: Etudiants Hospitaliers

VIP: Very Important Person

FMOS: Faculté de médecine et d'Odonto-Stomatologie

B : Boite

SOMMAIRES	Pages
Introduction	2
Objectifs	6
Généralités	7
Matériel et méthode	19
Résultats	26
Commentaires et discussion.....	48
Conclusion	61
Recommandations.....	61
Références	65
Annexes.....	75

PLAN

I INTRODUCTION

II OBJECTIFS

III GENERALITES

IV METHODOLOGIE

V RESULTATS

VI DISCUSSION

VII CONCLUSION

VIII RECOMMANDATION

VIII BIBLIOGRAPHIE

X ANNEXES

INTRODUCTION

INTRODUCTION

L'OMS définit la qualité comme la capacité de « garantir à chaque patient l'assortiment d'actes thérapeutiques, lui assurant le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science, au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, résultats, contacts humain ». [1].

Donabedian, un pionnier des travaux dans ce domaine, parle de qualité à propos de soins qui « maximisent le bien-être des patients après avoir pris en compte le rapport bénéfice/risque à chaque étape du processus de soins » [2].

Mais la définition la plus largement employée vient de l'Institut de médecine des Etats-Unis (IOM) qui précise que la qualité est « la capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment » Cette définition est largement acceptée par la communauté internationale grâce à sa flexibilité et à son adaptabilité à des contextes différents [3].

Depuis plus d'une décennie, l'intérêt porté à la qualité des soins par les professionnels, les pouvoirs publics, les compagnies d'assurance ou les patients ne cesse de croître. Plusieurs phénomènes contribuent à cet intérêt:

La médecine est devenue progressivement plus efficace, mais aussi plus complexe et plus dangereuse, et les récits de mésaventures, erreurs, et autres résultats défavorables se multiplient, aussi bien sur les manchettes des quotidiens («Fausse jambe amputée») que dans des rapports d'experts (par d'exemple, un récent rapport américain intitulé «To err is human» [4] révèle que l'erreur médicale pourrait être responsable aux USA d'un nombre de décès supérieur à celui des accidents de la route).

L'augmentation des coûts des soins attire inévitablement l'attention des organismes payeurs (assurances, état, etc.), qui ne veulent pas couvrir des prestations qui seraient inutiles ou mal justifiées.

La démarche qualité doit aussi créer pour le personnel soignant un milieu favorable à son épanouissement professionnel et humain.

Cette évaluation des pratiques médicales est une discipline en plein essor dans les pays développés. [5]

Aux USA, Donabedian a jeté les bases conceptuelles de cette discipline en 1960 et elle fut institutionnalisée au Congrès en 1972. [6].

En 1979 on a assisté à la création des comités d'évaluation nationale : avec comme corollaire l'association des malades dans la recherche de la qualité des soins tels que : National Comity For Quality Assurance (NCQA) et the health Maintenancy Organization (HMO). [7]

Le Canada a aussi développé une politique nationale et régionale depuis 1979 avec le comité canadien d'accréditation et d'évaluation. [8]

En France, ce processus d'évaluation médicale n'est devenu d'actualité qu'au début des années 1980 [9] et fut entériné avec la création de l'Agence National pour le Développement de l'Evaluation Médicale (ANDEM) qui fut relayée en avril 1996 par l'Agence National d'Accréditation et d'Evaluation en santé (ANAES). La loi sur la réforme hospitalière a donné une place importante à cette discipline dans le système de soins français. [10]

Dans les pays en développement les travaux sur l'évaluation des pratiques médicales sont rares en particulier dans le milieu hospitalier [11]

En Afrique francophone depuis de nombreuses années, on estime que l'accès aux soins dans les villes africaines est limité par des considérations économiques. Des travaux récents établissent que l'exclusion des usagers est avant tout imputable à la qualité offerte par les structures de santé [12].

Au Mali, bien que les travaux d'évaluation sur la qualité des soins soient rares en milieu hospitalier, il faut noter que BOIRE et KANTE ont étudié la qualité des soins dans les services du CHU du point G et du CHU GT [7 ; 13]

Dans notre service à l'hôpital de Sikasso aucune étude n'a été faite sur la qualité des soins dans le but de porter un jugement ou de voir si nos pratiques médico-chirurgicales sont conformes aux normes nationales et internationales, nous avons initié ce travail avec comme objectifs d'évaluer la qualité de soins dans notre service.

II OBJECTIFS

2 .OBJECTIFS :

2 .1 OBJECTIF GENERAL :

Evaluer la qualité des soins en chirurgie générale à l'hôpital de Sikasso

2 .2 OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Décrire les ressources, les structures et les activités du service ;
- Déterminer le degré de satisfaction du patient à sa sortie ;
- Identifier les difficultés dans la prise en charge des patients ;
- Décrire les complications postopératoires.

III GENERALITES

1 DEFINITION : DEFINITION OPERATIONNELLE

Les critères quantifiables et comparables dans notre contexte ont été adoptés :

➤ **L'activité :**

Pour chaque acte chirurgical nous avons eu à déterminer le nombre en faisant ressortir les actes programmés, urgents, et les actes de petite chirurgie.

➤ **La notoriété :**

L'attrance des malades pour un service, la référence et la confiance qu'un médecin peut avoir pour un service hospitalier peuvent être quantifiées.

➤ **Complications péri opératoires :**

Toutes les suites anormales, les incidents et accidents opératoires ont été mentionnés. La mortalité opératoire comparée aux autres années.

➤ **La technicité :**

Ce critère permet de mesurer le pourcentage des actes complexes par rapport aux actes simples.

➤ **La durée de séjour :**

Une durée moyenne du séjour témoigne d'un taux élevé de suites simples et d'une bonne organisation du service.

1-1 : EVALUATION

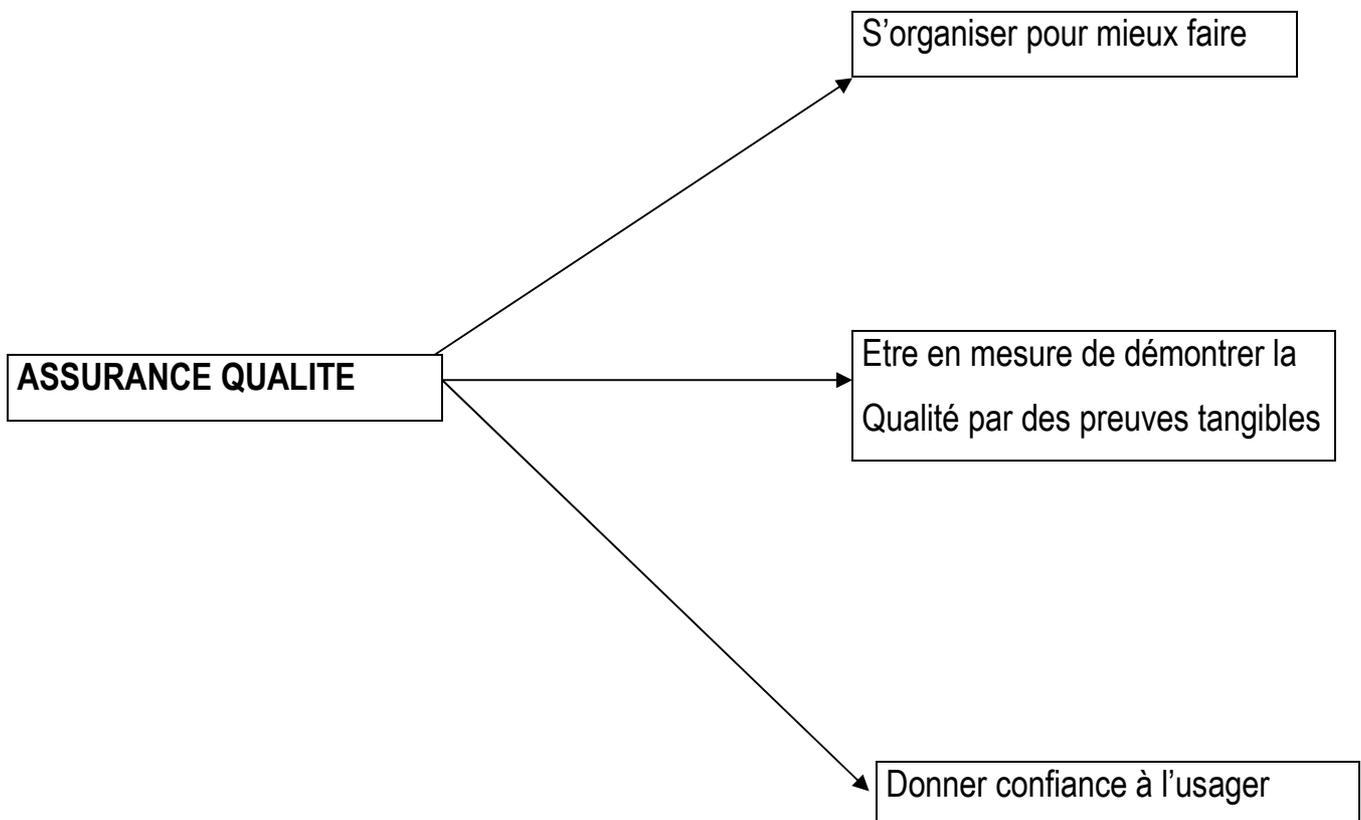
Selon le dictionnaire des termes français, évaluer c'est donner une valeur permettant de faire un jugement ou un classement. L'évaluation est l'action d'évaluer.

1-2 : QUALITE [43]

Elle est l'ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites du demandeur.

1-3 : ASSURANCE QUALITE [43]

L'assurance qualité est la mise en œuvre d'un ensemble approprié de dispositions pré établies, systématique et destinées à donner confiance à l'obtention de la qualité requise.



2 : LES DONNEES ET LES METHODES : (30)

Depuis 1966 Donabedian A a défini les champs d'application de l'évaluation en santé ;

En 1987 L'OMS a réactualisé ces différents domaines qui sont :

- ❖ L'évaluation des structures
- ❖ L'évaluation des stratégies
- ❖ L'évaluation des résultats

2-1 : EVALUATION DES STRUCTURES (30)

L'évaluation des structures de soins doit être abordée selon plusieurs axes ;

Les critères d'évaluation sont nombreux : activité, efficacité, qualité des soins, coût etc.

Ces quelques critères suffisent à illustrer la complexité potentielle de ce domaine d'autant plus que l'approche doit être centrée sur la prise en charge globale du malade.

Elle va prendre en compte différents champs au sein d'une structure ;

1. La fonction hospitalière :

- Fonction hospitalière
- Les fonctions administratives,
- Urgences et accueil,
- Plateaux médicaux techniques

2. Les pratiques et le fonctionnement de la structure sanitaire ;

(Elle doit être centrée sur la prise en charge globale du patient).

3. Les pratiques professionnelles des catégories socioprofessionnelles

(Pratique médicale, paramédicales et administratives).

2-1-1 : I L'ÉVALUATION DES RESSOURCES ECONOMIQUES (33)

L'évaluation des ressources économiques consiste en une appréciation du rapport entre les in-puts (moyens mis en œuvre) et les out-puts (résultats obtenus) selon Drumond 1984. Soit la forme la plus achevées, celle de l'analyse coût - bénéfice, elle se donne pour objectif de vérifier si l'investissement (portant sur les biens non marchands) dégage un surplus social qui maximise la différence entre les bénéfices et les coûts pour la collectivité.

Elle est donc censée aider à déterminer les seuils au-delà desquels un effort médical ou sanitaire ne saurait plus socialement justifier (MOATTI 1988).

Elle procède en une analyse comparative de différentes alternatives d'action en termes de coûts et de conséquence. C'est ainsi qu'elle apprécie le coût global la prise en charge d'une pathologie.

Le coût global se compose du coût direct et indirect .Le rôle de l'évaluation économique revient à apporter des éléments quantifiés d'appréciation de l'intérêt pour la collectivité d'une pratique médicale donnée et des modalités concrètes de sa mise en œuvre. L'évaluation doit donc mettre en balance le coût et les conséquences des pratiques médicales. Quatre types d'analyses peuvent être envisagés.

TABLEAU 1 : ESQUISSE D'UNE TYPOLOGIE DES ETUDES D'EVALUATION ECONOMIQUE DE PROCEDURES MEDICALES

TYPE	MESURE COUT	IDENTIFICATION DES CONSEQUENCES	MESURE DES CONSEQUENCES
1. Minimisation Des coûts	Francs	Conséquences Identiques pour Toutes les alternatives	Aucune
2. Cout- efficacité	francs	Indicateurs d'efficacité à dimension unique	Unité physique : Année de vie Décès évités
3. Cout-utilité	francs	Indicateurs d'efficacité à plusieurs dimensions	QALY (quality adjusted Life year)
4. Coût- bénéfice	francs	Indicateurs d'efficacité à plusieurs dimensions	Francs

- L'analyse de minimisation ou analyse coût identification :

Son but est d'identifier la stratégie la moins coûteuse sachant que les conséquences des pratiques médicales étudiées sont très voisines. Néanmoins les pratiques médicales aboutissent rarement à des résultats semblables et les analyses de minimisations sont très peu utilisées en santé. Elles peuvent cependant modifier les pratiques médicales. L'unité utilisée est l'unité monétaire par patient traité.

- L'analyse coût -efficacité :

Face à des pratiques médicales à coût équivalent, on choisira celle offrant la meilleure efficacité. De même face à des pratiques d'efficacité semblable on choisira la moins onéreuse. Elle s'exprime en unité monétaire par unité monétaire par unité physique ou vis versa. L'unité physique peut être l'année de vie gagnée ou le nombre de décès évités. Cette analyse est difficile à mettre en évidence dans notre étude.

- L'analyse coût -utilité :

Face à la difficulté de résumer l'efficacité d'une pratique médicale en unité trop simple d'année de vie gagnée, l'économiste de santé a élaboré une unité plus achevée "l'unité QALY" (quality adjusted life year). Elle compte non seulement la longévité mais aussi la qualité de vie permise par la pratique médicale.

- L'analyse coût -bénéfice :

Elle vise à comparer le coût d'une pratique au regard de son résultat et les moyens mis en œuvre qui sont comparées par la même unité qui est l'unité monétaire.

Afin d'intégrer l'évaluation des pratiques médicales au système de santé deux catégories d'outils sont nécessaires, d'une part des outils « d'information » et d'autre part des outils de décision :

- Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)
- Les groupes homogènes de malades (GMH) chez les français et DRG (diagnosis related groups) aux Etats-Unis.

2-2 EVALUATION DES STRATEGIES

Actuellement on assiste à une évolution des moyens techniques et une augmentation des coûts de santé. Il est donc nécessaire d'établir le cadre permettant d'obtenir des réponses claires à des questions touchant à l'efficacité et à l'utilité des technologies.

Si l'on se réfère à la définition de l'Office of Technology Assessment (OTA) dans son sens le plus large cette démarche prend en compte la sécurité, l'efficacité

expérimentale et pragmatique d'une technologie, son coût et son rapport coût-avantage [30].

L'évaluation des stratégies prend en compte des procédures mises en place pour aboutir à des diagnostics et en mettre en marche une thérapeutique pour compter un résultat satisfaisant. Donc il est nécessaire qu'une observation stricte des temps d'un examen clinique, la rapidité, l'efficacité de la démarche diagnostique et l'unité d'un examen complémentaire soient respectées.

2-3 : Evaluation des pratiques [30]

L'évaluation des pratiques pour le professionnel de santé vise à développer un état d'esprit permettant de juger de manière objective l'écart qui existe entre ce que l'on est en droit d'attendre de la mise en œuvre des techniques et les résultats effectivement obtenus. Ce nouvel état d'esprit nécessite un apprentissage de la remise en cause des attitudes acquises. La démarche d'évaluation de la qualité des soins telle qu'elle est discutée sous le terme général d'audit clinique s'effectue selon les étapes suivantes :

- La sélection du thème de l'activité d'évaluation (identification des problèmes prioritaires).
- L'élaboration des critères de qualités des comportements dans la situation choisie (choix d'une attitude de référence).
- La description de la réalité (recherche de la présence ou de m'absence des critères de qualité).
- L'analyse des écarts entre la réalité et les critères de références, analyse des causes puis la recherche de solutions.
- L'évaluation de l'impact des mesures de correction sur la pratique médicale.

A coté de l'audit clinique existent d'autres indicateurs des résultats comme la détermination de la morbidité, de la mortalité et de la satisfaction du patient.

2-4 : LA SATISFACTION DU PATIENT [8]

L'évaluation de la satisfaction du patient doit tenir compte de niveau socio-économique, d'instruction et d'information sur l'évolution des techniques et procédés médicochirurgicaux.

Bien qu'étant un critère subjectif, elle permet de montrer au patient qu'il est le premier intéressé et sache que tel procédé est techniquement possible par rapport aux ressources mises à la disposition du professionnel de santé.

En conclusion :

Cette présentation n'est que schématique. Elle a pour but de décrire les différents domaines, il est bien attendu que ces domaines doivent être étudiés parallèlement et c'est qui concourt à l'évaluation interne des établissements de soins, la recherche de la qualité globale et du meilleur service rendu au patient.

Le concept d'évaluation dans le domaine de la santé recouvre différents champs.

L'évaluation des stratégies et des techniques médicales concerne trois domaines.

TABLEAU 2 : LES OUTILS DE L'EVALUATION DE LA QUALITE DES SOINS [16]

APPROCHE	TRANSVERSALE Concernant les activités	SPECIFIQUE Activité et pathologie
Evaluation des pratiques Professionnelles	Indicateurs de résultat Ou de procédures	Audit clinique Revue de dossier
Assurance qualité	-Audit de structure -Manuel qualité	Analyse de procédure
Qualité totale	-Tableaux de bords -Indicateurs de résultats -Suivi de trajectoire -Satisfaction du patient	Groupes de progrès Cercle de qualité Satisfaction du patient

2-5 : LES DIFFICULTES DE L'EVALUATION DE LA QUALITE DES SOINS [16]

Une politique de développement des systèmes de qualité doit tenir compte des avantages mais aussi des résistances que suscitent ce type de changement .Les actions d'évaluation et d'amélioration de la qualité peuvent générer un changement profond qui touche à la fois la culture et les rapports sociaux au sein des établissements de soins. L'adhésion de tous les professionnels à ce changement apparaît comme la condition du succès.

2-5-1 : ASPECTS CULTURELS [16]

L'évaluation peut être perçue comme un contrôle administratif. Elle peut être perçue comme une procédure de contrôle, voire une menace dans l'exercice quotidien d'une fonction.

Les professionnels de santé ont une conception de la qualité qui est parfois fondée sur la performance individuelle et perçoivent en ce cas mal les dimensions collectives du résultat du processus de soins .Le secret médical est parfois considéré comme menacé,

le légitime attachement des médecins à la confidentialité des données et au secret médical sont parfois avancés comme argument de refus prudent .Donc il faut veiller à ce que la responsabilité de l'évaluation soit confiée à des médecins garantissant le respect du secret médical.

2-5-2 : ASPECTS SOCIOLOGIQUES [16]

Le pouvoir à l'hôpital est partagé entre trois groupes professionnels :

- Administration
- Corps médical
- Personnel paramédical

Dans ces conditions les opérations de mise en place d'une démarche qualité des soins doivent recevoir l'adhésion de tous , condition souvent difficile à obtenir ce qui retarde le développement de tel projet .Les services médicaux disposent d'une forte autonomie d'action qui leur donne la capacité de résister au changement Les services administratifs n'ont pas de compte à rendre aux travailleurs, l'adhésion des responsables administratifs et médicaux n'est pas suffisante pour développer un système qualité, il faut en plus celle des responsables des services. Il faudra que chacun des trois groupes puisse faire « interface » avec les autres au niveau des services et de l'hôpital.

2-5-3 : LE PROBLEME D'ORDRE ETHIQUE [33]

L'obstacle d'ordre éthique repose sur deux malentendus :

- Les véritables objectifs de la médecine et son champ d'action qui est nécessairement limité mais que l'on croit infini : « consoler beaucoup, soulager le plus souvent et guérir quelque fois ».
- Les agents de santé s'imaginent tirer profit des situations sans évaluation leur laissant ainsi tout pouvoir sur les malades et toute indépendance vis-à-vis de l'administration.

Le regain de situations conflictuelles entraîne une régression massive du « pouvoir médical ».

MÉTHODOLOGIE

IV METHODOLOGIE

1 SITUATION GEOGRAPHIQUE

Implantation:

L'hôpital de Sikasso est situé au quartier Lafiabougou non loin du commissariat de police du 2^{ème} Arrondissement sur la route de Missirikoro en face du village CAN annexe. Il a 5 portes d'accès :

- Une porte principale destinée aux malades et usagers
- Une porte destinée aux véhicules d'urgence
- Une porte destinée à l'entrée du personnel

L'ensemble de ces portes fait face à la route de Missirikoro

- Une porte d'accès de la morgue qui est située sur la façade Nord
- Une porte d'accès des sapeurs pompiers située sur la façade Est.

L'hôpital de Sikasso couvre une superficie d'environ huit (8) hectares (ha). Ce complexe hospitalier est pavillonnaire et comprend 21 bâtiments avec un mur de clôture de 1,7km linéaire. La pose de la première pierre a été faite en Novembre 2007 et l'inauguration a eu lieu le 18 Octobre 2010 sous la présidence de son Excellence M. Amadou Toumani TOURE. Le déménagement s'est déroulé le 29 Novembre 2010.

1.2-LOCAUX

a. BLOC HOSPITALISATION CHIRURGIE

a.1 Rez-de-chaussée

- ✓ 1 salle d'accueil - orientation ;
- ✓ 1 salle VIP à 1 lit;

- ✓ 6 bureaux ;
- ✓ 4 grandes salles à 4 lits ;
- ✓ 2 salles à 2 lits
- ✓ 1 salle de garde des infirmiers
- ✓ 1 salle de soins ;
- ✓ 1 salle pour linge ;
- ✓ 4 toilettes
- ✓ Ascenseur

a.2. A l'étage

- ✓ 1 salle d'accueil - orientation ;
- ✓ 4 salles VIP à 1 lit ;
- ✓ 1 salle à 2 lits ;
- ✓ 4 grandes salles à 4 lits ;
- ✓ 1 bureau ;
- ✓ 4 toilettes ;
- ✓ 1 salle des internes ;
- ✓ 1 salle à 1 lit ;
- ✓ 1 salle des archives et matériel de nettoyage;
- ✓ 1 salle de soins

b. BLOC OPERATOIRE ET STERILISATION CENTRALE

b.1 Bloc opératoire

- ✓ 3 salles d'opération ;
- ✓ 1 salle de réveil ;
- ✓ 1 salle de préparation des malades ;
- ✓ 2 bureaux ;
- ✓ 1 salle de garde des aides ;

- ✓ 2 salles de garde des anesthésistes ;
- ✓ 2 toilettes ;
- ✓ 2 vestiaires
- ✓ 1 salle d'entrée des produits ;
- ✓ 1 salle de sortie des linges salles

b.2 Stérilisation générale

- ✓ 1 aire de lavage ;
- ✓ 1 aire d'emballage ;
- ✓ 1 salle d'autoclave ;
- ✓ 2 salles de stockage du matériel stérilisé ;
- ✓ 1 salle de livraison du matériel stérilisé ;
- ✓ 2 toilettes;
- ✓ 1 bureau ;
- ✓ 2 vestiaires ;
- ✓ 1 salle de garde

c. BLOC DU SERVICE DES URGENCES

- ✓ 2 salles d'accueil - orientation ;
- ✓ 3 box de tri ;
- ✓ 1 salle de soins ;
- ✓ 1 salle de plâtrage ;
- ✓ 1 salle de petite chirurgie ;
- ✓ 1 salle de bain malade.
- ✓ 2 salles d'observation à 3 lits;
- ✓ 4 bureaux ;
- ✓ 1 salle de garde des internes ;
- ✓ 1 salle de garde des chirurgiens ;

- ✓ 1 salle de garde des Médecins ;
- ✓ 2 salles de garde des infirmiers
- ✓ 2 toilettes

1.3- PERSONNEL DE CHIRURGIE

Se compose de :

- Six Chirurgiens : un traumatologue, un urologue et quatre chirurgiens

Généralistes dont un Chinois.

- Trois étudiants hospitaliers(EH)
- Huit Infirmiers dont cinq Techniciens Supérieur de Santé ; trois Techniciens de Santé et deux Aides-soignantes.

1.4- ACTIVITES

Les activités du service de chirurgie générale

- les consultations externes du Lundi au vendredi
- les hospitalisations se font tous les jours,
- lundi, Mardi, et jeudi sont les jours de bloc pour la chirurgie,
- chaque matin, il est organisé un staff de 45minutes (entre 08H-08H 45mn)
- la visite des malades hospitalisés à partir de 08H 45mn,
- les vendredis le staff général d'une heure
- le programme opératoire est établi chaque Vendredi
- une équipe de garde comprenant un chirurgien et un EH est toujours détaché pour recevoir les urgences

2 : TYPE D'ETUDE

Il s'agissait d'une étude prospective et transversale.

3 : PERIODE D'ETUDE

Notre étude a été effectuée durant 3 mois du 1^e juin au 31 Août 2011

4 : CADRE D'ETUDE :

Cette étude a été effectuée dans le service de chirurgie générale de l'hôpital de Sikasso, qui constitue la référence au sein de la pyramide sanitaire régionale.

Actuellement il compte en son sein 10 services spécialisés dont le service de chirurgie générale.

Le service de chirurgie générale a une activité chirurgicale diverse, à prédominance digestive.

Activités de formation et de recherche :

- ❖ Stage pour les étudiants de la 6^{ème} et 7^{ème} année préparant une thèse de doctorat en médecine,
- ❖ Stage infirmier pour les infirmiers du 1^{er}, du 2^{ème} cycle et les aides soignants.
- ❖ Stage d'apprentissage clinique pour les étudiants de la 1^{ème}, 2^{ème}, 3^{ème}, 4^{ème} et 5^{ème} année médecine.

4 : PATIENTS

4.1 : CRITERES D'INCLUSION

- ✓ Les malades hospitalisés et opérés par les chirurgiens du service.

4.2 : CRITERES DE NON INCLUSION:

- ✓ Les malades opérés par d'autres chirurgiens mais hospitalisés dans le service,
- ✓ Les malades non opérés.
- ✓ Les malades ambulatoires opérés par les chirurgiens du service.

4.3 : ECHANTILLONNAGE

Nous avons recruté systématiquement tous les malades opérés par les chirurgiens du service.

Les malades opérés ont fait l'objet d'une fiche d'enquête individuelle recueillant les données administratives, médicales, thérapeutiques, et la satisfaction du patient à la fin de son séjour hospitalier

Pour l'évaluation des structures et du personnel une 2^{ème} fiche signalétique, recueillant le nombre de personnel, leur qualification, le nombre de lits de malade, le nombre de bureaux de consultation, le nombre de salle de garde, l'équipement et les différentes activités.

5 : DEROULEMENT DE L'ENQUETE

L'enquête s'est déroulée en trois mois. La phase préliminaire a concerné à l'élaboration des fiches d'enquête. Ensuite l'enquête a été faite par la même personne pour éviter les erreurs. La phase de saisie des données et du texte a duré environ 2 mois.

6 : LES SUPPORTS

Les supports qui nous ont permis de mener cette étude sont :

- La fiche d'anesthésie pour la classification ASA et la durée opératoire,
- Les dossiers des malades venus en consultation ou hospitalisés,
- Le registre de compte rendu opératoire,
- Le registre administratif de l'hôpital

7 : L'ANALYSE DES DONNEES ET SAISIES

Les données ont été analysées sur le Logiciel SPSS 16.0 et la saisie du texte sur logiciel WORD.

Les tests de validité utilisés ont été le chi 2 et le P de student avec un seuil de signification pour $P < 0,05$.

RÉSULTATS

V RESULTATS

4-1 EVALUATION DES RESSOURCES

4-1-1 LES STRUCTURES

Le service de chirurgie générale de l'hôpital de Sikasso comprend une unité de consultation, une unité d'hospitalisation et des salles opératoires. Le service compte 28 lits d'hospitalisation. Les lits sont repartis entre 3 catégories de confort d'hospitalisation allant de la 1^{re} à la 3^{ème} catégorie.

TABLEAU I : MATERIEL 3^{ème} CATEGORIE D'HOSPITALISATION

ETAT MATERIELS	NOMBRE	ABSENT	MAUVAIS	BON
Matelas	4			4
Ventilateur	2			2
Lavabo	1			1
Balcon	1			1
Toilette externe	1			1

Absent : qui n'est pas présent

Mauvais : qui n'a pas toutes les qualités convenables à sa nature

Bon: qui a toutes les qualités convenables à sa nature

TABLEAU II : MATERIEL 2^{ème} CATEGORIE D'HOSPITALISATION

ETAT MATERIELS	NOMBRE	ABSENT	MAUVAIS	BON
Lit	2			2
Matelas	2			2
Ventilateur	2			2
Balcon	1			1
Lavabo	1			1
Toilette intégrée	1			1

Absent : qui n'est pas présent

Mauvais : qui n'a pas toutes les qualités convenables à sa nature

Bon: qui a toutes les qualités convenables à sa nature

TABLEAU III : MATERIEL 1^{re} CATEGORIE D'HOSPITALISATION

ETAT MATERIELS	NOMBRE	ABSENT	MAUVAIS	BON
Lit	1			1
Matelas	1			1
Ventilateur	1			1
Climatiseur	1			1
Lavabo	1			1
Toilette	1			1
Balcon	1			
Table de nuit	1			1
Inter phone	1	1		
Chaise	2			2
Téléviseur	1			1
Armoire	1			1
Dressing	1			1

Absent : qui n'est pas présent

Mauvais : qui n'a pas toutes les qualités convenables à sa nature

Bon: qui a toutes les qualités convenables à sa nature

TABLEAU IVa ETAT DES SALLES D'HOSPITALISATION

ETAT	SALLES	SALLES VIP	CABINNE	SALLE I II III IV
Surface		9m2	12m2	12m2
Nombre de lits		1	2	4
Distance entre les lits		—	2 m	1m
Matelas sans couverture		non	non	non
Murs		propres	propres	propres

TABLEAU IV b ETAT DES SALLES D'HOSPITALISATION

ETAT	SALLES	SALLES VIP	CABINNE	SALLES I II III IV
Toilette		oui	oui	absente
Ventilation		oui	oui	oui
Climatisation		oui	non	non

Lumière bonne bonne bonne

Seules les salles VIP sont climatisées

TABLEAU IVc ETAT DES SALLES D'HOSPITALISATION

ETAT	SALLES	SALLES VIP	CABINNE	SALLES I II III IV
Hygiène		Bonne	Bonne	Bonne
Toile d'araignée plafond		non	non	non
Présence ustensiles et produits culinaires		non	non	non
Présence de mouches et de moustiques		oui	oui	oui
Accompagnant dans les salles		2	2	2
Peinture		propre	propre	Propre

La présence de mouches et moustiques a été constaté dans les salles.

TABLEAU V ORGANISATION DE LA CONSULTATION EXTERNE

		JOURS DE CONSULTATION			
		LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI
ETAT					
Responsable		Chirurgien	Chirurgien	Chirurgien	Chirurgien
Nombre d'EH		1	1	1	1
Début-consultation		08 H	08H	08H	08H
Salle d'attente		Oui	Oui	Oui	Oui
Téléviseur		Absent	Absent	Absent	Absent

EH : Etudiant hospitalier

Les consultations ont lieu du lundi au jeudi à partir de 08H

4-1-2 EVALUATION DE L'EQUIPEMENT

TABLEAU VI ETAT DE L'EQUIPEMENT

EQUIPEMENTS	NOMBRE	DISPONIBLE	OPERATIONNEL	SUFFISANT
FIBROSCOPE	-	non	non	non
ECHOGRAPHE	-	non	non	non
B/APPENDICECTOMIE	04	oui	oui	non
B/HERNIE	03	oui	oui	non
B/CHOLECYSTECTOMIE	01	oui	oui	non
B/LAPAROTOMIE	04	oui	oui	non
B/LAPAROSCOPIE	-	-	-	-
B/PANSEMENT	02	oui	oui	non
TENSIOMETRE	02	non	oui	non
TABLE DE PANSEMENT	02	oui	oui	non
TABLE OPERATOIRE	03	oui	oui	non
CHARIOT	03	oui	oui	non
BAC	03	oui	oui	non
POUBELLE	03	oui	oui	non

4-1-3 EVALUATION DU PERSONNEL

TABLEAU VII QUALIFICATION DES MEDECINS DU SERVICE

PERSONNEL	NOMBRE ANNEE EXPERIANCE	QUALIFICATION	TYPE DE DIPLOME
Praticien hospitalier	16	Chirurgien	CES
Praticien hospitalier	9	Chirurgien	CES
Praticien hospitalier	6	Chirurgien	CES

TABLEAU VIII : QUALIFICATION DES IBODES DU SERVICE

PERSONNEL	NOMBRE ANNEE EXPERIANCE	QUALIFICATION	TYPE DE DIPLOME
1	< 5	IBODE	Assistant

3	5- 10	IBODE	Assistant
1	>10	IBODE	Assistant

TABLEAU IX : QUALIFICATION DES IINFIRMIERS DU SERVICE

PERSONNEL	NOMBRE ANNEE EXPERIANCE	QUALIFICATION	TYPE DE DIPLOME
3	< 5	INFIRMIER	TSS
4	5- 10	INFIRMIER	TSS
1	>10	INFIRMIER	TSS

TABLEAU X : QUALIFICATION DES IBODES DU SERVICE

PERSONNEL	NOMBRE ANNEE EXPERIANCE	QUALIFICATION	TYPE DE DIPLOME
2	>10	Aide Soignant	TSS

En plus des chirurgiens, IBODE infirmiers et aides soignantes le service comptait :

-3 Etudiants en année de thèse

4-1-4 DONNEES SOCIO-ECONOMIQUES DES PATIENTS

TABLEAU XI : REPARTION DES PATIENS SELON LE SEXE

SEXE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Masculin	69	54,8
Féminin	57	45,2
TOTAL	126	100

Le sexe ratio 1,2 est en faveur des hommes.

TABLEAU XII : REPARTITION SELON LA TRANCHE D'AGE

CLASSE D'AGE	EFFECTIF	POURCENTAGE
0-16	30	23,8
17-59	56	44,6
>60	40	31,6
TOTAL	126	100

Les enfants de moins de 18 ans ont représenté 17,5%.

La moyenne d'âge était de 36,6 ans avec des extrêmes de 08 ans et 90 ans.

L'écart type de 16 ans.

TABLEAU XIII : REPARTITION DES PATIENSTS SELON LA PROVENANCE

PROVENANCE	EFFECTIF	POURCENTAGE
SIKASSO	72	57,3
KADIOLO	21	16,7
KOUTIALA	6	4,8
KOLON DIEBA	6	4,8
AUTRES	21	16,4
TOTAL	126	100

La majorité de nos malades venait de la ville de Sikasso soit 57,3%

TABLEAU XIV: REPARTITION DES PATIENSTS SELON LA PRINCIPALE ACTIVITE

PRINCIPALE ACTIVITE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Femme au foyer	48	38,1
Cultivateur	42	33,3
Eleveur	3	2,4
Commerçant	6	4,8
Elève / Etudiant	15	11,8
Fonctionnaire	3	2,4
Employé privé	3	2,4
Sans activité	6	4,8

TOTAL	126	100
--------------	------------	------------

Les cultivateurs et les femmes au foyer ont représentés respectivement 42 et 48 de notre effectif

TABLEAU XV : REPARTITION DES PATIENSTS SELON LE REVENU

REVENU	EFFECTIF	POURCENTAGE
Revenu faible	99	78,6
Revenu intermédiaire	24	19
Revenu élevé	3	2,4
TOTAL	126	100

TABLEAU XVI : REPARTITION DES PATIENSTS SELON LE NIVEAU D'INSTRUCTION

NIVEAU D'EDUCATION	EFFECTIF	POURCENTAGE
Non scolarisé	72	57,1
Primaire	42	33,3
Secondaire	9	7,2
Universitaire	3	2,4
TOTAL	126	100

Les non scolarisés ont représentés 57,1% de nos patients.

BILAN PREOPERATOIRE ET ANTECEDENTS

TABLEAU XVII : NATURE ET LE NOMBRE DU BILAN SANGUIN PREOPERATOIRE

NATURE	EFFECTIF	POURCENTAGE
NFS-VS	90	71,4
Créatinine mie	87	69
Glycémie,	87	69
TP, TCA	87	69
groupage rhésus	100	100
Transaminases,	3	2,4
Ts, Tc	3	2,4

TABLEAU XVIII : REPARTITION SELON LE BILAN EN IMAGERIE

NATURE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Echographie	60	47,6
ASP	18	14,3
Echographie UIV	3	2,4
Radiographie membres	3	2,4
Néant	27	21,4
Lavement baryté	6	4,8
RX thorax Echo	6	4,8
Lavement baryté	3	2,4

Néant : aucun bilan d'imagerie

L'examen le plus demandé a été l'échographie abdominale soit 47,6%

TABLEAU XIX : REPARTITION SELON L'ANOMALIE DU BILAN PREOPERATOIRE

ANOMALIE	EFFECTIF	POURCENTAGE
OUI	9	7,1

NON	117	92,9
TOTAL	126	100

INTERVENTION CHIRURGICALE

TABLEAU XX : REPARTITION SELON LE TYPE DE CHIRURGIE

CARACTERE DE LA CHIRURGIE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Chirurgie réglée	84	66,7
Chirurgie urgente	42	33,3
TOTAL	126	100

La majorité de nos patients a été opérée a froid

TABLEAU XXI : REPARTITION SELON LA SPECIALITE CHIRURGICALE

TOPOGRAPHIE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Chirurgie viscérale	81	64,2
Traumatologique	3	2,4
Gynécologique	18	14,3
Urologie	24	19,1
TOTAL	126	100

**TABLEAU XXII : REPARTITION SELON LE TYPE DE CHIRURGIE
(CLASSES D'ALTEMEIR)**

TYPE DE CHIRURGIE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Propre	72	57,1
Propre contaminée	15	11,9
Contaminée	12	9,5
Sale	27	21,5
TOTAL	126	100

Parmi les patients opérés 57,1% étaient classés chirurgie propre.

TABLEAU XXIII: REPARTITION SELON LA CLASSE ASA

CLASSE ASA	EFFECTIF	POURCENTAGE
ASA 1	102	81

ASA 2	24	19
-------	----	----

TOTAL	126	100
--------------	------------	------------

La majorité de nos patients avait le score ASA1 soit 81%.

TABLEAU XXIV : REPARTITION SELON LE TYPE D'ANESTHESIE

TYPE D'ANESTHESIE	EFFECTIF	POURCENTAGE
AG	30	23,8
Péridurale	3	2,4
Rachianesthésie	45	35,7
Anesthésie Locale	3	2,4
Rachianesthésie +AG	45	35,7
TOTAL	126	100

TABLEAU XXV : PROFIL D'ANESTHESISTE

QUALITE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Médecin	3	2,4
Technicien supérieur en santé	123	97,6

TOTAL	126	100
--------------	------------	------------

TABLEAU XXVI : REPARTITION SELON LA DUREE DE L'INTERVENTION

DUREE (MUNITE)	EFFECTIF	POURCENTAGE
< 60	96	76,2
61-120	30	23,8
Supérieure à 120	0	0
TOTAL	126	100

TABLEAU XXVII : REPARTITION SELON LA DUREE DE SEJOUR DANS LE SERVICE DES SOINS INTENSIFS

SEJOUR (EN JOUR)	EFFECTIF	POURCENTAGE
1	6	14
2	1	2
TOTAL	7	100

TABLEAU XXVIII : REPARTITION SELON LA SASTISFACTION DE L'OPERATEUR

SASTISFACTION	EFFECTIF	POURCENTAGE
Satisfait	123	97,6
Non satisfait	3	2,4
TOTAL	126	100

Les opérateurs ont été satisfaits dans 97,6% des cas

DUREE HOSPITALISATION

TABLEAU XXIX : REPARTITION SELON LA DUREE DE SEJOUR TOTAL

NOMBRE DE JOUR	NOMBRE	POURCENTAGE
1-4	75	59,5
5-8	39	31
9-15	9	7,1
	56	

31 OU + 3 2,4

TOTAL	126	100
--------------	------------	------------

La durée moyenne de séjour a été de 6,3 jours avec des extrêmes de 1 à 30 jours. L'écart type était de 8,59.

TABLEAU XXX : PROFESSION DE CELUI QUI PAYE LES FRAIS

PROFESSION	EFFECTIF	POURCENTAGE
Cultivateur	78	61,9
Eleveur	12	9,6
Commerçant	9	7,1
Fonctionnaire	9	7,1
Employé privé	15	11,9
Autre	3	2,4
TOTAL	126	100

REPARTITION SELON LE REMBOURSEMENT DES FRAIS

Aucun de nos patients n'a bénéficié d'un remboursement

TABLEAU XXXI: REPARTITION SELON LE TIERS -PAYANT

TIERS -PAYANT	EFFECTIF	POURCENTAGE
Père et Mère	48	38,1
Enfants	30	23,8
Epoux	30	23,8
Employeur	3	2,4
Neveux	3	2,4
Autres	6	4,8
TOTAL	126	100

Autres : amis

TABLEAU XXXII : REPARTITION SELON LE DEGRE DE SATISFACTION DU MALADE A SA SORTIE

ETAPES	SATISFAIT	NON SATISFAIT	SANS OPINION
Accueil	120	6	0
Hébergement	120	0	6
Sanitaire	120	3	3
Personnel soignant	120	6	0
Personnel de soutien	120	6	0
Soins curatifs	120	6	0
Séjour	120	6	0
Information sur la maladie	120	6	0
Soins post opératoires	120	6	0

DISCUSSION

VI COMMENTAIRES ET DISCUSSION

ETAT DES SALLES D'HOSPITALISATION

Le service de chirurgie de l'hôpital de Sikasso est un bâtiment neuf inauguré le 18 octobre 2010 avec des chambres multiples un abri des accompagnateurs. Au niveau de celles-ci nous avons recensé un certain nombre d'insuffisance tels que :

- une absence d'armoire et de toilette dans les salles qui ne sont pas climatisées
- une absence de téléphone pour faciliter l'accès du personnel par les patients
- une absence de salle à manger

LE PERSONNEL

Au cours de notre étude le service comptait 3 chirurgiens .Ce qui faisait un chirurgien pour 9 lits. Par manque des moyens financiers ces chirurgiens ont des difficultés pour participer aux colloques et séminaires dans d'autres pays ou d'être abonnés à des revues. Cependant la formation continue était assurée par:

- le staff quotidien du service
- le staff hebdomadaire de l'hôpital

De même que les chirurgiens, les infirmiers ont des difficultés pour participer aux colloques et séminaires dans d'autres pays ou d'être abonnés à des revues à plus forte raison de se spécialiser dans certains domaines pouvant améliorer la qualité des soins.

TABLEAU XXXIII : SEXE SELON LES AUTEURS

AUTEURS	Masculin	Féminin
Barbara ME, Suisse 2008[42] n=1946	702	1244
Thomas V, Suisse, 2008 [43] n=1425	614	811
Dembélé, Mali, 2001 [9] n=391	250	141
Alexander KS, USA ,2007[44] n=803	424	379
Ulrica Nilsson, Suède 2009 [17] n=193	101	92
Kanté, Mali 2008 [13] n=300	155	145
Notre série N=126	69	57

Le sexe masculin a été le plus représenté dans notre étude ainsi que chez Dembélé [9], Kanté [13] Alexander KS USA, 2007 [44]. Par contre les femmes ont été les plus nombreuses dans les séries européennes [42, 43, 44]. Ceci pourrait s'expliquer par le profil du service et des pathologies.

Dans la littérature la satisfaction n'est pas influencée par le sexe des malades.

TABLEAU XXXIV : MOYENNE D'AGE ET AUTEURS

AUTEURS	AGE MOYEN	EFFECTIF
Elfried B, Allemagne 2005 [45]	65 ans	137
P. Rebesa, Espagne 2008 [5]	60,5 ans	3807
Barbara M E, Suisse 2008 [42]	53,9	1946
Ulrica Nilsson, Suède 2009 [17]	51,15 ans	193
Dembélé, Mali, 2001 [9]	41,3 ans	391
A Kanté, Mali [13]	37,6 ans	300
Notre série	36,6	126

Nous avons trouvé un âge moyen de 36,6 ans. Cette moyenne d'âge ne diffère pas de celle de Dembélé [9]. Cependant elle est relativement la moitié de celle retrouvée dans

les séries européennes [45, 5, 42] qui rapportaient respectivement 65 ans ; 60,5ans et 53,9ans. Cette différence peut être liée à la jeunesse de la population malienne dans laquelle 50% des habitants ont moins de 15 ans [31].

L'âge avancé, un bon état de santé perçu et l'évolution favorable de la maladie sont associés à un niveau de satisfaction élevé [38].

TABLEAU XXXV : SYSTEME DE REFERENCE ET AUTEURS

MODE DERECRUTEMENT	AUTEURS	A Kanté, Mali, 2008	Notre série
		[13]	
Venus d'eux-mêmes		41,40%	9%
		<i>P=0,000</i>	
Amené par un ancien malade		0,80%	1,7%
		<i>P=0,7683</i>	
Amené par un personnel autre qu'un médecin		13,8%	13,6%
		<i>P=0,9279</i>	
Référé centre ou hôpital		44%	75,7%
		<i>P=0,0000</i>	

La référence / évacuation bien effectuée est un critère de qualité de soins. Dans notre étude 9 % des malades sont venus consulter d'eux-mêmes. A. Kanté [13] rapporta 41,40 %. Ces autoréférences des malades sont contraires aux objectifs de la pyramide sanitaire qui veut que les malades qui viennent consulter soient référés. Ces faits

peuvent augmenter le nombre de consultants et le délai que ces malades passent devant le bureau de consultation. Par conséquent elles peuvent être une cause d'insatisfaction des malades.

TABLEAU XXXVI : CLASSES ASA ET AUTEURS

CLASSES ASA	AUTEURS	Dembélé, Mali 2001 [9]	Kanté, Mali 2009 [13]	Notre série
ASA1		257 (65,7%) <i>P=0,0035</i>	226 (75,6%) <i>P=0,2522</i>	102(81%.)
ASA2		115 (29,45%) <i>P=0,3864</i>	46(15,3%) <i>P=0,7966</i>	24(19%.)
ASA3		19 (4,85%) <i>P=0</i>	28 (9,3%) <i>P=0</i>	0%.

Le score ASA de nos malades était recueilli sur la fiche d'anesthésie. Ce score permet d'évaluer le risque d'anesthésie pour chaque malade. Dans 102 cas nos malades étaient ASA1. Ce taux est comparable a celui de Dembélé [9] et de Kanté [13] qui ont respectivement trouvé 65,7% et 75%.

TABLEAU XXXVII : REPORTS OU ANNULATION DES INTERVENTIONS ET AUTEURS

AUTEURS	REPORTS OU D'ANNULATION DES INTERVENTIONS	EFFECTIF
Dembélé, Mali 2001 [9]	5,5% P=0,573569	391
Santina, Barcelone 2009[19]	0,31% P=0	2724
Notre série	00%	126

L'annulation ou le report d'une intervention est une cause d'augmentation du séjour hospitalier, d'aggravation de la maladie et d'insatisfaction des patients [13].

Dans notre étude aucun malade n'a été reporté ou annulé soit (00%) après leur hospitalisation. Ce taux ne diffère pas de celui de Santina Barcelone [19] qui trouvait 0,31%. Cependant il y a une différence statistiquement significative entre notre taux et celui de Dembélé [9] qui rapportait 5,5%(p=0,573569).

TABLEAU XXXVIII : ANTIBIOPROPHYLAXIE ET AUTEURS

AUTEURS	ANTIBIOPROPHYLAXIE
Dembélé, Mali, 2001 [9] n=391	375 (95,90%)
Blanchard, France, 2003 [20] n=237	140 (59%) P=0,0003
Blanchard, France, 2005 [20] n=320	255(79,7%) P=0,0002
A. Kanté, Mali, 2008 [13] n=300	68(22,7%) P=0,996
Notre série n=126	11(26,2%)

L'antibioprophylaxie est un des piliers de la prévention des infections du site opératoire (ISO). Elle fait l'objet d'un consensus depuis plus de 10ans en France. Au mali elle tient compte des études antérieures sur l'infection post opératoire en chirurgie. Ainsi notre taux de 22,7% présente de différence statistiquement significative avec celui rapporté par d'autres européens [20] rapportent 59%; 79,7% et Malien [9] = 22,7 et 95,90%. Cette

différence pourrait s'expliquer par le score ASA, la classe d'Altemeier et la durée d'intervention de nos patients.

TABLEAU XXIX : COMPLICATIONS POST OPERATOIRES ET AUTEURS

AUTEURS	COMPLICATION POST OPERATOIRES
Karamarie F, USA, 2008[6]	2,1% (P=0012)
Elfried B, Allemagne 2005 [45] n=137	3,6% (P=0,0022)
Daniel D, Suisse 2004 [7] n=6336	16,4% (P=0,5255)
Kanté Mali, 2008 [13]	7,3% (P=0,0247)
Santina, Barcelone, 2009[19]	1,88% (P=0,0000)
Notre série	14,3%

La survenue d'une complication post opératoire (CPO) peut influencer la satisfaction du malade. Dans les pays africains le taux de complication post opératoire rapporté est élevé et varie de 7,3 à 14,3% [1,9]. Notre taux 14,3% de complication post opératoire est statistiquement supérieur à celui de Santina [19].

Cette différence serait due à une insuffisance de notre système de santé, à une insuffisance d'hygiène au niveau du bloc opératoire et des salles d'hospitalisation où le nombre de lits est élevé et avec le nombre des accompagnants qui était au moins deux par malade.

TABLEAU XXXX: DUREE OPERATOIRE ET AUTEURS

DUREE OPERATOIRE	AUTEURS		
	Kanté, Mali 2001 [9]	Avril A, France 1993 [10]	Notre série
<60	80,9% P=0,2610	28% P=0	76,2%
60-120	17,8% P=0,1440	28% P=0	23,8%
>120	0,3% P=0	18% P=01451	0%

AVRIL A. [10] a défini la durée opératoire comme étant la période écoulée entre l'induction et la sortie du bloc opératoire tandis que dans notre étude elle a été considérée comme la période écoulée entre l'incision et la fermeture de la peau. Ce temps a été inférieur à 60 minutes chez 32 malades de nos patients. Kanté qui avait la même définition que nous rapportait une moyenne de 60 minutes.

TABLEAU XXXXI : SATISFACTION DE L'OPERATEUR ET AUTEURS

AUTEURS	SATISFACTION DE L'OPERATEUR
Canoui Poitrine F, France 2008 [8] n=682	92,3% (P=0,0286)
Dembélé, Mali ,2001 [9] n=391	97,4% (P=0,8281)
Kanté, Mali, [13] n=300	98% (P=0,9048)
Notre série n=126	97,6%

L'évaluation de la satisfaction des opérateurs tout comme celle des patients est un indicateur de la qualité des soins. Notre taux de satisfaction de 97,6% ne présente de différence statistiquement significative de celui de Canoui [8] Kanté et Dembélé [9] qui rapportaient respectivement 92,3% ; 97,4% ; 98%

TABLEAU XXXXII: ETIOLOGIES DE PRESOMPTION DEDECES ET AUTEURS

ETIOLOGIES DE PRESOMPTION DE DECES	AUTEURS	
	Dembélé, Mali, 2001 [9]	Notre série
Choc septique :	6	5
Embolie pulmonaire	1	1
O.A.P	1	0
Arrêt cardio-circulatoire	2	0
Diarrhée	1	0
Hémothorax	1	0
Troubles hydro électrolytiques	1	0
Détresse respiratoire	1	0

Dans notre pays, les traditions et les coutumes socioculturelles font encore que autopsies des malades décédés ne sont pas réalisables. Ce qui a toujours laissé un doute dans les causes de décès et de chercher ceux qui sont évitables. Six de nos malades opérés (1,9%) sont décédés de choc septique et embolie pulmonaire

Un effort devra être envisagé afin de rendre les autopsies possibles dans nos structures.

TABLEAU XXXXIII : SATISFACTION GLOBALE DES PATIENTS ET AUTEURS

AUTEURS	SATISFACTION GLOBALE
Barbara, ME, Suisse 2008[42] n=1946	43,4% (P=0,000)
Canoui Poitrine F, France 2006 [8] n=503	91,3% (P=0,0195)
Dembélé, Mali 2001 [9] n=391	93,55% (P=0,0235)
Notre série n=126	94% (P=0,0236)

L'inclusion de l'opinion des patients dans l'évaluation de la qualité des soins a pris de l'importance depuis une vingtaine d'année et a été adoptée par les établissements comme un indicateur de la qualité des soins. Notre taux de satisfaction globale de 94% ne présente pas de différence statistiquement significative de celui de Canoui [8] et Dembélé [9] qui rapportaient respectivement 91,3% et 93,55%

CONCLUSION RECOMMANDATIONS

VII CONCLUSION

L'évaluation de la qualité des soins est en plein essor dans tous les pays mais celle-ci doit être basée sur des normes internationales. Les soins médicaux sont délivrés par un système complexe mais fragile, qui n'a toujours pas été pensé de façon optimale. Une réflexion approfondie sur le fonctionnement de ce système, sur la nature de ses défaillances et de leurs causes ainsi que sur les moyens aptes à les prévenir est indispensable. La prise en considération la complexité des systèmes de soins, l'analyse critique des processus qui les constituent, et la mise en œuvre de boucles d'apprentissage (planifier–faire–évaluer–analyser) sont trois composantes d'une approche constructive de la qualité des soins.

VIII RECOMMANDATION

Après cette étude nous recommandons que l'évaluation d'un service de chirurgie dans notre contexte doive comporter comme critères quantifiables :

Les différentes activités menées par le service (consultation, hospitalisation et activités opératoires).

L'accueil des malades.

La durée du séjour préopératoire et post opératoire dans le service.

Les causes de reports et d'annulation de l'acte chirurgical.

Les causes et les gravités des complications péries opératoires.

Le nombre et les causes exactes de décès opératoire.

La satisfaction du chirurgien par rapport à l'acte effectué et les moyens dont il dispose pour l'intervention.

La justification d'un traitement et des examens complémentaires.

L'opinion du malade à la fin de son séjour hospitalier sur :

- Son accueil
- Son hébergement
- Sur le personnel
- Les soins
- Le séjour
- L'information des dossiers médicaux et leur archivage.

Pour pallier les insuffisances dans la prise en charge des malades nous recommandons

aussi :

1. A l'endroit des autorités hospitalières

- Amélioration des conditions d'accueil du malade.
- Amélioration des conditions d'hébergement des malades par la création de salles adéquates pour l'hospitalisation (douches et toilettes).
- Dotation du service de moyens et techniques plus performants et mieux adaptés à notre contexte.
- Renforcement des compétences du personnel par l'organisation de séances de formation continue.
- Dotation des services techniques de moyens pour la prise en charge adéquate des malades en urgence.

2. A l'endroit du personnel Socio Sanitaire.

- Acceptation de l'évaluation médicale comme un moyen de parfaire ses pratiques et non pas comme un « contrôle physique et ou intellectuel dégradant ».
- Organisation des séances de formation intéressant tout le personnel du service.
- Collaboration et l'implication de tout le personnel dans la prise en charge des patients
- Exécution correcte par chaque personnel les tâches qui lui sont dévolues.
- Application rigoureuse des procédés et techniques médicales afin de minimiser les complications péri opératoires

3. A L'endroit des malades

- Un changement de mentalité envers les soins chirurgicaux pour une prise en charge rapide des affections.

- La nécessité de percevoir les soins chirurgicaux comme une aide à sa santé et non une agression physique.

BIBLIOGRAPHIE

IX BIBLIOGRAPHIE

1. Donabedian A. (1966),

“Evaluating the quality of medical care”, *Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol.44, no.3, pp.166-203.

2. Donabedian A. The quality of care.

How can it be assessed? *JAMA* 1988;260:1743-8.

3. Roemer MI, Montoya-Aguilar C.

(1988), *Quality assessment and assurance in primary health care*. Geneva, WHO Offset Publication No. 105, 82 p.

4. Kohn LT, Corrigan J, Donaldson M (eds.).

To err is human. Building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press; 2000.

5. Institute of Medicine (2001),

Crossing the quality chasm : A new health system for 21st century. Washington DC, National Academy Press

5. Pere Reba LM, Alexis Luna SM, Helena Vallverdu SN.

Continuous monitoring of adverse events: Influence on the quality of care and the incidence of errors in general surgery. *World J Surg* 2009;33:191-198.

6. Karamarie F, Anne TL, Philip GB, Peter R, Edward AN.

Postoperative mortality after inpatient surgery: Incidence and risk factors. *Therapeutics and Clinical Risk Management* 2008;4(4):681-688.

7. Boiré M.

Etude de la qualité des soins dans les services médicaux et médico-techniques de l'hôpital Gabriel Touré

8. Canoui-Poitrine F, Logerot H, Frank-Soltysiak M.

Assessment of the satisfaction of professionals and patients at a multidisciplinary outpatient surgery unit.

Practice and organization of care 2008;39(4):323-330.

9. Dembélé AY

Evaluation de la qualité des soins au service de chirurgie A de l'hôpital du Point G.

Thèse Med Bamako 2001;N°113.

10. Avril A, Iakdja F, Marée D, Chantegreil C, Renaud Salis JL, Lobera A et al.

Contrôle de la qualité des soins dans un service de chirurgie.

Expérience de la Fondation Bergonié.

J Chir 2003;2:79-86.

11. Baele Ph, Veyckemans F, Waterloo H.

Evaluation de la qualité des soins en anesthésie. Résultats d'une étude pilote.

Louvain Med 2003;112:475-493.

12. Alcoologie et addictologie, 2002 ; 24 [1] : 1-96 Pr Jean-Dominique Favre,

101, avenue Henri-Barbusse, 92141 Clamart Cedex. Téléphone et télécopie : 01 41 46 69 51

13. KANTE A.

Evaluation de la qualité des soins dans le service de chirurgie générale de l'hôpital Gabriel Touré Thèse Med Bamako

14. Bengaly L.

Etude des infections postopératoires dans le service de chirurgie B de l'hôpital national du Point G.

Thèse Pharm Bamako 2003;N°2.

15. Boiré M.

Etude de la qualité des soins dans les services médicaux et médico-techniques de l'hôpital Gabriel Touré.

Thèse Med Bamako 2000; N°64

16. Caron JJ, Barré P, Dumser D.

Un petit hôpital ... A quoi ça sert ?

Etude de l'activité chirurgicale de l'hôpital de London au cours de l'année 2004.

J Chir 2004;127:608-611.

17. Chaix C, Durand-ZI, BrunBC.

Typologie des méthodes d'évaluation des pratiques professionnelles en Afrique du Nord.

Journal d'économie médicale 2007;15:311-318.

18. Coulibaly A.

Etude des infections postopératoires en chirurgie B de l'hôpital national du Point G

Thèse Med Bamako 2003;N°87.

19. Dolo S.

Détermination des examens complémentaires préopératoires indispensables à l'hôpital national du Point G.

Thèse Pharm Bamako 2004; n°88.

20. François P, Blum-BC, Cernichws P, Dubois G, Samber

R, Glanddier PY.

Développement de l'évaluation de la qualité des soins dans les établissements de santé universitaires : stratégies de mise en œuvre d'une démarche qualité.

Journal d'économie médicale 2005;13:195-219.

21. Fourcade B.

Le programme d'audit d'organisation du King Edward's Hospital Fund for London: un outil au service de l'assurance de la qualité dans les établissements de santé.

Journal d'économie médicale 2005;13:215-219.

22. Glorion B.

L'évaluation, une chance pour la médecine. Bulletin de l'ordre des médecins Février 2002;2:1-2.

23. Keïta AM.

Etude sur la mortalité observée dans un service de chirurgie générale à l'hôpital national du point G du 1^{er}/01/1990 au 31/12/1994.

Thèse Med Bamako 2005;N°33.

24. Kondo F.

Etude de la qualité des soins dans certains établissements privés du discret de Bamako.

Thèse Med Bamako 2000; N°48.

25. Lakdja F, Avril A.

Approche du risque thérapeutique pour l'étude de la mortalité opératoire. A partir de 102 décès postopératoires survenus en 10 ans (1975-1984) à la fondation Bergonié.

J Chir (Paris) 2007;124:192-197.

26. Larousse de poche.

Dictionnaire des termes français.

Edition librairie Larousse

27. Matillon Y.

L'évaluation en médecine une démarche en plein développement.

Revu Prat ("Paris) 2006;42:1917-1919.

28. Pellissière G, Dicostanzo J, Martin J.

Le risque opératoire en chirurgie digestive lourde

J Chir 2004;110:615-620.

29. Poncet JF.

L'évaluation économique des pratiques médicales est-elle possible ?

Lyon pharmaceutique 2005;42(4): 353-360.

30. Rabal F, Nakache G, Pauzie M, Tosselli A et Mabriez JC.

L'évaluation des pratiques médicales dans un établissement privé de la Drôme.

Journal d'économie médicale 2005;13:65-67.

31. Saily JC.

La recherche en économie de la santé. Réflexion sur un état des lieux.

Journal d'économie médicale 2004;2(3):137-157.

32. Solovei G, Alame A, Ezzo C.

Etude d'une statistique annuelle de mortalité dans un service de chirurgie générale à orientation digestive et vasculaire du centre hospitalier général.

J Chir 2008;125: 30-36.

33. Soumaoro M.

Coût de production des prestations dans le service de chirurgie A de l'hôpital national du Point G.

Thèse Med 2007; Bamako n°61.

34. Testa J, Zanre YZ, Koné B, Lankouandé J, Sondo B.

Difficultés de l'évaluation de la qualité des soins dans un contexte d'hôpital Africain. L'expérience du service de gynécologie et d'obstétrique du centre hospitalier national d'OUAGADOUGOU, Burkina Faso.

Med trop 2006;56:151-155.

35. Traoré BA.

Complications infectieuses en chirurgie abdominale. A propos de 396 opérés.

Thèse Med Bamako 2003; N°4.

36. Ulrica N, Katarina B, Mitra U, Lars B, Ewa I.

Relation between personality and quality of postoperative recovery in day surgery patients.

European Journal of Anaesthesiology 2009;26:000-000.

37. Santina M, Arrizabalaga P, Prat A, Alcaraz A, Campistol JM, Trilla A.

Institute for clinical management of nephrourological diseases: the benefits of a quality care program.

Nephrology 2009; 29(2):118-122.

38. Ennigrou S, Najah N, Zouari B.

Satisfaction des malades hospitalisés dans un service de chirurgie vis-à-vis de l'hygiène, de l'environnement physique et de la communication.

Association africaine de microbiologie et d'hygiène alimentaire Tunisie 2005;17(48):51-56.

39. Blanchard H, Causse R, Chalfine A, Cherbonnel G, Costa Y, Germann JM et al.

Programme de surveillance et de prévention des infections du site opératoire. Services de chirurgie de l'Inter-région Nord.

Réseau INCISO 2005.

40. Garnerin P, Bovier P, Chamot E, Chastonay P, Chopard P, Hermann F et al.

Qualité des soins.

Bulletin des médecins Suisse 2001;82:38.

41. Vergnenègre A.

Les outils de l'évaluation des soins en France.

Rev Mal Respir 2006;23:3S47-3S60.

42. Barbara ME, Florica M, André B, Peter H.

Patient satisfaction with primary care: an observation study comparing anthroposophy and conventional.

BioMed Center 2008;6:1-15.

43. Thomas V, Perneger MD, Agathe Charvet-Bérard MS, Arnaud Perrier MD.

Patient assessment of the most important medical decision during a hospitalization.

J Gen Intern Med 2008; 23(10):1659-1665.

44. Alexander KS, Roger BD, Eric LK

Differences in the quality of the patient –physician relationship among terminally ill African-American and White Patients: Impact on advance care Planning and treatment Preferences.

J Gen Intern Med 2007; 22(11):1579-1582

45. Elfriede B, Thomas L, Stefan PM, Arnulf HH.

Evaluation of possum scoring system in patients with gastric cancer undergoing D2-gastrectomy.

BMC Surgery 2005;5:8.

FICHE SIGNALÉTIQUE

ANNEE UNIVERSITAIRE	: 2012-2013
VILLE DE SOUTENANCE	: Bamako
PAYS D'ORIGINE	: <i>Mali</i>
LIEU DE DEPOT	: Bibliothèque de la FMOS
SECTEUR D'INTERET	: Chirurgie, santé publique et économie de la santé.

INTRODUCTION : L'évaluation des pratiques médicales est un ensemble de processus pour aider le professionnel de la santé à faire le meilleur choix diagnostique et thérapeutique pour le malade et la société. Nos objectifs étaient :

- Décrire les ressources, les structures et les activités du service,
- Déterminer le degré de satisfaction du patient à sa sortie,
- Identifier les difficultés dans la prise en charge des patients,
- Décrire les complications postopératoires.

METHODOLOGIE : Nous avons réalisé une étude prospective et transversale du 1^{er} juin au 31Août 2011. Incluant Tous les malades opérés et hospitalisés dans le service dans le service de chirurgie générale de l'hôpital de Sikasso.

RESUTATS :

Nous avons opéré 126 malades dont 69 hommes (54,8%) et 57 femmes (45,2%) avec

des extrêmes d'âge de 3 jours et 79 ans. La chirurgie digestive représentait 87,8% des interventions.

Pendant la période d'étude le service comptait 14 chambres d'hospitalisation ; 28 lits repartis entre 3 catégories d'hospitalisation. Le nombre de personnel du service était 21 dont 3 chirurgiens, 3thésards, 5 aides de bloc, 8 infirmiers et 2 aides soignants.

Aucune de nos interventions n'a été reportée. L'opérateur n'était pas satisfait au cours de 3 interventions soit (2,4%) 18 malades soit (14,3%) ont fait une complication post opératoire. Le séjour moyen a été de 6,3 jours. Le taux de satisfaction global des patients à leur sortie était de 92,8%, 7,1% n'étaient pas satisfait et 1,35% étaient sans opinion. (38%) étaient pris en charge par les parents et 3% par le service employeur.

CONCLUSION : L'évaluation de la qualité des soins est en plein essor mais celle-ci doit être basée sur des normes internationales.

MOTS CLEFS : Evaluation, qualité soins, chirurgie.

ANNEXES

X ANNEXES

EVALUATION DE LA QUALITE DE SOINS DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE

N° FICHE..... / / /

ETAT CIVIL DU MALADE :

Q1 : NOM ET PRENOMS.....

Q2 : AGE / /

Q3 : SEXE..... /

1= Masculin

2=Féminin

Q4 : PROFESSION..... / /

1= femme au foyer

6=Journalier

11= Indéterminé

2= Cultivateur/ Eleveur

7=Retraité

3=Commerçant

8=Sans profession

4=Elève/Etudiant

9=Employé privé

5=Fonctionnaire

10=Autres

Q5 : REVENU MENSUEL..... / ____ /

Q6 : STATUT FINANCIER..... / ____ /

1= Malade faible revenu R A<200\$US

2= Malade a revenu intermédiaire 200\$<R A> 4000\$

3= Malade a revenu élevé R A> 4000\$

Q7 : ZONE DE RESIDENCE (habituelle durant ces 5 dernières années.)/___/

1= Zone rurale (pas d'électricité et d'eau potable)

2=Zone suburbaine (électricité ou eau)

3= Zone urbaine (électricité + eau)

Q8 : REGION OU PAYS DE PROVENANCE...../___/

1= Sikasso

2= Kadiolo

3= Bougouni

4= Yorosso

5=Yanfolila

6= Koutiala

7= Kolondiéba

8=

Autres

Q9 ETHNIE DU MALADE...../___/

1= Senoufo

2= Miniaka

3=Peulh

4=Sonrhaï

5= Bambara

6=Bobo

7=Gana

8=Malinké 9=Samogo 10=Dogon 11=Autre

Autres à préciser

Q11 NIVEAU D'INSTRUCTION

1=Aucun

2=Primaire

3=Secondaire

4=Université

Q12 DATE D'ENTREE/ /

Q14 DATE D'INTERVENTION/ /

Q15 DATE DE SORTIE/ /

Q16 SEJOUR PREOPERATOIRE/ /

Q17 SEJOUR TOTAL D'HOSPITALISATION/ /

ANTECEDENTS MEDICO-CHIRURGICAUX...../ /

Q18 ANTECEDENTS ANESTHESIQUES/ /

1=oui

2=non

3=AG

4=ALR

5=Locale

Q19 ANTECEDENTS TRANSFUSIONNELS...../ /

1=oui

2=non

Q20 ANTECEDENTS ALLERGIQUES/ /

1=oui 2=/non

Q21 SI OUI QUELLE SUBSTANCE

Q22 ANTECEDENTS CARDIOVASCULAIRES/ /

1=néants 7 = valvulopathies
2=coronaire 8 = insuffisance cardiaque
3=HTA 9=autres
4=artérite 10=5+4
5=troubles du rythme 11=indéterminé
6=phlébite/embolie

A PRECISER

Q23 ANTECEDENTS RESPIRATOIRES...../_/

1=néants 5=insuffisance respiratoire
2=Asthme 6=Tuberculose respiratoire
3=emphysème 7=Autres
4=Broncho-pneumopathie chronique 8=Indéterminé

AUTRES A PRECISER

Q24 : MALADE EST-IL DIABETIQUE...../_/

1= oui 2= non

Q25 ANTECEDENTS DIGESTIFS/_/

1= néants 5 = Hémorragie digestive
2=UGD 6=Rectorragie
3 = gastrite 7 = diarrhée/constipation
4 = Ictère 8 = Autres

AUTRES A PRECISER.....

Q26 : MALADE ES- IL DREPANOCYTAIRE...../_/

1= oui 2 = non

Q27 MALADE A T-IL DES TROUBLES NEUROLOGIQUES

1= oui 2 = non

Q28 : AUTRES ANTECEDENTS MEDICAUX/_/

Q29 : ANTECEDENTS CHIRURGICAUX...../ /

1= néants 4 = urologiques 7 = vasculaires 10 = 4 + 6

2 = digestifs 5= gynécologiques 8 = 2 + 4 11= autres

3 = thoraciques 6 = traumatologiques 9=2 + 5 12 = indéterminés

Q30 : HABITUDES ALIMENTAIRES...../ /

1= Néants 2 = tabac 3 = thé 4 = café 5 = alcool 6 = cola

7 = 2+3 8 = 2+3+4 9= 2+4 10=5+2 11=5+2+3 12=3+4

13 = 3 + 4 + 6 14 = 4 + 6 15 = autres

AUTRES APRECISER...../ /

Q 31 LE MALADE PREND T'IL DES MEDICAMENTS...../ /

1 = oui 2 non

Q32: STATUT MATRIMONIAL...../ /

1 = marié 2 = célibataire 3 = veuf 7=veuve 4 = divorcé

DESCRIPTION DU MALADE A SON RENTREE

Q33 : MORPHOTYPE...../ /

1 = obèse 2 = moyen 3 = maigre

Q34 : ETAT PSYCHOTIQUE...../ /

1= bon 2 = fragile 3 = psychiatrique

Q35: Y'A T-IL UNE ANOMALIE SUR LE BPO...../ /

1 = oui 2 = non 3 = non précisé

Q36: Y'A T-IL UNE PERTE DE POIDS RECENT ?...../ /

1= oui 2 = non

Q37 CLASSIFICATION ASA...../ /

1= ASA1 2=ASA2 3=ASA3 4=ASA4 5=ASA5

INTERVENTION

- Q38 : CARACTERE DE L'INTERVENTION...../ /**
1 = réglée 2= urgente
- Q39 : DIAGNOSTIQUE D'ENTREE...../ /**
- Q40 DIAGNOSTIQUE PEROPERATOIRE/ /**
- Q41 : ANTIBIOPROHYLAXLE...../ /**
1 = oui 2 = non
- Q42 : SI OUI PRECISER TYPE ET DOSE...../ /**
- Q43 : TYPE DE CHIRURGIE SELON ALTEMEIR...../ /**
1 = chirurgie propre 2 = propre contaminée 3 = contaminée 4 =
sale
- Q44 : TYPE DE BLOC OPERATOIRE...../ /**
1= bloc du service 2 = bloc des urgences
- Q45 QUALIFICATION DE L'OPERATEUR...../ /**
1= chirurgien 2 = CES 3 = interne
- Q46 : QUALIFICATION DE L'AIDE CHIRURGIEN...../ /**
1= chirurgien 2 = CES 3 = interne 4 = 1 + 2 5 = 2 + 3 6 = 1 + 3
- Q47: MODALITE OPERATOIRE**
- 48 : TYPE D'ANESTHESIE...../ /**
1= AG 2 = péridurale 3 = rachianesthésie 4 = locale 5 = 2 + 1 6 = 3 + 1 7 = 4 + 1
8= 2 + 3
- Q49 QUALIFICATION DE L'ANESTHESISTE...../ /**
1= médecin anesthésiste 2 = infirmier 3 = interne
- Q50 : DUREE DE L'INTERVENTION EN MINUTE...../ / / /**
- Q51: DUREE EN JOUTRS AU SERVICE DE REANIMATION...../ / /**
- Q52: OPERATEUR EST IL SATISFAIT DE L'INTERVENTION/ /**
1= oui 2 = non
- Q53 : SI NON POUR QUOI ?/ /**
1 = malade mal préparé 2 = indication fausse 3 = incidents ou accidents per
opérateur

4= anesthésie 5=autres

AUTRES A PRECISER/ /

Q54: SI OUI POURQUOI ?...../ /

1 = indication bonne 2 = fautes minimum 3 = autres 4 = 1 + 2 + 3

COMPLICATIONS PEROPERATOIRES

Q55 : LE PATIENT A T-IL PRESENTE DES COMPLICATIONSPEROPERATOIRES...../ /

1=oui 2=non

Q56 : SI OUI A QUEL MOMENT...../ /

Q57 : SI OUI QUELLE IMPORTANCE...../ /

1 = mineure (ne mettant en jeu le pronostic vital)

2 = importante (mettant en jeu le pronostic vital)

3 = décès

Q58: SI DECES PRECISER LA CAUSE...../ /

Q59 : PRECISER L'HORAIRE DE SURVENU PAR RAPPORT A L'INDUCTION...../ /

1= < 30 mn 2 = 30 - 1h 3= 1h-2h 3= 2h - 3h 4 => 3heures

Q60 : NOMBRE DE PERSONNE DANS LE BLOC OPERATOIRE...../ /

COMPLICATIONS POSTOPERATOIRES

Q61 : LE PATIENT A T-IL PRESENTE DES COMPLICATIONS POSTOPERATOIRES .../ /

1= oui 2 = non

62 : SI OUI QUELLE GRAVITE...../ /

1 = mineure (ne prolongeant pas le séjour)

2 = moyenne (le prolongeant de 2-3j)

3 = grave (doublant au moins le séjour)

4 = décès

Q63 : SI OUI PRECISER LA MODALITE INFECTIEUSE...../ /

1= infection urinaire 2infection pariétale 3abcès profond 4=septicémie
5=infection pulmonaire 6=1+2 7=1+5 8=1+3 9=5+2 10=5+3 11=autres

AUTRES A PRECISER.....

Q64 : MODALITE NON INFECTIEUSE...../ /

1= hématome 2 = hémorragie 3 = fistule 4 = nécrose 5 = lymphocèle
6 = troubles respiratoires 7troubles cardiovasculaires 8 = phlébite 9 = trouble
psychologique
10 = troubles métaboliques 11 = autres 12 = décès 13 = indéterminée

AUTRES A PRECISER

Q65 : LE MALADE PREND T'IL DES ANTIBIOTIQUES...../ /

1 = oui 2 = non

Q66:SI OUI LESQUELS...../ /

1 = bêta lactamines 4 = macrolides 7 = cyclines 10 = 1+2 13 = 5+1
2 = aminosides 5 = quinolones 8 = imidazolés 11=1+2+8 14 = Autre
3= phenicolés 6 = sulfamides 9 = antiseptiques 12 = 1+9

AUTRES A PRECISER.....

Q67 : DUREE DE L'ANTLBIOTHERAPIE...../ /

Q68 : SI DECES PRECISER LA CAUSE/ /

Q69 : LIEU DE SURVENU DU DECES...../ /

1 = salle de réveil 2 = soins intensifs 3 = salle d'hospitalisation

Q70 : QUALIFICATION DU PERSONNEL AU MOMENT DU DECES...../ /

1 = médecin 2 = interne 3 = infirmier 4 = aide soignant 5 = autres

AUTRES A PRECISER.....

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

Q71 : NATURE ET NOMBRE DU BILAN SANGUIN

1=

3=.....

4=.....

5=.....

6=.....

7=.....

8=.....

9=.....

10=.....

Q72: SOMME TOTALE DEPENSEE POUR LE BILAN SANGUIN/...../

Q73 NATURE ET NOMBRE DU BILAN URINAIRE ET COPROLOGIQUE

1=.....

2=.....

3=.....

4=.....

5=.....

Q74: SOMME DEPENSEE POUR LE BILAN URINAIRE ET COPROLOGIQUE...../...../

Q75 NATURE ET NOMBRE DU BILAN RADIOLOGIQUE

1=.....

2=.....

3=.....

4=.....

Q76: SOMME TOTALE DEPENSEE POUR LE BILAN RADIOLOGIQUE...../...../

Q77 : NOMBRE DE CONSULTATION PAYEE PAR LE MALADE

Q78 : NATURE ET NOMBRE D'ANALYSE EN POSTOPERATOIRE

1=

2=.....

3=.....

4=.....

Q79: SOMME TOTALE DEPENSEE PAR LE MALADE...../...../

1 = PHARMACIE...../...../

2 = HEBERGEMENT...../_____/

3 = EXAMENS COMPLEMENTAIRES...../_____/

4 = CONSULTATIONS...../_____/

5 = ACTE OPERATOIRE...../_____/

6 = ACTE ANESTHESIQUE...../_____/

7 = AUTRES...../_____/

Q80 : MALADE EST- IL ASSURE...../_____/

1 = oui 2 = non

Q81 : LE MALADE AT-IL RECU DE L'ARGENT...../ /

1 = oui 2 = non

Q82 : LE MALADE BENEFICIT- IL D'UN REMBOURSEMENT/ /

1=oui 2non

Q83 LA QUALITE DE CELUI QUI PREND EN CHARGE LES FRAIS/ /

1= parents 6 = service social 10 = autre

2 = enfants 7 = oncle

3 = mari 8 = neveu

4 = service employeur 9 = ami

AUTRES A PRECISER

Q85 : LA PROFESSION DE CELUI QUI PAYE...../ /

1 = Cultivateur/éleveur 4 = Employé privé

2 = Commerçant 5=Retraité

3= Fonctionnaire 6=Autres

AUTRES A PRECISER

APPRECIATION DU MEDECIN A LA SORTIE DU MALADE

Q86 : SUR L'ETAT PHYSIQUE...../ /

1 = Bon 2 = stationnaire 3 = précaire

Q87 : ETAT PSYCHOTIQUE...../ /

1 = Bon 2 = psychiatrique

APPRECIATION DU MALADE A SA SORTIE

Q88 : SUR L'ACCUEIL A LA CONSULTATION...../ /

1 = Satisfait 2 = non 3 = sans opinion

Q89: SUR L'HEBERGEMENT...../ /

1= Satisfait 2 = non 3 = sans opinion

Q90: SUR LES SAINTEAUX...../ /

1=Satisfait 2 = non 3= sans opinion

Q91 : SUR LE PERSONNEL SOIGNANT...../ /

1=Satisfait 2 = non 3 = sans opinion

Q92: SUR LE PERSONNEL DE SOUTIEN...../ /

1 = Satisfait 2 = non 3 sans opinion

Q93: SUR LE SOIN CURATIF...../ /

1= Satisfait 2 = non 3 = sans opinion

Q94: SUR LES SOINS POST OPERATOIRES...../ /

1= Satisfait 2 = non 3 = sans opinion

Q95 SUR LA DUREE DU SEJOUR...../ /

1 = Satisfait 2 = non 3 sans opinion

Q96: SI INSATISFAIT...../ /

1= durée trop longue 2= durée trop courte 3=sans opinion

Q97: SUR L'INFORMATION DE SA MALADIE...../ /

1 = Satisfait 2 = non 3 = sans opinion

Q98 RESULTATS DE L'EXAMEN ANAPATH.....

Q99 RESULTATS DE L'EXAMEN DE PUS

HOPITAL SIKASSO

Sikasso, le

Unité Anest. Réa

Dr

FICHE DE CONSULTATION ANESTHESIE

Nom Age Adresse

Prénom Poids.....Diagnostic

Sexe Taille

ATCD CHIRURGICAUX

ATCD MEDICAUX

Asthme :	Allergie	Diabète	HTA
Tbc	Rein	Foie	

HABITUDES ALIMENTAIRES :

Examens cliniques :

Tête	Cou	Thorax	Abdomen
Membres	Bouche	Dentition	Abdomen
Poumons	Foie	Rate	

EXAMENS PARA-CLINIQUES

Hte	Groupe	ECG
HB	Rhésus	TC
Echographie		
GR	Glycémie	TCK
G.B	Azotémie	

CONCLUSION

ASA I ASA II ASA III ASA IV

Protocole anesthésie

Prémédication

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté et de mes chers condisciples, devant l'effigie d'HIPPOCRATE, je promets et jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religions, de nations, de races, de partis ou de classes sociales viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

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

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

Je le jure !