

Année 1995-1996

N°: 10

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE  
ET DE PHARMACIE DU MALI  
ENMP

ETUDE DU ROLE DE REFERENCE DES  
HOPITAUX NATIONAUX ET LE CENTRE  
NATIONAL D'ODONTOSTOMATOLOGIE

*(Aspect hospitalisation)*

THESE

Présentée et soutenue publiquement devant l'école nationale de médecine et de pharmacie du Mali le .....

Par  
Georges DACKOOU

Pour obtenir le grade de docteur en médecine  
(DIPLOME D'ETAT)

JURY

Président: Professeur Gaoussou KANOUTE  
Membres: Professeur Toumani SIDIBE  
Docteur Moulaye CISSOUMA

Directeur de thèse: Docteur Bocar Garba TOURE

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI  
ANNEE UNIVERSITAIRE 1995-1996

ADMINISTRATION

DOYEN : ISSA TRAORE - PROFESSEUR  
1er ASSESSEUR: BOUBACAR S. CISSE - PROFESSEUR  
2ème ASSESSEUR : AMADOU DOLO - MAITRE DE CONFERENCES AGREGÉ  
SECRETAIRE GENERAL: BAKARY CISSE - MAITRE DE CONFERENCES  
ECONOME: MAMADOU DIANE CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Aliou BA	Ophthalmologie
Mr Bocar SALL	Ortho-Traumato.Sécourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phthisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L.TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R & PAR GRADE

D.E.R.CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chef D E R de Chirurgie
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Ortho-Traumatologie
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGES

Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale

3. MAITRE DE CONFERENCES

Mme SY Aissata SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif Diakité	Gynéco-Obstétrique

4. ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUE

Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Ophthalmologie
Mr Alhousséini Ag MOHAMED	O.R.L.
Mme DIALLO Fatimata.S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesth.-Réanimation
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Générale

Mr Sékou SIDIBE  
Mr Abdoulaye K.DIALLO  
Mr Mamadou TRAORE  
Mr Filifing SISSOKO  
Mr Tiéman COULIBALY  
Mme TRAORE J.THOMAS  
Mr Nouhoum ONGOIBA

Ortho.Traumatologie  
Anesthésie-Réanimation  
Gynéco-Obstétrique  
Chirurgie Générale  
Ortho.Traumatologie  
Ophtalmologie  
Anatomie & Chirurgie Générale

#### 5. ASSISTANTS

Mr Ibrahim ALWATA  
Mr Sadio YENA

Ortho.Traumatologie  
Chirurgie Générale

### D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

#### 1. PROFESSEURS

Mr Bréhima KOUMARE  
Mr Siné BAYO  
Mr Gaoussou KANOUTE  
Mr Yéya T.TOURE  
Mr Amadou DIALLO  
Mr Moussa HARAMA

Bactériologie-Virologie  
Anatomie-Path.Histoembryologie  
Chimie analytique  
Biologie  
Biologie Chef de D.E.R.  
Chimie Organique

#### 2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Ogobara DOUMBO  
Mr Anatole TOUNKARA

Parasitologie  
Immunologie

#### 3. MAITRE DE CONFERENCES

Mr Yénimégué A.DEMBELE  
Mr Massa SANOGO  
Mr Bakary M.CISSE  
Mr Abdrahamane S.MAIGA

Chimie Organique  
Chimie Analytique  
Biochimie  
Parasitologie

#### 4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou CISSE  
Mr Sékou F.M.TRAORE  
Mr Abdoulaye DABO  
Mr N'yenigue Simon KOITA  
Mr Abdrahamane TOUNKARA  
Mr Flabou BOUGODOGO  
Mr Amadou TOURE  
Mr Ibrahim I.MAIGA

Biologie  
Entomologie médicale  
Malacologie,Biologie Animale  
Chimie organique  
Biochimie  
Bactériologie  
Histoembryologie  
Bactériologie

#### 5. ASSISTANTS

Mr Benoît KOUMARE

Chimie Analytique

## D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

### 1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY	Med.Int. Chef D E R MEDECINE
Mr Aly GUINDO	Gastro-Enterologie
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamamdou M. KEITA	Pédiatrie

### 2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtysiologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie

### 3. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Abdel Kader TRAORE	Med. Interne
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastroenterologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Leprologie
Mr Hamar A. TRAORE	Medecine Interne
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastroenterologie
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie

### 3. ASSISTANTS

Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Adama D. KEITA	Radiologie
Mme Tatiana KEITA	Pédiatrie

## D E R de SCIENCES PHARMACEUTIQUES

### 1. PROFESSEURS

Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
--------------------------	-------------

### 2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Arouna KEITA	Matière Médicale
-----------------	------------------

### 3. MAITRE DE CONFERENCES

Mr Boukassoum HAIDARA	Législation
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique (Chef de D.E.R.)
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie



Docteur Kassim SANOGO  
Docteur Yéya I.MAIGA  
Docteur Chompere KONE  
Docteur Almahdly DICKO  
Docteur Mohamed TRAORE  
Docteur Reznikoff  
Docteur N'DIAYE F. N'DIAYE  
Docteur Hamidou B.SACKO  
Docteur Hubert BALIQUE  
Docteur Sidi Yéhiya TOURE  
Docteur Youssouf SOW

H.G.T.  
I.N.R.S.P.  
I.N.R.S.P.  
P.M.I.SOGONINKO  
KATI  
IOTA  
IOTA  
HGT  
C.T. MSSPA  
HGT  
HGT

#### ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr F.S.DANO  
Pr M.L.SOW  
Pr S.S.GASSAMA  
Pr D. BA  
Pr M.BADIANE  
Pr B.FAYE  
Pr Eric PICHARD  
Dr G.FARNARIER

HYDROLOGIE  
MED.LEGALE  
BIOPHYSIQUE  
BROMATOLOGIE  
PHARMACIE CHIMIQUE  
PHARMACODYNAMIE  
MEDECINE INTERNE  
PHYSIOLOGIE

## DEDICACE

" A tous ceux qui oeuvrent pour la paix.

" A tout ceux qui sont soucieux pour la justice.

A mon père :

*Toi qui nous a appris à confronter avec courage et lucidité les réalités de la vie, ton esprit de tolérance et ton attachement à la réussite de vos enfants, nous a donné le goût du travail bien fait. Retrouvez ici toute l'affection que j'ai pour toi.*

A ma mère :

*Toi qui m'a prodigué des conseils pour la réussite de mes études, trouves ici toute la gratitude d'un fils dont votre assistance ne lui a jamais fait défaut.*

A monsieur OUAHOUN JOSEPH KONE :

*Mon cher frère, grand absent à cet événement, vous qui m'avez orientez sur cette voie, voilà que vous avez rendu l'âme à un moment émouvant de votre existence. Retrouvez ici toutes mes affections, que votre esprit repose en paix.*

A mes frères et soeurs

*Retrouvez ici la réciproque d'un respect et d'un amour fraternel.*

## REMERCIEMENTS :

*A tout ceux de loin ou de près qui ont accepté d'échanger des idées ou de fournir des informations pour l'accomplissement de ce travail, mes sincères remerciements.*

J'adresse mes remerciements à tout le personnel de la division santé communautaire de l'INRSP; particulièrement à Mr Ousmane TOURE qui nous a initié au secret de l'informatique.

A mon beau frère : OUAHOUN JOSEPH KONE.

*Je garderai en mémoire votre image d'homme de principe. Repose en paix mon frère.*

A mes frères et soeurs :

*Pour vous dire merci pour votre esprit de fraternité.*

A mes cousins et cousines :

*Merci pour vos multitudes aides morales qui ont été pour moi de précieux fortifiants.*

A mes logeurs :

BOURAMA DIARRA:

*Grâce à vous ce travail à pu être réalisé dans les meilleures conditions. Je ne finirai jamais de vous remercier pour vos multiples supports tant moraux, que matériels. Soyez-en remercier.*

BAWORO KONE :

*Vous avez été pour moi plus qu'un frère. J'ai eu auprès de vous le goût du travail bien fait. Votre soutien moral ne m'a jamais fait défaut. Merci encore une fois.*

A mes collègues d'étude :

*KOUNKOUN SALIF DIALLO, AMIDOU MARIKO, CHEIC OUMAR TOLATIE COULIBALY, BABA DIT YAYA SIDIBE, BLIHISSA BALDE, BOURAMA BENGALY, KAMATIGUI DIARRA, AMINATA GOITA. Merci pour vos collaborations amicales pendant tout ce temps passé ensemble. Courage et bonne chance. A tous les étudiants de notre promotion et à tous les étudiants de l'école de médecine et de pharmacie du Mali, je vous dis merci et courage.*

Dr MAMADOU SINGARE :

*J'ai eu au près de vous un enseignement méthodique et un esprit de travail scientifique. Soyez-en remercier.*

Dr ISSA TRAORE :

*Vous m'avez appris l'esprit de responsabilité. Je vous remercie*

## Jury:

Au président du jury:

Professeur Gaoussou KANOUTE:

*Professeur agrégé de chimie analytique, chargé de cours à l'école nationale de médecine et de pharmacie du Mali, conseiller au ministère de la santé de la solidarité et des personnes âgées. Vous nous faites un grand honneur en acceptant spontanément de présider cet honorable jury de these malgré vos multiples et importantes occupations. Puisse cet travail être l'expression de notre grande sympathie et notre profonde reconnaissance.*

Aux membres du jury:

Professeur Toumani SIDIBE :

*Pédiatre, Maître de conférence agrégé, chargé de cours à l'école nationale de médecine et de pharmacie. Nous nous réjouissons de la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail. Nous apprécions à juste valeur votre qualité d'homme de science et votre manière que vous avez toujours dispensée avec clarté et efficacité.*

*Veillez trouver ici l'expression de nos sentiments distingués.*

D<sup>r</sup> Moulaye CISSOUMA:

*Docteur en médecine, Diplômé d'Etudes supérieures en gestion des services de santé, Directeur général adjoint de l'hôpital national du Point "G". Votre présence malgré vos multiples occupations témoigne de l'intérêt que vous portez à ce travail. Votre abord facile et votre sens élevé des relations humaines ont forcé notre admiration. Veuillez accepter l'expression de tous nos remerciements.*

Au directeur de these:

Docteur Bocar GARBA TOURE:

*Maitre assistant chargé de cours à l'école nationale de médecine et de pharmacie du Mali, Economiste de la santé, Chercheur à l'Institut National de recherche en santé publique. Vous avez généreusement accepté de guider nos premiers pas sur le rude chemin de la vie professionnelle. Votre esprit critique et votre recherche du travail bien fait font de vous un maitre que nous ne cesserons d'admirer. Nous sommes très fier d'être comptés parmi vos élèves. Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.*

## SOMMAIRE :

<b>I. INTRODUCTION :</b>	.....1
<b>II. METHODOLOGIE :</b>	.....2
<b>III. GENERALITES :</b>	.....7
1. <i>Présentation géographique du Mali :</i>	.....7
2. <i>Infrastructure sanitaire du Mali :</i>	.....8
3. <i>Place des hôpitaux dans le système         de santé au Mali :</i>	.....12
4. <i>Evolution du cadre réglementaire :</i>	.....13
5. <i>Système de tarification appliquée :</i>	.....14
6. <i>Financement du secteur hospitalier :</i>	.....15
<b>IV. RESULTATS :</b>	.....17
1. <b>Caractéristiques générales des malades hospitalisés dans les hôpitaux         nationaux au cours de la période de l'enquête :</b>	.....17
1.1. <i>Répartition selon l'âge et le sexe des             malades hospitalisés :</i>	.....17
1.2. <i>Origine géographique des malades             hospitalisés :</i>	.....24
1.3. <i>Répartition selon la résidence des             malades pour le traitement:</i>	.....29
1.4. <i>Profession des malades :</i>	.....30
1.5. <i>Niveau de scolarisation des malades :</i>	.....32
2. <b>Modalités d'accès aux hôpitaux nationaux :</b>	.....35
2.1. <i>Circonstances d'accès aux hôpitaux :</i>	.....35
2.2. <i>Le niveau de scolarisation exerce-t-il une influence             sur les circonstances d'accès aux hôpitaux</i>	.....38
2.3. <i>Etablissements de soins ayant prescrit             les évacuations :</i>	.....38
2.4. <i>Qualification des praticiens qui ont ordonnés             l'évacuation :</i>	.....41

<b>3. Contribution des différents services au recrutement des malades hospitalisés :</b> .....	<b>43</b>
3.1. <i>cas de l'hôpital du Point-G :</i> .....	43
3.2. <i>Cas de l'hôpital Gabriel Touré :</i> .....	45
3.3. <i>Cas de l'hôpital de Kati :</i> .....	46
3.4. <i>Cas du Centre National d'Odontostomatologie</i> .....	47
<b>4. Les principaux motifs d'hospitalisation :</b> .....	<b>48</b>
4.1. <i>Etude des malades hospitalisés en fonction des différentes catégories de diagnostic.</i> .....	48
4.2. <i>Motifs d'hospitalisation précis :</i> .....	49
4.3. <i>Motifs d'hospitalisation vagues :</i> .....	50
4.4. <i>Motifs d'hospitalisation symptomatiques:</i> .....	51
4.5. <i>Etude par rapport à la précision du diagnostic selon les spécialités :</i> .....	51
4.6. <i>Diagnostics des malades évacués :</i> .....	53
<b>5. Itinéraires suivis par les malades :</b> .....	<b>55</b>
5.1. <i>Recours aux différents types de pratique pendant le parcours:</i> .....	55
5.2. <i>Lieu d'achat des produits par les malades qui déclarent avoir pratiqué l'automédication</i> .....	56
5.3. <i>Caractéristiques du recours à la médecine moderne</i> .....	57
5.4. <i>Nature des soins offerts par les guérisseurs traditionnels :</i> .....	58
5.5. <i>Importance des malades ayant bénéficié d'un traitement avant l'hôpital :</i> .....	58
5.6. <i>Temps de latence avant l'accès à l'hôpital</i> .....	59
<b>6. Coûts directs supportés par les malades hospitalisés :</b> .....	<b>61</b>
6.1. <i>Coûts directs à l'hôpital du Point-G</i> .....	62
6.2. <i>Coûts directs de l'accès à l'hôpital Gabriel Touré :</i> .....	63
6.3. <i>Coûts directs de l'accès à l'hôpital de Kati :</i> .....	64
6.4. <i>Coûts directs de l'accès au Centre National d'Odontostomatologie :</i> .....	64
6.5. <i>Coût moyen de la provision et du déplacement des malades selon les hôpitaux</i> .....	65
<b>7. Coûts directs supportés par les malades en amont de l'hôpital :</b> .....	<b>66</b>

V. COMMENTAIRES :	.....67
VI. CONCLUSION :	.....71
VII. RECOMMANDATION :	.....73
REFERENCES :	.....75
ANNEXES :	.....78

## ABREVIATIONS :

HPG :Hôpital du Point "G"

HGT : Hôpital Gabriel TOURE

CNOS : Centre National d'Odontostomatologie

H.KATI : Hôpital de Kati

EPA : Etablissement Publique à caractère Administratif

INRSP : Institut National de Recherche en Santé Publique

OMI : Oedème des membres inférieurs

## I. INTRODUCTION :

Les Etablissements sanitaires : hôpital du Point "G", hôpital Gabriel Touré, hôpital de Kati, Centre National d'Odontostomatologie, sont reconnus par l'autorité nationale comme hôpitaux de référence nationale assurant un service public. En d'autres termes ils doivent répondre en permanence aux besoins de tous les malades référés par les établissements sanitaires périphériques. En outre ces hôpitaux sont chargés d'assurer en plus des soins médicaux curatifs et préventifs, la formation sanitaire et la recherche médicale.

Aujourd'hui on s'interroge sur la véritable place des hôpitaux dans le système national de santé, remplissent-ils leur rôle de référence que les pouvoirs publics leur ont assigné ? le font-ils correctement ? quelles sont les difficultés auxquelles ils sont confrontés et comment peuvent-elles être résolues ?

A l'occasion de la réforme érigeant les hôpitaux nationaux en Etablissements Publics à caractère Administratif (E.P.A) récemment initiée, ces questions sont incontournables. C'est pourquoi une étude initiée par le ministère de la santé de la solidarité et des personnes âgées, visant à combler le déficit de connaissance que l'on a du secteur hospitalier, a été réalisée en 1993. Cette étude a été confiée à l'Institut National de Recherche en Santé Publique (I.N.R.S.P).

Le présent travail s'inscrit dans ce cadre, et intéresse exclusivement les aspects liés à l'hospitalisation des malades dans les différents hôpitaux nationaux. Nous avons cherché à savoir si actuellement l'hospitalisation dans les hôpitaux nationaux respecte les règles garantissant la meilleure utilisation des services et si ces hôpitaux servent véritablement de structure de référence pour les échelons périphériques.

## **II. METHODOLOGIE :**

### **1. DEMARCHE :**

Pour répondre aux questions posées, il fallait disposer de données faisant état de la situation actuelle de l'hospitalisation des principaux services. Pour cela deux possibilités s'offraient, soit faire un travail rétrospectif sur des données hospitalières qui sont, comme on le sait, loin d'être exhaustives et fiables, ou alors organiser soi-même une collecte des données dont on pouvait ainsi garantir la qualité.

Une première tentative de recueil direct de données rétrospectives pour l'année 1992 auprès des services hospitaliers (unités statistiques, administratifs, services techniques) a révélé une incohérence dans les chiffres rapportés. En outre nulle part on ne dispose de l'ensemble des données dont on a besoin pour réaliser ce travail. Pour cette raison nous avons préféré la seconde alternative, c'est à dire organiser une enquête, plus coûteuse mais pouvant garantir des données plus fiables.

### **2. MATERIELS ET METHODES :**

#### **2.1. Les données à recueillir :**

Les données recueillies devraient permettre de connaître : les caractéristiques des usagers des services (sexe, âge, origine géographique, profession etc...) ; l'itinéraire suivi avant l'accès à l'hôpital ; les modalités d'accès aux services (référence) ; les conditions d'accès (gratuité ou acquittement de tarifs) ; les motifs d'hospitalisation dans les services. les questions doivent être conçues en vue d'obtenir les données permettant d'avoir une connaissance de ces différents points.

## **2.2. A qui devrait-on s'adresser ?**

Certains des points pouvaient être documentés auprès des usagers des services, les informations relatives à ces points devaient être recueillies auprès de ceux-ci, par contre d'autres relatifs à des aspects plus techniques ne pouvaient être satisfaits ainsi, et exigeaient soit le recours à des professionnels ou à des documents remis par ceux-ci à l'issue du contact avec les services. Ces différentes considérations ont déterminé la méthode et les techniques d'investigation utilisées pour cette enquête.

## **2.3. Méthode de collecte des données :**

Certaines informations pouvaient être recueillies par l'interrogatoire direct des usagers ; il s'agit notamment de : toutes celles qui sont relatives à l'identification des usagers et l'itinéraire suivi avant l'accès à l'hôpital, les dépenses occasionnées par les recours, les motifs de recours et des informations relatives aux contacts antérieurs avec le système hospitalier. Par contre celles relatives aux modalités de référence, aux diagnostics sont obtenues auprès des praticiens ou en examinant les documents remis à l'issue de la consultation.

## **2.4. Délimitation du champ des prestations à couvrir :**

Il fallait décider de l'exhaustivité des données à recueillir. Pour des raisons de temps, de coût et d'utilité des données dont on avait besoin pour l'analyse envisagée nous avons retenu la couverture de la phase de premier contact avec les services d'hospitalisation, la plupart des informations dont on pouvait avoir besoin pour cette analyse pouvait être recueillie à ce moment-là. Cette décision a permis de structurer et d'organiser la collecte des données.

## **2.5. Quand a-t-on procédé au recueil des données ?**

Les données pouvaient être recueillies au moment de l'accès au service, c'est à dire dès le premier contact avec le service. L'organisation du travail devait donc se faire en faisant en sorte que cette occasion soit mise à profit pour obtenir les informations dont on avait besoin.

Si certaines informations générales n'exigeaient pas une habilité particulière de la part des personnes chargées de les recueillir, par contre d'autres à caractère technique demandaient des qualités particulières; ceci a déterminé le choix des enquêteurs. Ainsi les enquêteurs ont été sélectionnés parmi des médecins sans emploi et les internes des services ayant une disponibilité entière pour la période de l'enquête.

## **2.6. Caractéristiques des données à recueillir :**

Il fallait faire de sorte que les données recueillies reflètent les activités de l'hôpital, on pouvait soit faire un suivi prospectif sur une période d'une année pour cerner d'éventuels cycles de variations saisonnières, démarche très coûteuse, soit faire un suivi prospectif sur une période plus courte compatible avec les moyens mobilisables, mais permettant de recueillir des informations suffisamment représentatives de la fréquentation des différents services. Nous avons opté pour la seconde solution.

La question de la représentativité des données se pose si, pour les données qu'on voudrait recueillir, on pouvait noter des variations importantes d'un mois sur l'autre (volume et structure de la demande). Les arguments, en rapport avec une variation saisonnière de fréquentation des hôpitaux, se fondent sur le fait que les malades menant une activité agricole et vivant en dehors de la capitale sont réticents à se rendre à l'hôpital au moment des travaux champêtres d'une part; d'autre part pour ceux-ci la disponibilité de liquidité leur permettant de venir se soigner se limite à des périodes assez précises de l'année, donc il faut tenir compte de ces éléments pour entreprendre l'investigation de la fréquentation. Cette argumentation n'est cependant pas documentée.

Pour nous faire une opinion, le flux d'évacuation au cours de l'année 1992 d'une part, et d'autre part le volume des activités par mois des différents services, n'indiquent pas d'importantes variations confirmant ces arguments. Aussi, nous en concluons qu'il n'y a pas de variation significative de l'activité d'un mois sur l'autre. Nous en avons conclu que les données recueillies sur un mois pouvaient servir à l'étude que nous envisageons. C'est pourquoi nous avons retenu le mois de juillet 1993.

### 3. LE CHOIX DES SITES D'ENQUETE :

Tous les services hospitaliers intervenant pour des activités d'hospitalisation ont été retenus. Une énumération et une identification de ceux-ci ont été faites dans chacun des établissements hospitaliers.

### 4. ECHANTILLONNAGE :

Il a fallu recenser dans un premier temps les différents services dont la liste figure en annexe (cf. [annexe 3]).

Nous avons décidé également de retenir pour l'enquête tous les usagers des différents services 24h sur 24h détenant ou non des documents de référence, ayant acquitté ou non un tarif, en admettant dès le départ un taux de non réponse de 10% (personnes qui ne désirent pas répondre aux enquêteurs pour des raisons diverses), en dehors du refus de répondre il n'y avait pas d'autres critères d'exclusion.

### 5. SUPPORTS D'ENQUETE :

On a préféré l'utilisation de questionnaire structuré, dont l'administration se fait entièrement au moment du contact de l'utilisateur avec le service. Le type de support élaboré, tient compte des informations utiles susceptibles d'être correctement recueillies à ces occasions. (cf. [annexe 4])

Le questionnaire a été structuré en trois parties :

- a) une partie relative à l'identification du service et de l'utilisateur ;
- c) une partie réservée à l'itinéraire que le malade a suivi depuis le début de l'épisode qui a occasionné l'hospitalisation;
- b) une partie consacrée aux conditions et modalités d'accès à l'hôpital, ainsi que les dépenses occasionnés par ce recours.

## 6. EXECUTION DE L'ENQUETE :

Pour obtenir l'adhésion et le concours des responsables des services ainsi que du personnel, des séances de travail ont été organisées avec ceux-ci dans chacun des hôpitaux dans le but de les informer sur les objectifs de l'enquête, la méthodologie préconisée, les conditions de déroulement du travail dans les services.

L'enquête s'est étalée sur un mois environ selon le calendrier suivant :

- 14 Août 1993 au 13 septembre 1993 : hôpital Gabriel Touré
- 14 Août 1993 au 13 septembre 1993 : hôpital Kati
- 14 Août 1993 au 13 septembre 1993 : hôpital du Point "G"
- 16 Août 1993 au 17 septembre 1993 : Centre National d'Odontostomatologie.

Elle a concerné simultanément toutes les entités assurant des prestations d'hospitalisation dans les quatre établissements. Les deux premiers jours ont été consacrés au prétest des instruments, à l'évaluation du système mis en place pour encadrer l'enquête.

Il a été mis en place un système de recueil fonctionnant 24h sur 24h tous les jours de la semaine y compris les samedis, dimanches et jours fériés.

### III. GENERALITES :

#### 1. PRESENTATION GEOGRAPHIQUE DU MALI :

Le Mali, vieille terre d'histoire et de culture, est situé au coeur de l'Afrique occidentale. C'est un pays continental, intertropical dont le climat est soudano sahélien.

La République du Mali se trouve limitée :

- Au nord-ouest par la République Islamique de Mauritanie ;
- au nord-Est par la République d'Algérie ;
- à l'Est par le Niger ;
- au sud par les Républiques de Côte d'Ivoire et de ~~Bourkina Faso~~ ;
- au sud-Est par la République de Guinée ;
- et à l'ouest par la République du Sénégal.

Le recensement de 1987 a évalué la population du Mali à 7 620 225 habitants pour une superficie de 1 241 138 km<sup>2</sup>. La densité de population est de 6 habitants au km<sup>2</sup>. Il existe une disparité régionale allant d'environ 2500 habitants au km<sup>2</sup> dans le district de Bamako à moins d'un habitant au km<sup>2</sup> à Tombouctou. La population du Mali est relativement jeune, plus de 50% sont âgés de moins de 20 ans. On dénombre plusieurs ethnies au Mali, dont les principales sont : Bambara, Peuhl, Malinké, Dogon, Songhoï, Sarakolé ou soninké, Bobo, Sénoufo ou minianka, Touareg, Kassonké, Toucouleur.

Au plan de l'hydraulique, le pays est irrigué par deux grands fleuves le Niger et le Sénégal avec leurs affluents. Ces deux fleuves servent durant certaines périodes de l'année au transport.

Le réseau ferroviaire, long de 645 km, relie Dakar (Sénégal) à Koulikoro (Mali). Le réseau routier est constitué 1654 km de routes bitumées et de 11350 km de pistes dont 8000 environ praticables en toute saison.

L'agriculture occupe une place primordiale dans la vie économique du pays. Elle occupe environ 90% de la population active totale (cf. [10]).

Le Mali est subdivisé en huit régions administratives : Kayes, Koulikoro, Sikasso, Segou, Mopti, Tombouctou, Gao et Kidal.

## 2. INFRASTRUCTURES SANITAIRES DU MALI :

### 2.1. Evolution et historique :

A l'indépendance le Mali ne comptait, comme infrastructure médico-sociale, que deux hôpitaux de faible capacité, 12 centres médicaux de cercle, 16 postes médicaux de subdivision, 122 dispensaires ruraux, un service commun de grandes endémies, un centre de formation d'auxiliaires médicaux et ceux-ci pour une population de 4 072 000 habitants. La plupart de ces infrastructures étaient localisées dans la ville de Bamako capitale du "soudan français". (cf. [1]).

En 1979 on comptait 3 hôpitaux nationaux, 5 hôpitaux régionaux, 2 hôpitaux secondaires, 11 secteurs de grandes endémies, 46 centres de santé de cercle, 52 maternités urbaines, 311 maternités rurales, 46 dispensaires urbains, 337 dispensaires ruraux, 36 dispensaires privés confessionnels.

En 1980 sur dix hôpitaux que compte le Mali, les trois plus importants, étaient localisés à Bamako et dans ses environs. La capitale abrite également deux grands instituts spécialisés de l'O.C.C.G.E (Organisation de Coopération et de Coordination de la lutte contre les Grandes Endémies) : l'Institut Marchoux et l'Institut d'Ophtalmologie Tropicale Africaine (I.O.T.A). (cf. [10]).

Le Centre National d'Odontostomatologie (CNOS) a été ouvert en 1984, il vient s'ajouter aux autres structures de soins spécialisés implantées dans la capitale.

En 1987 le pays comptait 3 hôpitaux nationaux (Hôpital du Point "G", Hôpital Gabriel Touré, Hôpital de KATI) ; 5 hôpitaux régionaux (Kayes, Sikasso, Ségou, Mopti, Gao) ; 4 hôpitaux secondaires (Nioro, Markala, San et Diré), 52 centres de santé de cercle ; 60 maternités centrales ; 14 CMIE ; 467 maternités rurales ; 702 dispensaires ruraux ; 27 dispensaires privés ; le CNOS ; les services de grandes endémies.

Depuis 1980, L'organisation des services de santé a connu deux restructurations importantes touchant le secteur hospitalier national. La première date de 1984, par rapport aux hôpitaux elle consacrait le rattachement de ceux-ci à la Direction Nationale de la santé publique, comme services rattachés. Ce statut n'a changé qu'en 1993 date à laquelle ces hôpitaux ont été érigés en Etablissements Publics à caractère Administratif.

La libéralisation du secteur médical a permis la mise en place de plusieurs infrastructures sanitaires notamment les centres de santé privés (cabinets médicaux, cliniques, dispensaires); la mise en place des centres de santé communautaires s'inscrit dans une logique de faire participer la population dans la prise en charge de sa propre santé [C.S.C.O.M au nombre de 43 centres (urbains et ruraux) en activité].

**Tableau d'évolution des infrastructures sanitaires Publiques de 1963 à 1993.**

1963		1967		1978		1987		1993	
-Hôpital du Point G	1	-Hôpital du Point G	1	-Hôpital Point-G	1	- Hôpitaux Nationaux	3	-Hôpitaux Nationaux	3
-Hôpital Gabriel Touré	1	-Hôpital Gabriel Touré	1	-Hôpital Gabriel Touré	1	-Hôpitaux régionaux	5	- Hôpitaux régionaux	5
-Hôpital de Kati	1	-Hôpital de Kati	1	-Hôpital de Kati	1				
-hôpitaux secondaires	6	-Hôpitaux secondaires	8	-Hôpitaux secondaires	10	- Hôpitaux secondaires	4	- Hôpitaux secondaires	4
-centres médicaux	30	-circonscriptions médicales	42	-centres de santé de cercles	46	- centres de santé de cercle	46	- services socio-sanitaires de cercle	52
-Postes médicaux	12	-Maternités	60	-Maternités urbaines	52	- Maternités centrales	60	- secteurs de bases	843
dispensaires	246	-dispensaires ruraux	292	-Maternités rurales	311	-CMIE	14	- Cases de soins	289
-Maternités	43			PMI	51	-Maternités rurales	467	- CSCOM	43
dispensaires de mission	30	-dispensaires missions	22	-dispensaires urbains	46	-dispensaires ruraux	702	Laboratoires publics( INRSP,CNT S,LABO GENIE SANITAIRE	3
		PMI	46	-dispensaires ruraux	337	-dispensaires privés	37	-Les structures privés	
				-dispensaires privés	36	- CNOS	1	-Les structures parapublics	
				-Lazaret		- Les services des grandes endémies		- Lazaret	
				-Les services de grandes endémies		-Lazaret			

Source: Direction Nationale de la Planification et de Formation Sanitaire et Sociale.

## 2.2. Historique des hôpitaux nationaux :

### 2.2.1. Hôpital Gabriel Touré :

De 1957 à 1959 (années de la loi cadre) la priorité décidée par les autorités du soudan français se fondait sur la création de nouvelles structures hospitalières. Ainsi, le dispensaire central de Bamako qui recevait tous les malades du centre du pays, et qui était doté en personnel et en matériel technique, était le plus indiqué pour l'application d'une telle idée. C'est ainsi que naquit l'hôpital Gabriel Touré, celui-ci est inauguré le 17 Janvier 1959, à l'époque il avait une capacité d'hospitalisation de 370 lits environ, répartis entre les services suivants : médecine générale, chirurgie, pédiatrie, ORL, maternité, radiologie, pharmacie.

L'hôpital a reçu le nom de Gabriel Touré qui était un jeune Médecin décédé le 17 juin 1934 à Dakar à l'âge de 22 ans à la suite d'une peste contractée au chevet de son patient dont il tient secret l'existence jusqu'à épuisement de ses forces (cf.[9]).

L'hôpital Gabriel Touré de part ses dimensions (plus de 800 m<sup>2</sup>) occupe le second rang après l'hôpital du Point "G".

L'hôpital aujourd'hui compte plusieurs services : la gastro-entérologie, la cardiologie, l'ORL, la diabétologie, l'urgence réanimation, la chirurgie générale, la chirurgie infantile, la gynéco-obstétrique, la traumatologie, le laboratoire, la pédiatrie I et II et le service de radiologie. Il dispose d'une capacité d'hospitalisation d'environ 395 lits actifs (nombre de lits utilisés).

### 2.2.2. Hôpital du Point "G" :

L'hôpital du Point "G" fut, en date, le premier hôpital du Mali, créé en 1911, situé sur la colline de koulouba. D'accès assez difficile en raison de sa localisation géographique, il offre une grande diversité de services.

A sa création l'hôpital du Point "G" ne comptait que cinq services dont la différenciation était basée sur les catégories d'usagers prévus par les autorités coloniales : pavillon des officiers (première catégorie), pavillon des sous officiers (deuxième catégorie), pavillon des contagieux, pavillon des indigents et la maternité (cf.[2]).

Cet hôpital a bénéficié de plusieurs rénovations et a été restructuré à plusieurs reprises.

Actuellement l'hôpital du Point "G" compte les services suivants : les services de médecine interne (A, B, C, D, E), de cardiologie, de gastro-entérologie, de néphrologie, de neurologie, de l'urologie, du contagieux, de psychiatrie, de pneumo-phthisiologie, de gynéco-obstétrique, les services de chirurgie (A, B et C), les services de radiologie et de médecine nucléaire, le laboratoire, l'urgence réanimation, le bloc opératoire.

Il dispose d'une capacité d'hospitalisation de 600 lits actifs (le nombre de lits fonctionnels).

### **2.2.3. Hôpital de Kati :**

L'hôpital de Kati est un ancien établissement sanitaire, construit depuis la période coloniale, il a reçu plusieurs noms au cours de son évolution. Avant l'indépendance l'hôpital de Kati était une infirmerie de garnison. Cette infirmerie est devenue en 1967, hôpital du 22 Août par le gouvernement en place après l'indépendance. Suite à la succession du pouvoir, les militaires lui ont redonné le nom d'hôpital de Kati.

Depuis la réforme hospitalière entreprise en 1993 l'hôpital de Kati est devenu l'hôpital National de Kati. Situé à la périphérie de la ville de Kati (15 km de Bamako) l'hôpital assure des activités de consultation, d'hospitalisation (avec une capacité d'accueil de 76 lits) et des activités médico-techniques (laboratoire, radiologie, acupuncture).

### **2.2.4. Centre National d'Odontostomatologie :**

Le C.N.O.S est un centre hospitalier spécialisé en odontostomatologie et constitue la référence nationale pour les soins buco-dentaires.

Créé par le décret N°158 / PG RM du 9 juillet 1984, le Centre National d'Odontostomatologie a commencé à fonctionner le 10 Février 1986. Depuis le centre assure des activités de consultation, d'hospitalisation et développe des activités de formation professionnelle (cf.[16]).

### 3. PLACE DES HOPITAUX DANS LE SYSTEME DE SANTE AU MALI :

L'organisation du système de santé national respecte un schéma pyramidal, ayant à sa base les structures les plus périphériques qui constituent le premier maillon du système de santé et au sommet les structures de référence nationale, entre les deux niveaux, il existe plusieurs étages correspondant aux structures intermédiaires. Cette organisation procède du souci d'hierarchisation des prestations par la mise en place d'un mécanisme de référence et de recours et elle se superpose parfaitement au découpage territorial administratif, chaque échelon administratif correspond à un étage de la pyramide sanitaire.

Le schéma de la pyramide sanitaire comprend :

- Un niveau central où il s'agit d'infrastructure à vocation nationale (comme les hôpitaux nationaux) soit de centre de référence nationale, ou concourant à l'appui technique aux différents niveaux de la pyramide sanitaire (laboratoire de recherche).

- Un niveau régional constituant un relais intermédiaire entre le niveau local et national.

- Un niveau local ou échelon de base qui constitue l'échelon de premier contact de la population avec le système de santé conventionnel.

Chacun de ces niveaux joue un rôle bien déterminé dans le système de santé : production des services curatifs, préventifs ou réhabilitatifs et de référence.

La stratégie de développement sanitaire du Mali est basée sur le concept de soins de santé primaire. Celle-ci est réaffirmée dans la déclaration de politique sectorielle que le Mali a signé en 1990. Cette politique vise à faire évoluer la notion de pyramide sanitaire d'une conception hiérarchique et administrative vers une conception plus fonctionnelle qui différencie les niveaux opérationnel, d'appui et d'orientation.

Le cercle représente le niveau opérationnel et constitue l'unité chargée de planifier le développement de la santé.

Le niveau régional est chargé d'appuyer les cercles sur le plan technique.

Le niveau central est chargé de l'appui stratégique d'orientation afin de permettre l'accessibilité à tous des soins de qualité.

Dans le système national de santé, les hôpitaux nationaux se situent au niveau central et constituent la référence ultime.

#### 4. EVOLUTION DU CADRE REGLEMENTAIRE :

Les hôpitaux du Point "G", Gabriel Touré, et de Kati ont été érigés en services rattachés au ministère de la santé publique par la loi N°84-22 AN RM du 17 mars 1984. Leur organisation et leurs modalités de fonctionnement sont fixées par décret pris en conseil des ministres. Ainsi, les trois hôpitaux sont classés hôpitaux nationaux par le décret N° 117 PG RM du 28 Mai 1984 qui en fixe l'organisation et les modalités de fonctionnement.

L'article 3 de ce décret détermine les organes d'administration des hôpitaux nationaux qui sont : la commission administrative de l'hôpital et le comité de gestion.

Le Centre National d'Odontostomatologie est déclaré service public spécialisé rattaché à la direction nationale de la santé publique par le décret N° 158 PG RM du 9 juillet 1989.

La mission fixée aux hôpitaux nationaux (par la loi N° 84-22 AN RM dans son article 2) est :

- d'assurer le diagnostic et le traitement des malades avec ou sans hospitalisation ;
- de participer à la formation du personnel socio- sanitaire ;
- de promouvoir la recherche dans le domaine de la santé publique.

La loi N° 84-22 AN RM et l'ordonnance N° 77-54/CMLN du 13 octobre 1977 portant régime des hôpitaux sont et demeurent abrogées en 1992 par les dispositions finales des lois N° 92-023, N° 92-024, N° 92-025, N° 92-026, portant respectivement création d'un Etablissement Public à caractère Administratif (E.P.A) dénommé Hôpital du Point -G, Hôpital Gabriel Touré, Hôpital de Kati et Centre National d'Odontostomatologie (cf.[17]).

En application des lois érigeant les hôpitaux en E.P.A, le ministre de la santé de la solidarité et des personnes âgées a rédigé une lettre (N° 53 MSS PA) d'orientation en matière de réforme hospitalière (cf.[15]). Celle-ci indique que le nouveau statut est appliqué pour permettre aux hôpitaux de remplir au mieux leur mission en leur donnant la souplesse nécessaire pour optimiser leurs services.

En effet, le statut d'E.P.A, qui leur a été conféré, traduit un changement profond dans la conception des hôpitaux, en permettant leur passage d'une logique principalement administrative à celle d'une véritable gestion.

Le temps, où les hôpitaux attendaient de l'Etat qu'il leur donne l'ensemble de leurs ressources, est révolu. Grâce à leur nouveau statut les hôpitaux disposent de la personnalité morale et sont en mesure d'adopter les règles de gestion d'une entreprise, tout en continuant à assurer leur mission de service public et à bénéficier des ressources de l'Etat.

##### 5. SYSTEME DE TARIFICATION APPLIQUEE :

Le régime de la rémunération des actes médicaux et de l'hospitalisation dans les formations sanitaires est fixé par le décret N° 243 PG RM du 19 septembre 1983. Les soins et examens paracliniques prodigués ou effectués sur les malades atteints des maladies suivantes : tuberculose, lèpre, cancer, maladies mentales, fistule recto-vaginale et toutes les affections chroniques à caractère social restent gratuits. Les examens pour enfant de zéro à 12 ans, les élèves et les étudiants, les soldats 2<sup>ème</sup> et 1<sup>ère</sup> classe, les personnels socio-sanitaires et leur proches (conjoint, enfants, père et mère) sont également gratuits.

L'arrêté interministériel N° 1943 /MFP-MSPAS du 16-04-1984 fixant modalité d'exécution du décret N° 243 est revenu sur les mêmes critères de gratuités des soins et d'examens notés plus haut. En plus de ceux-ci, ne sont soumis à rémunération les actes suivants : recherche de BK, Recherche de microfilaires, recherche de trypanosomes, examens pratiques chez les donneurs de sang, examens pratiques chez les femmes enceintes.

L'article 26 de cet arrêté notifie que les personnes autres que les fonctionnaires et agents des entreprises publiques et privées en activité ou en retraite, sont tenues de verser à leur admission, une provision dont le montant équivaut aux frais de 15 jours d'hospitalisation.

Les frais d'hospitalisation des fonctionnaires et des agents des entreprises publiques et privées en activité ou en retraite sont supportés dans les proportions de 20% par l'intéressé et 80% par l'employeur (article 24 du même arrêté).

Pour les personnes munies de certificat "soins gratuits" leurs frais d'hospitalisation sont à la charge de l'autorité qui a livré le certificat (cf. [4]).

On notera qu'à ce jour le décret 243 PG RM du 19 septembre 1983 aussi bien que l'arrêté N° 1943/MFP-MSPAS n'ont pas été abrogés. Par conséquent les indications n'ont pas changées, qui sont assez claires sur le recouvrement des

frais des soins hospitaliers notamment pour les bénéficiaires des gratuités.  
Avec le nouveau statut (E.P.A) le financement des activités provient :

- des principales sources de recettes des différents établissements (consultation, hospitalisation, examens de laboratoire, actes de radiographie) ;
- de la contribution de l'Etat à la couverture des charges de mission de service public ;
- de l'aide extérieure ;
- et des recettes diverses.

## **6. FINANCEMENT DU SECTEUR HOSPITALIER :**

**Evolution du budget des hôpitaux nationaux et du CNOS de 1991 à 1994.**

Désignations	1991	1992	1993	1994
Hôpital du Point "G"	245 752 000	245 256 000	260 811 000	405 826 000
Hôpital Gabriel Touré	219 706 000	239 705 000	272 558 000	369 995 000
Hôpital de Kati	65 384 000	67 875 000	69 358 000	9 002 000
C.N.O.S	39 858 000	43 244 000	45 241 000	60 405 000
Total du budget alloué aux hôpitaux	570 700 000	596 080 000	647 968 000	845 228 000
<b>Budget Santé</b>	11 071 181 000	11 474 613 000	9 649 677 500	17 423 072 000
% hôpitaux/santé	5,15%	5,19%	6,71%	4,85%

Source : Direction administrative et financière du ministère de la santé.

## Evolution du budget de la santé :

Désignations	1991	1992	1993	1994
Budget d'Etat	230 795 000	217 147 699	200 474 564	371 674 431
Budget Santé	11 071 181	11 474 613	9 649 677,5	17 423 072
% Santé / Budget d'Etat	4,80%	5,28%	4,81%	4,69%

Source : Direction administrative et financière du ministère de la santé.

On note un accroissement du budget accordé aux hôpitaux nationaux et le CNOS de 1991 à 1993. Il a été observé en 1994 une réduction de 6,71% à 4,85%, alors que le budget de la santé oscille autour de 5% du budget national.

#### IV. RESULTATS :

Au cours de la période de l'enquête, 830 malades hospitalisés ont été effectivement enquêtés dans les trois hôpitaux nationaux et le Centre National d'Ontostomatologie (C.N.O.S). A l'hôpital Gabriel Touré, 503 malades ont été hospitalisés (60,6%), soit plus de la moitié de l'ensemble des malades hospitalisés alors que l'hôpital du Point "G" n'en a recruté que 287 malades (environ 34,6%), 36 malades à l'hôpital de Kati (4,33%) et enfin 4 malades au CNOS. (cf. [graphique 1] page 18).

#### 1. CARACTERISTIQUES GENERALES DES MALADES HOSPITALISES DANS LES HOPITAUX NATIONAUX :

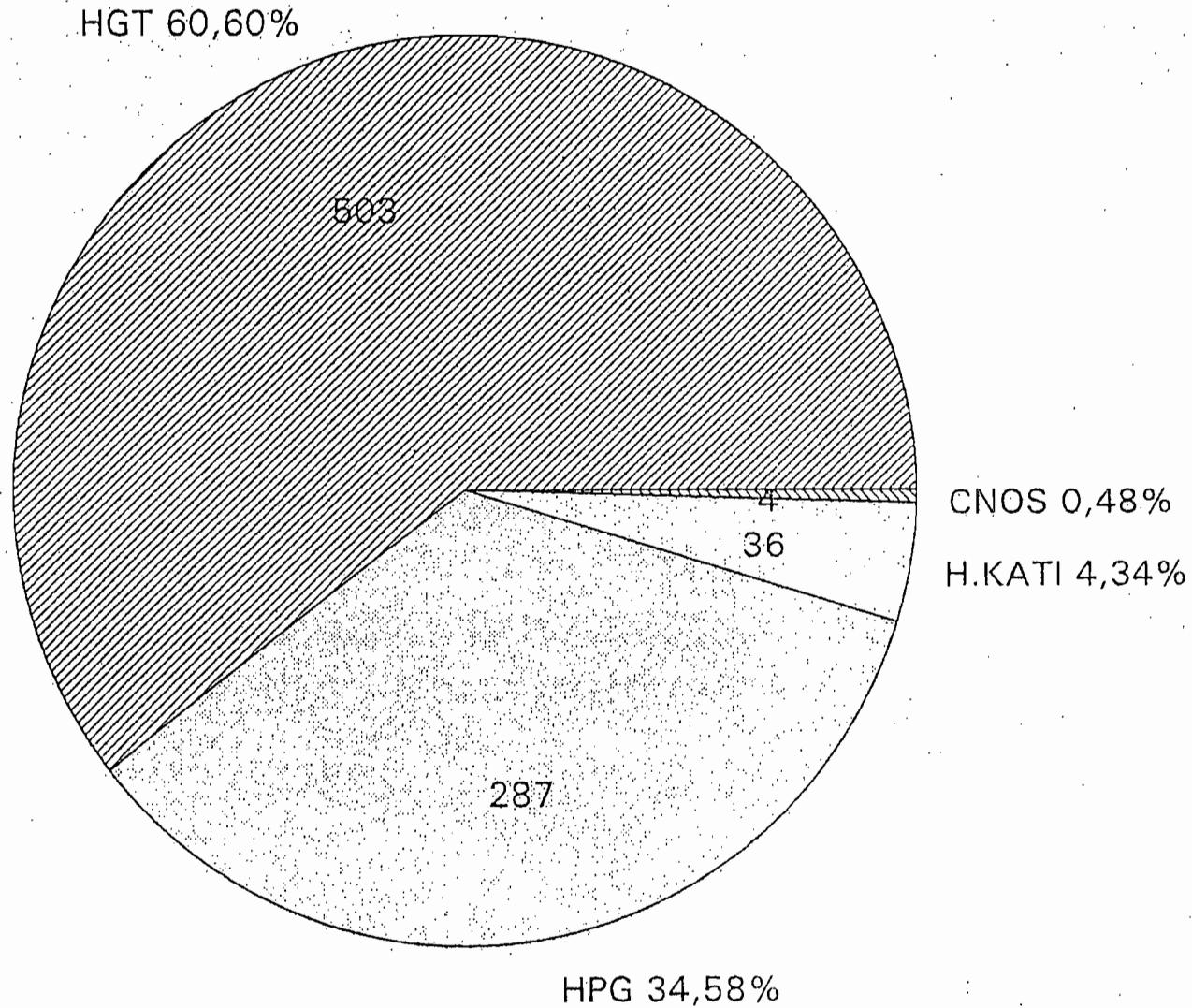
##### 1.1. Répartition selon l'âge et le sexe des malades hospitalisés :

**Tableau 1 : répartition selon l'âge et le sexe.**

Sexe	Classe d'âge			Total
	0-14	15-45	45 et +	
masculin Hôpital Point "G"	19	77	67	163
fémnin	12	70	42	124
masculin H. Gabriel Touré	130	86	64	280
fémnin	102	88	33	223
masculin Hôpital de Kati	4	6	4	14
fémnin	4	12	6	22
masculin CNOS	1	-	1	2
fémnin	1	1	-	2
masculin Total	154	169	136	459
fémnin	119	171	81	371
	273	340	217	830

Il n'y a pas de différence significative dans la répartition selon le sexe dans les différents établissements ( $X^2=4,25$  ;  $P=0,23$ ).

Graphique 1: Contribution des différents hôpitaux au recrutement.



Ensemble hospitalisations réalisées

Sur les 830 patients hospitalisés au cours de la période dans les quatre établissements, 459 étaient du sexe masculin (55,3%) et 371 du sexe féminin (44,7%).

Nous avons réparti les malades en trois groupes d'âge :

- Les enfants âgés de moins de 15 ans (environ 273 patients) ;
- les adultes jeunes correspondant aux personnes dont l'âge est compris entre 15 ans et 45 ans (340 patients) ;
- les personnes âgées de 45 ans et plus (217 patients).

Le premier groupe représente 32,9% (273/830) de l'ensemble des malades hospitalisés, parmi lesquels plus de la moitié (56,4%) sont de sexe masculin. La plupart de ces malades âgés de moins de 15 ans ont été hospitalisés à l'hôpital Gabriel Touré, ils représentent 84,5% de l'effectif des jeunes hospitalisés au cours de la période dans l'ensemble des établissements.

Les adultes jeunes et les adolescents représentent 40,9% de l'effectif total. Pour ceux-ci l'hôpital Gabriel Touré a effectué le recrutement le plus important (51,17%), le Point-G a recruté 43,2%, Kati 5,29% et enfin le CNOS 0,29%.

Les patients âgés de 45 ans et plus ne représentent que (26,14%) de l'effectif total des malades ayant été hospitalisés au cours de la période. Parmi ceux-ci, 62,67% sont du sexe masculin. 50,2 % des malades appartenant à ce groupe ont été hospitalisés à l'hôpital du Point G, tandis que l'hôpital Gabriel Touré en a recruté 44,7%, Kati 4,6%. (cf. [tableau 1]).

Le graphique N° 2 (page 21) révèle des différences dans la structure des recrutements d'un hôpital à l'autre. L'hôpital du Point G et de Kati ont une structure de recrutement presque identique, dans ces deux hôpitaux, le nombre de patients augmente avec l'âge. A l'hôpital Gabriel Touré, le nombre de patients diminue avec l'âge.

Les graphiques N° 3 (page 22) et N° 4 (page 23) montrent que :

- 1) L'hôpital du Point G a hospitalisé 163 malades de sexe masculin dont 47,23% appartiennent au groupe d'âge de 15 à 45 ans; 124 malades féminins dominés par les patientes de 15 à 45 ans.

2) L'hôpital Gabriel Touré a recruté au cours de la période, 280 malades de sexe masculin, les 46,42% de ce groupe constituent des patients de 0 à 15 ans, 30,71% sont du groupe d'âge de 15 à 45 ans. Dans cet hôpital 223 femmes ont été hospitalisées dont 45,73% sont des enfants de 0 à 15 ans et 39,46% des personnes de 15 à 45 ans.

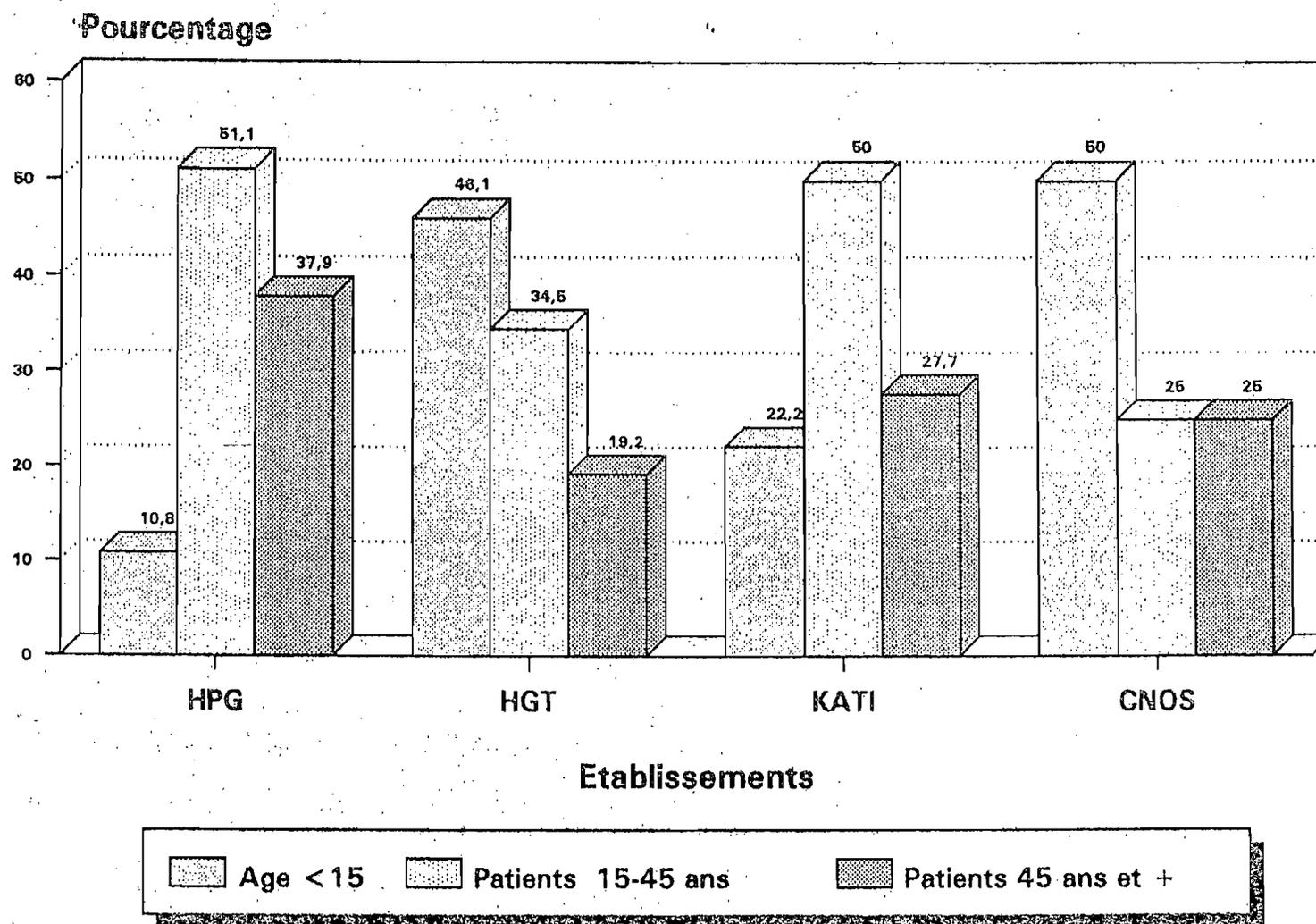
3) L'hôpital de Kati a hospitalisé 14 patients de sexe masculin et 22 patientes. Les malades du groupe d'âge de 15 à 45 ans dominent l'effectif au niveau des deux sexes.

On retient de ces deux graphiques que l'hôpital du Point G et l'hôpital de Kati recrutent moins de jeunes enfants et plus de patients de 15 à 45 ans. A l'hôpital Gabriel Touré le nombre de malade diminue avec l'âge.

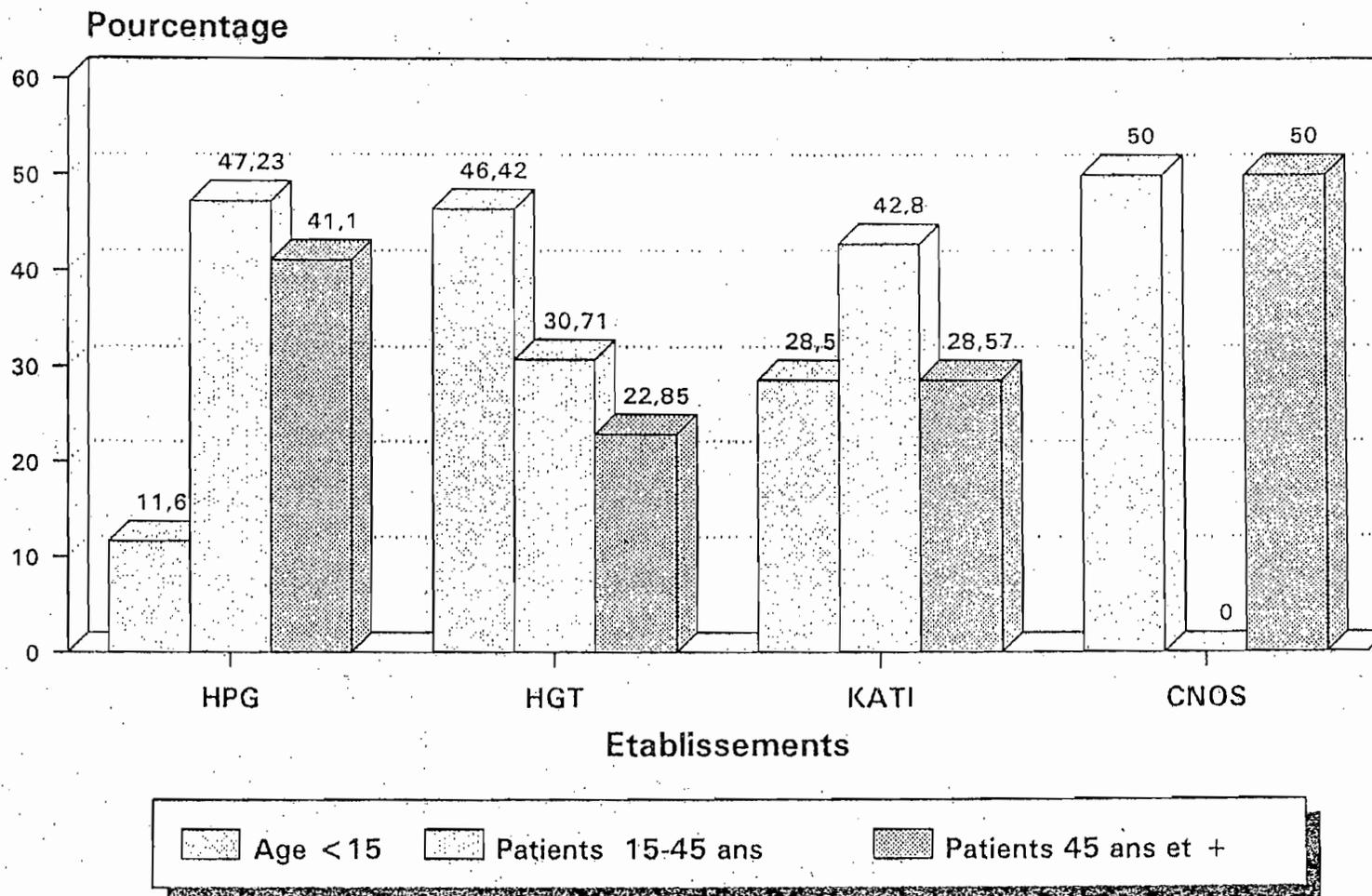
4) Le CNOS a recruté deux malades de moins de 15 ans et un patient pour chacun des deux autres groupes.

L'hôpital de Point G et l'hôpital Gabriel Touré ont hospitalisé plus d'homme que de femme. L'hôpital de Kati a hospitalisé plus de femmes que d'homme, alors qu'au CNOS il y'a autant des deux sexes.

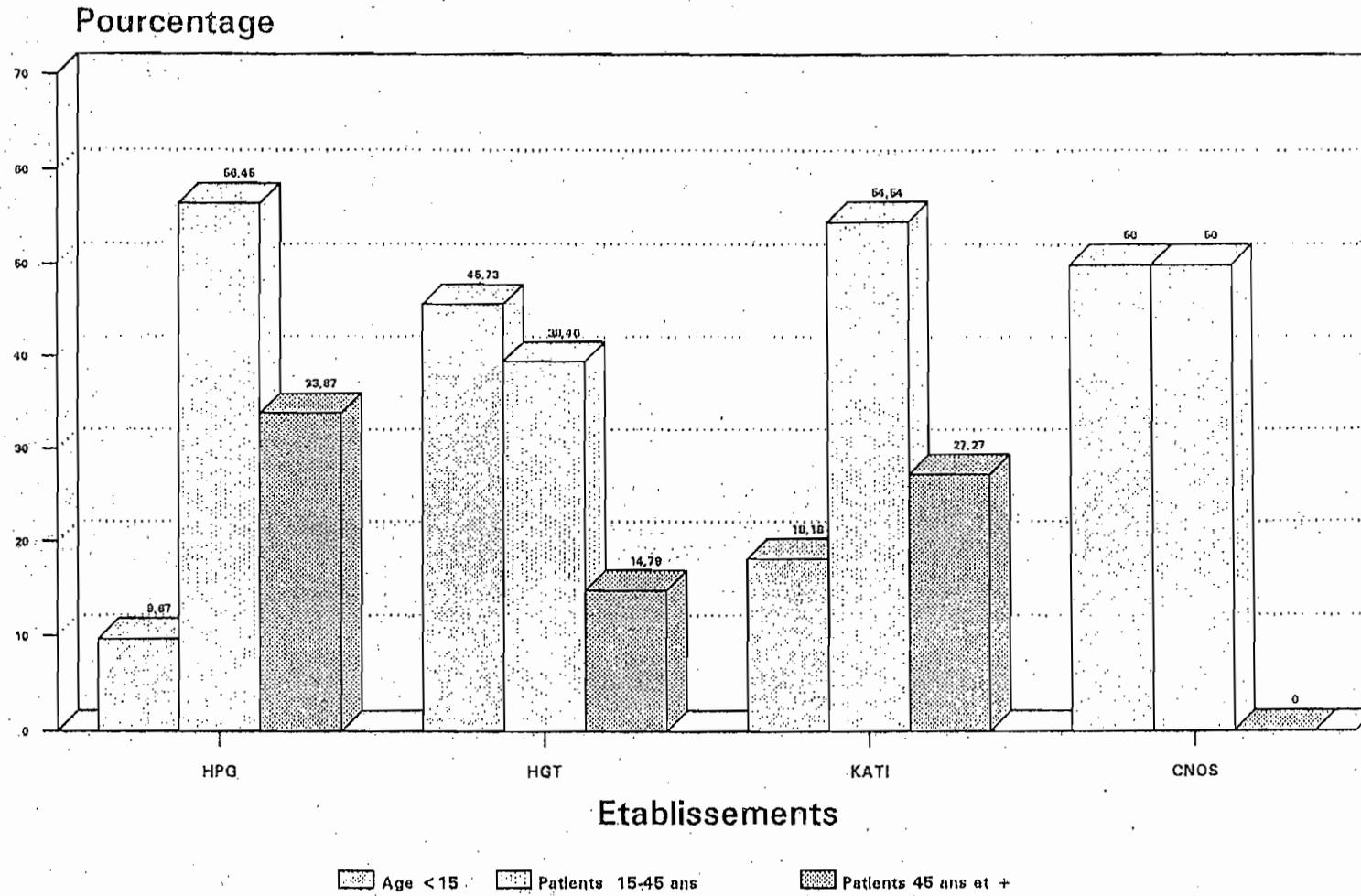
**GRAPHIQUE 2 : fréquence du recrutement  
des malades selon l'âge**



GRAPHIQUE 3 : Fréquence du recrutement  
des malades hospitalisés selon l'âge :  
(Sexe masculin)



Graphique 4 :recrutement des malades hospitalisés selon l'âge  
(Sexe féminin)



## 1.2. Origine géographique des malades hospitalisés :

On a défini pour chaque malade une résidence permanente qui correspond à son lieu de résidence habituelle, et une résidence thérapeutique, résidence du malade au moment de son traitement. Ceci pour distinguer les malades qui ont effectué un déplacement en direction de Bamako dans un but purement thérapeutique. En effet certains malades se sont rendus à Bamako, uniquement pour leur traitement. Ceux-ci ne sont pas des résidents permanents à Bamako.

### 1.2.1. Répartition globale des malades hospitalisés selon leur origine géographique :

On a considéré ici l'adresse permanente de la personne interrogée pour déterminer l'origine géographique des malades.

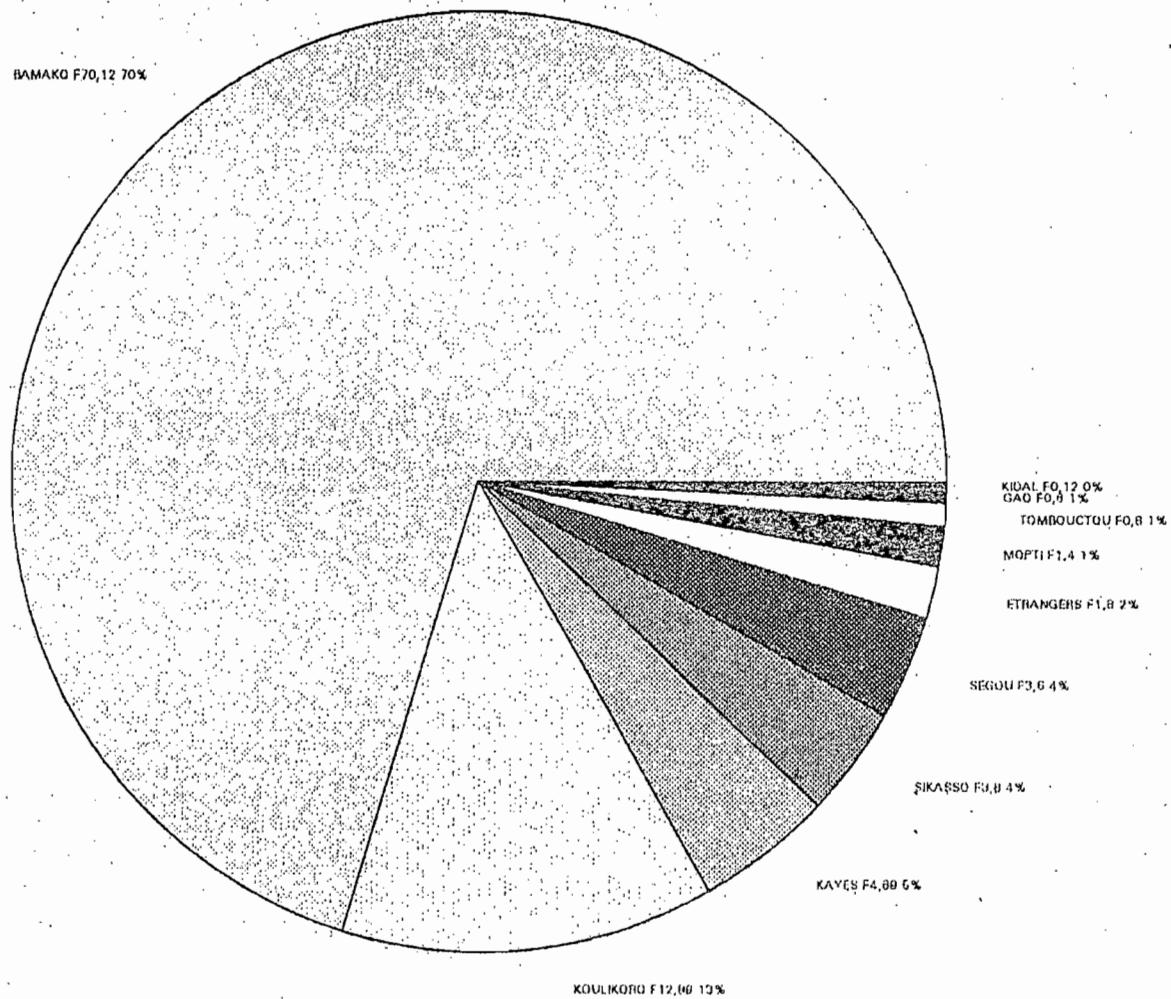
**Tableau 2: Répartition des malades hospitalisés selon le lieu de résidence permanente.**

Régions	Etablissements				Total
	Hôpital Point-G	Hôpital Gabriel	Hôpital Kati	CNOS	
Kayes	16	19	4	-	39
Koulikoro	49	46	12	-	107
Sikasso	21	9	2	-	32
Segou	19	10	1	-	30
Mopti	7	5	-	-	12
Tombouctou	2	4	1	-	7
Gao	4	1	-	-	5
Kidal	-	-	1	-	1
District	162	402	14	4	582
Etrangers	7	7	1	-	15
<b>Total</b>	<b>287</b>	<b>503</b>	<b>36</b>	<b>4</b>	<b>830</b>

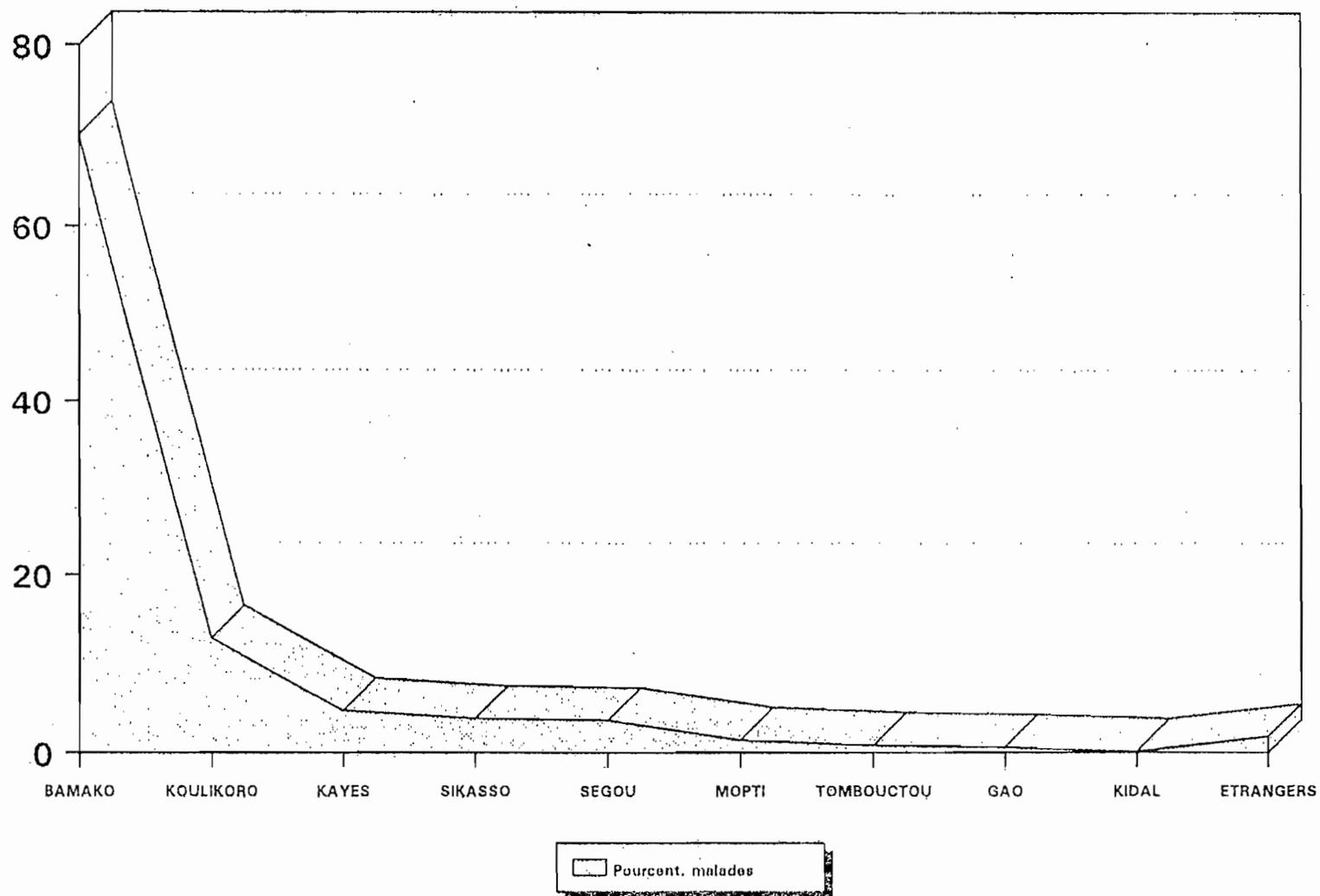
On note ici, que les résidents permanents dans le district de Bamako sont les plus nombreux, 70,1% de l'effectif total, la majorité d'entre eux a été hospitalisée à l'hôpital Gabriel Touré (69%) et au Point G (27,8%).

Pour tous les hôpitaux, au fur et à mesure qu'on s'éloigne du district de Bamako, le nombre de malades hospitalisés diminue. A première vue ce phénomène semble lié à la localisation géographique des hôpitaux nationaux par rapport au reste du pays. Ceci montre que les hôpitaux nationaux exercent une très faible attraction sur les populations résidentes à l'intérieur du pays. *(cf. [graphique N° 5.1 et 5.2 pages 26 et 27])*

**GRAPHIQUE 5.1 : Répartition des malades  
selon les origines géographiques :**



GRAPHIQUE 5.2 : répartition des malades  
selon les origines géographiques.



**1.2.2 Répartition des malades selon l'âge et la région d'origine :**

**Tableau 3 : Répartition des malades en fonction de l'âge et de la région d'origine**

Régions	classe d'âge			Total
	0-14	15-45	45 et plus	
Kayes	4	21	14	39
Koulikoro	33	36	38	107
Sikasso	4	17	11	32
Segou	3	15	12	30
Mopti	-	7	5	12
Tombouctou	1	2	4	7
Gao	-	3	2	5
Kidal	1	-	-	1
District	222	232	128	582
Etrangers	5	7	3	15
Total	273	340	217	830

Le tableau 3 indique que quelle que soit la classe d'âge, les malades originaires du district de Bamako sont les plus nombreux. Pour toutes les régions, à l'exception de Koulikoro, les malades âgés de 15 à 45 ans sont les plus nombreux. Pour la région de Koulikoro les personnes âgées de plus de 45 ans sont les plus nombreuses.

### 1.3. Répartition selon la résidence pour le traitement :

#### 1.3.1. Répartition des malades hospitalisés suivant leur lieu de résidence pour le traitement :

Il s'agit du lieu de résidence du malade au moment de son hospitalisation. La grande majorité des malades hospitalisés résidaient à Bamako (709) au moment de leur hospitalisation (85,42% soit 709/830). Ces malades viennent des six communes du district de Bamako, ils se classent comme suit :

- Commune IV : 191 patients (26,93%) ;
- Commune I : 123 malades (17,34%) ;
- Commune II : 119 malades (16,78%) ;
- Commune V : 109 patients (15,37%) ;
- Commune VI : 95 patients (13,39%) ;
- Commune III : 72 malades (10,15%). (*cf annexe I*)

Parmi les malades se trouvant à Bamako au moment de leur hospitalisation, 582 patients avaient comme résidence permanente la ville de Bamako. 127 malades y sont venus uniquement pour leur traitement, ils représentent environ 15,30% des malades hospitalisés au cours de la période.

Dans certains cas on a pu observer que des malades ont été admis à l'hôpital directement sans avoir été hébergés en ville, parmi ces derniers 86,95% viennent de la région de Koulikoro, puis les régions de Sikasso, Ségou et Mopti ont contribué chacune pour 0,24%. Aucun patient hospitalisé dans ces conditions n'est venu des régions de Tombouctou, Gao et Kidal (*cf annexe II*).

#### 1.3.2. Motifs d'hospitalisation des patients venant directement des régions pour les hôpitaux nationaux :

On a pu dénombrer 46 affections qui ont conduit à une admission directe des malades n'ayant pas été hébergés à Bamako avant leur hospitalisation.

La plupart des pathologies responsables sont ~~de~~ d'ordre d'urgence. Il s'agit surtout des pathologies traumatiques (traumatismes, fractures de membre, traumatismes crâniens, plaies contuses), et aussi des pathologies chirurgicales (occlusion, rupture de la rate).

Cependant certaines causes médicales chroniques telles que la tuberculose, l'épilepsie, ou aiguës comme le paludisme, la myosite ont également entraîné un recours direct. Il en est de même des pathologies gynéco-obstétricales (placenta praevia, grossesses pathologiques).

#### 1.4. Profession des malades :

La profession est par définition une activité, un métier ou un emploi exercé par une personne. La grande diversité des professions recensées nous a amené à procéder à un regroupement en un nombre limité mais prenant en compte toutes les situations observées.

**Tableau 4: Répartition des malades hospitalisés selon la profession.**

Profession	Etablissements				Total
	HPG	HGT	H.KATI	CNOS	
Paysans	39	44	3	1	87
Commerçants	23	28	1	1	53
P.administratif	26	20	4	-	50
Artisans	12	9	-	-	21
Ouvriers	5	4	-	-	9
Personnel de maison	1	2	-	-	3
Sans emploi	130	120	12	-	262
Scolaires et Pré-scolaires	51	276	14	2	343
Autres	-	-	2	-	2
Total	287	503	36	4	830

Parmi les professions déclarées, les cultivateurs et les éleveurs, représentent environ 38,66%.

Ceux qui exercent une activité commerciale, sont au nombre de 53 (23,55%). Ils ont été hospitalisés à l'hôpital Gabriel Touré pour 52,8% des cas (28) et au Point-G 43,39% (23 cas), enfin Kati et le CNOS ont reçu un seul malade chacun.

Le personnel de l'administration représentant 22,22%, ils sont pour la plupart hospitalisés à l'hôpital du Point-G (26 malades) puis à l'HGT (20 malades).

Les artisans (maçons, coiffeurs, menuisiers, tailleurs, bouchers) sont moins nombreux 2,53% des professions. Ils sont répartis entre l'hôpital du Point "G" et de Gabriel Touré (respectivement 12 et 9 malades).

Les ouvriers au nombre de 9 sont presque également repartis entre l'HPG et l'HGT. (cf. [tableau 4])

**Tableau 5: Répartition des malades selon qu'ils exercent ou non un métier.**

Hôpital	Personnes exerçant un métier	Personnes sans emploi	Elèves et enfants préscolaires	Total
H.Point G	106	130	51	287
H.Gabriel Touré	107	120	276	503
H.Kati	10	12	14	36
CNOS	2	-	2	4
<b>Total</b>	<b>225</b>	<b>262</b>	<b>343</b>	<b>830</b>

Le tableau 5 indique qu'environ 27,1% de l'effectif total sont des personnes exerçant un métier. Ils se répartissent comme suit : 38,66% sont des paysans, 23,55% des commerçants, 2,53% des artisans.

31,56% des malades hospitalisés sont des personnes sans emploi au moment de l'enquête. Les jeunes élèves et les enfants d'âge préscolaire représentent 41,32% de l'ensemble des patients hospitalisés.

### 1.5. Niveau de scolarisation des malades:

**Tableau 6.1: Répartition des malades selon leur niveau de scolarisation.**

Niveau de scolarisation	Hôpital			CNOS	TOTAL
	Hôpital Point "G"	Hôpital Gabriel Touré	Hôpital Kati		
Ne sachant ni lire ni écrire	142	339	15	2	498
Autodidacte	2	-	-	-	2
Niveau fondamental	69	107	9	2	187
Niveau secondaire	42	29	7	-	78
Niveau supérieur	15	8	3	-	26
Non déterminé	17	20	2	-	39
<b>TOTAL</b>	<b>287</b>	<b>503</b>	<b>36</b>	<b>4</b>	<b>830</b>

**Tableau 6.2 : Répartition des malades selon la scolarisation .**

Instruction	Etablissements			CNOS	TOTAL
	Hôpital Point-G	Hôpital Gabriel Touré	Hôpital Kati		
Instruits	128	144	19	2	293
Non scolarisés	142	339	15	2	498
Non identifiés	17	20	2	-	39
<b>TOTAL</b>	<b>287</b>	<b>503</b>	<b>36</b>	<b>4</b>	<b>830</b>

Le tableau 6.1 et 6.2 indiquent par hôpital le niveau de scolarisation de l'ensemble des malades hospitalisés. Il ressort de ces tableaux que :

Les hospitalisés ne sachant ni lire ni écrire, sont au nombre de 498 soit 60% de l'effectif total, ce nombre très élevé par rapport aux personnes instruites pourrait être expliqué par le nombre élevé des enfants d'âge préscolaire au nombre de 216 malades soit 43,3 % des patients non scolarisés. Si on soustrait de l'effectif total des patients analphabètes les enfants d'âge préscolaire, on obtient un nombre qui reflète mieux le niveau de scolarisation des patients hospitalisés, n'étant alors plus que de 282 malades (498 - 216) ils représentent 33,9% des malades hospitalisés (cf.[tableau 7.1]).

Les personnes instruites représentent 35,3% de l'ensemble des malades hospitalisés. Au fur et à mesure qu'on progresse vers le niveau supérieur, le nombre de patient diminue (cf.[tableau 6.1]). Cette physionomie reflète la structure du niveau de scolarisation générale de la population au Mali. Selon les autorités, l'enseignement primaire accueille à peine 30% des enfants, 6% des jeunes gens reçoivent un enseignement secondaire et moins de 1% reçoivent un enseignement supérieur (cf.[26]).

**Tableau 7.1 : Répartition des patients selon la scolarisation en tenant compte des enfants d'âge préscolaire.**

Niveau scolarisation/hôpital	hôpital Point-G	Hôpital Gabriel Touré	Hôpital Kati	CNOS	Total
scolarisés	128	144	19	2	293
Non scolarisés	122	147	12	1	282
Enfant âge préscolaire	20	192	3	1	216
Non déterminés	17	20	2	-	39
Total	287	503	36	4	830

Hormis les enfants d'âge préscolaire, il n'existe pas une différence statistique significative entre les personnes scolarisées et les non scolarisées.

( $X^2=1,88$  ; DDL=3 ; P=0,59).

**Tableau 7.2 : Répartition des malades d'âge préscolaire par établissement.**

Etablissements	Age/an						Total
	1	2	3	4	5	6	
Hôpital Point "G"	9	2	5	2	-	2	20
Hôpital Gabriel Touré	100	17	31	16	14	14	192
Hôpital Kati	2	-	-	-	-	1	3
CNOS	-	-	-	1	-	-	1
Total	111	19	36	19	14	17	216

Il ressort de ce tableau que la plupart des enfants d'âge préscolaire (quel que soit l'âge) sont hospitalisés à l'hôpital Gabriel Touré. Le nombre de patients diminue au fur et à mesure que l'âge augmente dans ce groupe, avec une forte concentration avant l'âge d'un an.

On remarque que ce groupe influence fortement le niveau de scolarisation de l'ensemble des malades hospitalisés.

## 2. LES MODALITES D'ACCES AUX HOPITAUX NATIONAUX:

### 2.1. Circonstances d'accès aux hôpitaux :

Nous avons considéré comme évacués les malades détenant des documents fournis par un agent de santé les orientant d'une formation sanitaire à une autre. Par contre les malades qui se sont adressés directement à l'hôpital sans aucun avis préalable d'un agent de santé ou d'une formation sanitaire ont été considérés comme effectuant un recours direct.

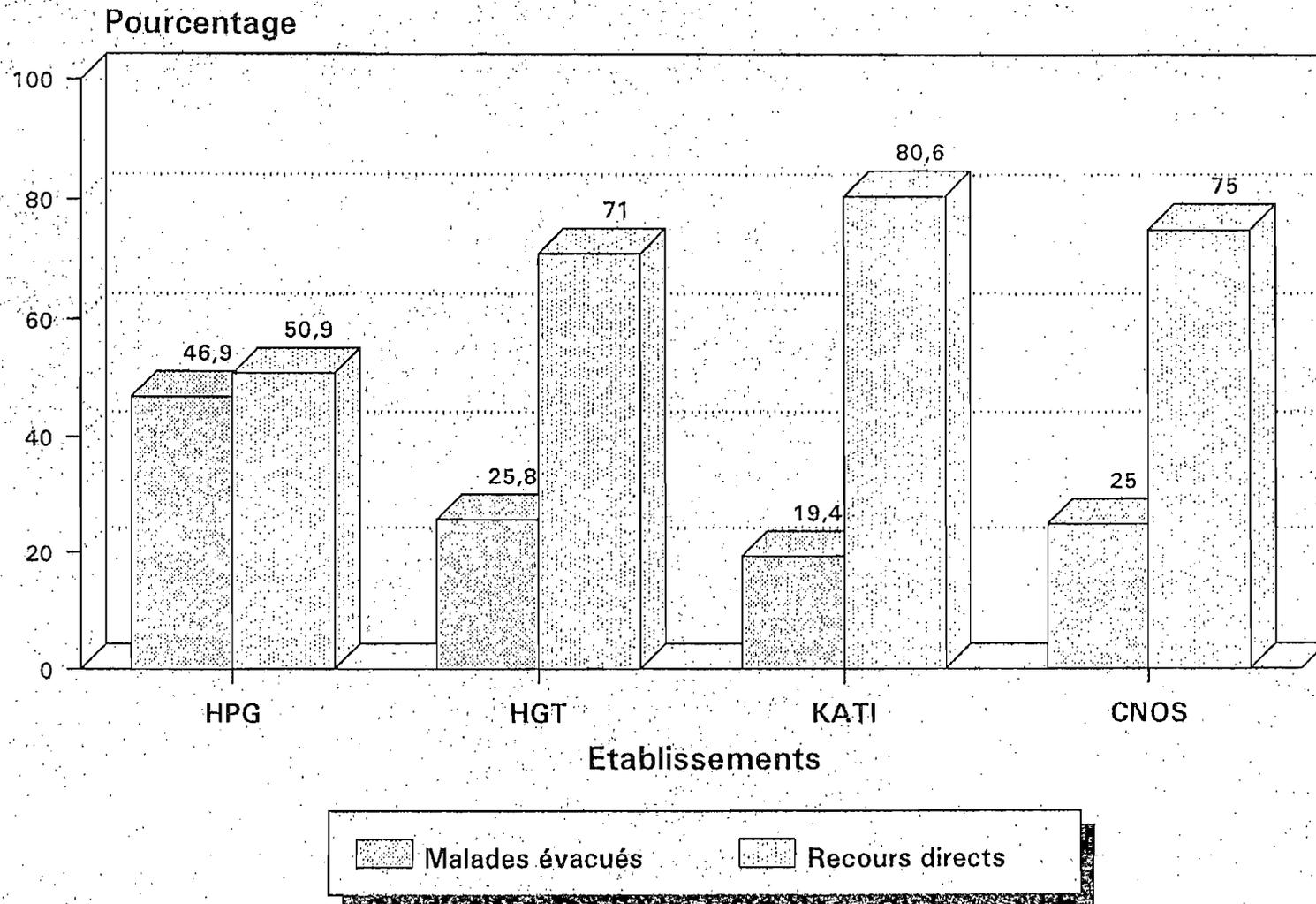
**Tableau 8 : Répartition des malades hospitalisés selon les modalités d'accès aux hôpitaux.**

Modalités d'accès	Hôpital			CNOS	TOTAL
	Hôpital Point-G	Hôpital Gabriel	Hôpital Kati		
Evacués	134	130	7	1	272
Recours directs	146	357	29	3	535
Anonyme	7	16	-	-	23
TOTAL	287	503	36	4	830

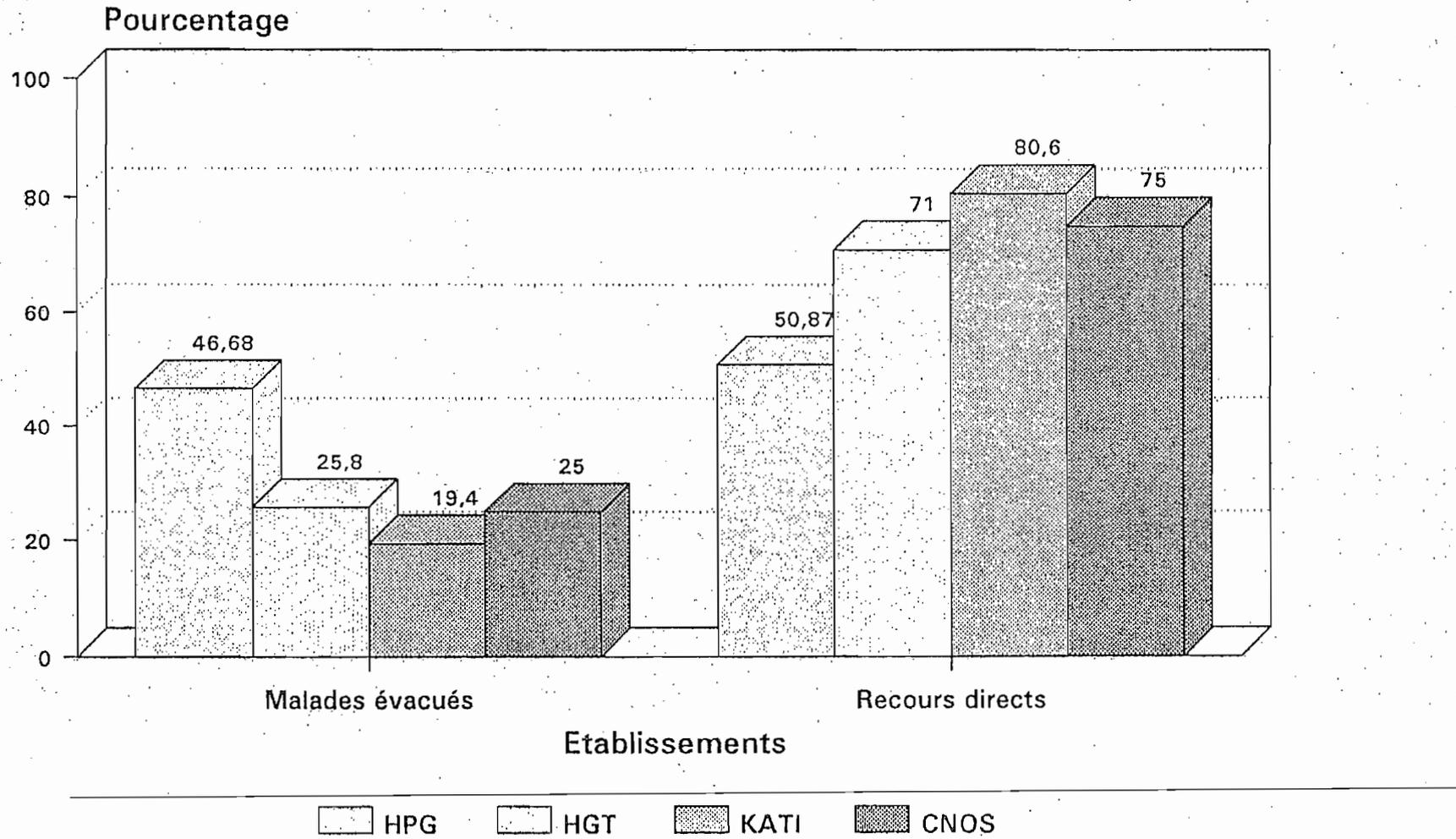
A la lecture du tableau N° 8, il apparaît que les malades évacués sont moins nombreux (32,77%) que ceux ayant effectués un recours direct (64,45%).

Les circonstances d'hospitalisation varient d'un hôpital à l'autre. En effet l'hôpital du Point "G" présente une légère prédominance des recours directs (50,87%) par rapport aux malades évacués (46,68%), alors qu'à l'hôpital Gabriel Touré les recours directs dominent fortement l'effectif avec 71% contre 25,8% de malades évacués. Environ 80,6% des malades hospitalisés à l'hôpital de Kati sont des recours directs et ils constituent les 3/4 des malades au CNOS (cf. [graphique 6 et 7 pages 36 et 37]).

**GRAPHIQUE 6 : Répartition des malades  
modalités de recours**



GRAPHIQUE 7 : Répartition des malades  
selon les modalités de recours



## 2.2. Le niveau de scolarisation exerce-t-il une influence sur les circonstances d'accès aux hôpitaux ?

**Tableau 9 : Répartition des malades selon les recours et l'instruction.**

Niveau d'instruction	Recours aux soins			TOTAL
	Evacués	recours directs	non identifiés	
Malades scolarisés	109	215	8	332
Malades non scolarisés et non déterminés	163	320	15	498
<b>TOTAL</b>	<b>272</b>	<b>535</b>	<b>23</b>	<b>830</b>

Il n'existe pas une relation statistique significative entre les circonstances de recours et la scolarisation ( $X^2=0,27$ ; DDL=2;  $P=0,87$ ).

La plupart des malades instruits aussi bien que non instruits effectuent des recours directs. On peut donc dire que le fait d'être instruit n'influence pas le comportement des malades vis à vis du recours aux hôpitaux.

## 2.3. Etablissements de soins ayant prescrit les évacuations :

Le tableau 10 (page 40) indique le nombre de documents fournis aux malades évacués dans les hôpitaux nationaux.

L'ensemble des trois hôpitaux nationaux et le CNOS ont évacué 74 malades (environ 27,2% des malades hospitalisés), parmi eux 45 patients (60%) ont été évacués par l'hôpital du Point G avec une moyenne de 1,7 documents remis par malade.

Les formations sanitaires publiques de premier échelon (centre de santé d'arrondissement, centre de santé de cercle, centre de santé de commune et les différentes maternités urbaines) ont été à l'origine de la référence de 87 patients (31,98% de l'ensemble des malades évacués), alors que les établissements de niveau intermédiaire (hôpitaux régionaux et secondaires) n'ont évacué que 7 patients (2,57%). Environ 7,72% et 6,98% des malades évacués viennent respectivement des centres de santé communautaire et du secteur privé lucratif.

Les malades évacués des établissements de niveau intermédiaire (hôpitaux secondaires et régionaux) et tertiaire (hôpitaux nationaux) détiennent plus de document (1,6 documents en moyenne par malade) alors que ceux venant du premier échelon reçoivent moins de document (1,2 documents en moyenne par malade).

**Tableau 10 : Répartition des malades en fonction de la formation sanitaire qui les a référés.**

Formations sanitaires	Malades évacués	Nombre de document	Nombre de document relatif par malade
Centre de santé de cercle	36	49	1,36
Centre de santé d'arrondissement	6	7	1,16
Centre de santé de commune	32	41	1,28
Centre de santé communautaire	21	27	1,28
Hôpitaux régionaux	6	10	1,66
Hôpitaux secondaires	1	1	1
Cabinet privé	15	25	1,66
Clinique privé	4	5	1,25
Hôpital Gabriel Touré	22	36	1,63
Hôpital du Point G	45	80	1,77
Hôpital de Kati	6	6	1
CNOS	1	2	2
Maternité de missira	5	4	0,8
Maternité de hamdallaye	3	3	1
Maternité de sogoniko	4	5	1,25
Maternité de korofina	1	1	1
CMIE	6	8	1,33
Centre médico-scolaire	1	1	1
IOTA	1	1	1
Institut marchoux	4	6	1,5
DAT	8	7	0,8
Pharmacie	1	2	2
Non identifiés	43	52	1,2
<b>TOTAL</b>	<b>272</b>	<b>379</b>	<b>1,39</b>

#### 2.4. Qualification des praticiens qui ont ordonné l'évacuation :

L'évacuation sanitaire est un acte indiqué par un professionnel de la santé dans le but de suppléer les limites de la prise en charge de l'échelon de premier recours.

**Tableau 11 : Répartition des malades selon la qualité des praticiens qui ont indiqué l'évacuation.**

Destination des malades évacués					
Qualité des praticiens	Hôpital Point G	Hôpital Gabriel	Hôpital Kati	CNOS	TOTAL
Etudiant en médecine	15	1	-	-	16
Elève sage femme	-	1	-	-	1
Médecin généraliste	63	61	5	1	130
Médecin spécialiste	35	16	-	-	51
Infirmier d'Etat	4	11	-	-	15
Infirmier 1 <sup>er</sup> cycle	7	6	2	-	15
Sage femme	3	8	-	-	11
obstétricienne	-	2	-	-	2
Technicien de labo	2	-	-	-	2
Manipulateur radio	1	-	-	-	1
Non identifiée	4	24	-	-	28
<b>TOTAL</b>	<b>134</b>	<b>130</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>272</b>

La plupart des catégories des professions médicales et paramédicales autorisées au Mali sont intervenues à des degrés variables dans l'évacuation des malades:

Les médecins généralistes et spécialistes ont ordonné l'évacuation à 66,54% des malades évacués (181/272), parmi ceux-ci 54,14% sont orientés sur l'hôpital du Point "G", 42,54% sur l'hôpital Gabriel Touré et enfin 2,76% et 0,55% respectivement à Kati et au CNOS. Cependant les infirmiers, les sages femmes et les obstétriciennes ont aussi adressé des patients pour 15,80% des malades évacués dont 32,55% (14/43) à l'hôpital du Point G, 61,36% (27/43) à l'hôpital Gabriel Touré et 2% à Kati.

Les malades évacués par les étudiants en médecine sont presque exclusivement orientés sur l'hôpital du Point "G" (Environ 94% des malades évacués par cette catégorie). (cf.[tableau 11]).

Les médecins (généralistes et spécialistes) délivrent en moyenne 1,45 documents par malade alors que les infirmiers (infirmiers d'Etat et 1<sup>er</sup> cycle, sages femmes, obstétriciennes) délivrent en moyenne un document et les étudiants environ 2 documents par malade. (cf.[tableau 12]).

**Tableau 12: Répartition suivant les catégories de personnel et le nombre de document délivré.**

Catégorie de personnel	Malades évacués	Nombre de document
Etudiant en médecine	16	30
Elève sage femme	1	1
Médecin généraliste	130	180
Médecin spécialiste	51	84
Infirmier d'Etat	15	18
Infirmier 1 <sup>er</sup> cycle	15	15
Sage femme	11	9
Obstétricienne	2	3
Technicien labo	2	3
Manipulateur radio	1	2
Non identifiée	28	34
<b>TOTAL</b>	<b>272</b>	<b>379</b>

### 3. CONTRIBUTION DES DIFFERENTS SERVICES AU RECRUTEMENT DES MALADES HOSPITALISES :

Etant donné la grande diversité des services de recrutement, nous avons procédé à un regroupement de ceux-ci en quatre groupes. Ces regroupements varient d'un hôpital à un autre dans leur contenu. Ce sont :

- Les services chargés de la prise en charge des maladies sociales (psychiatrie, phtisiologie) ;
- les services de médecine générale et autres spécialités médicales (gastro-entérologie, neurologie, contagieux, gynéco-obstétrique, cardiologie, pédiatrie, maternité, oto-rhino-laryngologie, diabétologie et stomatologie) ;
- les services de spécialité chirurgicale (urologie, chirurgie digestive, traumatologie, chirurgie infantile) ;
- les services de soins intensifs (urgences et réanimation).

#### 3.1. Cas de l'hôpital du Point "G" :

Les différents groupes de service se structurent comme suit :

- Les services des maladies sociales : Psychiatrie et Pneumo-phtisiologie;
- les services de médecine générale et autres spécialités médicales : Médecine A, B, C, D et E, Neurologie, Cardiologie, Néphrologie, Contagieux, Gastro-entérologie, gynéco-obstétrique ;
- les services de spécialité chirurgicale : Chirurgie A et B, Urologie ;
- les services de soins intensifs : urgences-réanimation.

*(cfr annexe 3)).*

Les services de médecine générale et autres spécialités ont effectué le plus grand nombre d'hospitalisation (50,05%) dont 31 patients ont été recrutés par les services de garde (19,6% des 158 patients hospitalisés dans ces services).

Les services de chirurgie ont recruté 22,9% des malades hospitalisés, parmi ceux-ci 50% ont été reçus par les services de garde.

12,54% des malades ont été recrutés dans les services des maladies sociales.

Le service d'urgence-réanimation a hospitalisé 9,4% des malades.

(cf[*tableau 13*])

Il ressort que :

- Une part importante des hospitalisations s'effectue au cours des gardes de médecine et de chirurgie ;
- les services de médecine constituent ceux qui effectuent le plus grand nombre de recrutement ;
- le service d'urgence recrute en moyenne un malade par jour.

**Tableau 13 : Répartition des malades hospitalisés au Point G selon les services de recrutement et l'âge.**

Services	Classe d'âge			Total
	0-14	15-45	45 et +	
Service des maladies sociales	1	24	11	36
Médecine générale et autres spécialités médicales	23	80	55	158
Chirurgie	5	33	28	66
Service de soins intensifs	2	11	14	27
Total	31	148	108	287

A part le service de soins intensifs, les adultes jeunes et adolescents (15-45 ans) sont les plus nombreux dans les autres groupes de services.

### 3.2. Cas de l'hôpital Gabriel Touré :

La structure du regroupement des services est la suivante :

- Les services de médecine générale et autres spécialités médicales : Pédiatrie, Gynécologie et Maternité, Cardiologie, Gastro-entérologie, ORL, Diabétologie ;
- les services de spécialité chirurgicale : la chirurgie générale, la chirurgie infantile, la traumatologie, l'urologie ;
- le service de soins intensifs revient au service d'anesthésie réanimation ;
- les services des maladies sociales n'existent pas à l'hôpital Gabriel Touré.

Les services de médecine et spécialités médicales effectuant 70,37% des hospitalisations, la pédiatrie à elle seule a hospitalisé 195 patients de moins de 15 ans représentant 38,76% des malades hospitalisés au Gabriel Touré. Dans ce service 38,73% des malades sont hospitalisés au cours des gardes.

Les services de soins intensifs ont réalisé 19,28% des hospitalisations à l'hôpital Gabriel Touré, parmi ceux-ci environ 49,48% sont effectuées au cours des gardes.

Les services de chirurgie ont hospitalisé 10,33% des malades dont près de la moitié sont des personnes âgées de 45 ans et plus.  
(cf.[tableau 14]).

Comme à l'hôpital du Point "G" une part importante des recrutements (35,58%) au Gabriel Touré se font par les services de gardes. (cf.[annexe 3]).

**Tableau 14 : Répartition des malades hospitalisés au Gabriel Touré selon les services de recrutement. et L'âge -**

Services	Classe d'âge			Total
	0-14	15-45	45 et +	
Services de médecine générale et spécialités	203	112	39	354
Services de chirurgie	8	19	25	52
Services de soins intensifs	21	46	30	97
Total	232	177	94	503

La majorité des recrutements s'effectue dans les services de médecine. Il n'existe pas une différence statistique assez significative entre les classes d'âge et les services de chirurgie et de soins intensifs ( $X^2=4,30$ , DDL=2,  $P=0,12$ ).

### 3.3. Cas de l'hôpital de Kati :

La structure du regroupement des services est comme suit :

- Les services de médecine sont : la médecine générale, la gynécologie;
- les services de chirurgie : la chirurgie générale, la traumatologie et 2.

A l'hôpital de Kati il n'existe pas de service chargé des maladies sociales et de services de soins intensifs.

**Tableau 15 : Répartition des malades hospitalisés à Kati selon les groupes de services et l'âge.**

Services	Classe d'âge			Total
	0-14	15-45	45 et +	
Services médecine générale et spécialités	4	12	3	19
Services de chirurgie	4	6	7	17
Total	8	18	10	36

Les services de médecine et de chirurgie ont recruté 52,77% et 47,22% des malades. ( cf [tableau 15] ).

Environ 58,82% des malades hospitalisés par les services de chirurgie sont de la traumatologie 1 (cf annexe 3).

### 3.4. Cas du CNOS :

**Tableau 16 : Répartition des malades en fonction des services et l'âge.**

Services	Classe d'âge			total
	0-14	15-45	45 et plus	
Médecine	2	1	1	4

Tous les malades hospitalisés au C.N.O.S répondent à la spécialité médicale.

Il ressort de toutes ces observations qu'aussi bien à l'hôpital du Point "G" qu'à l'hôpital Gabriel Touré, les malades hospitalisés par les services de garde sont les plus nombreux. Les services de médecine générale et autres spécialités médicales ont effectué la majorité des hospitalisations, liée au nombre élevé des services qui les composent (capacité d'accueil).

A l'hôpital de Kati, les malades hospitalisés dans les services de chirurgie sont les plus nombreux.

#### 4. LES PRINCIPAUX MOTIFS D'HOSPITALISATION :

L'enquête a concerné le premier jour d'hospitalisation, les motifs évoqués correspondent aux diagnostics d'entrée retenus par les médecins. Sur les 830 malades hospitalisés au cours de l'enquête, 688 patients avaient un motif d'hospitalisation spécifié. Nous avons classé ces diagnostics en trois catégories selon qu'ils sont précis (faisant allusion à une affection bien déterminée), vagues (reposant sur la suspicion d'atteinte d'un organe), ou symptomatiques (reposant sur les symptômes).

(cf annexe 2).

##### 4.1. Etude globale des malades hospitalisés en fonction des différentes catégories de diagnostic :

**Tableau 17 : Répartition des motifs d'hospitalisation selon les hôpitaux.**

Diagnostics	hôpital			CNOS	Total
	Hôpital Point-G	Hôpital Gabriel Touré	Hôpital Kati		
Précis	135	201	25	-	361
Vagues	64	134	2	1	201
Symptômes	37	89	-	-	126
<b>Total</b>	<b>236</b>	<b>424</b>	<b>27</b>	<b>1</b>	<b>688</b>

Au Point "G" sur les 287 malades hospitalisés, on a évoqué un diagnostic pour 236 malades (82,22%), parmi ceux-ci 135 (57,2%) sont des diagnostics précis, 27,11% des diagnostics vagues et 15,67% de symptômes. Pour 51 malades aucun diagnostic quelconque n'a été enregistré.

Pour l'hôpital Gabriel Touré un motif d'hospitalisation a pu être trouvé pour 424 malades (84,29% des malades hospitalisés) dont 47,4% de diagnostics précis, 31,6% de diagnostics vagues et 20,99% de symptômes.

Pour Kati un motif d'hospitalisation existait pour 27 malades (75%) dont 92,59% sont des motifs précis.

Au total un motif a été trouvé pour 82,89% de l'ensemble des malades hospitalisés dans les quatre établissements dont 52,47% (361/688) sont des motifs précis, 29,21% (201/688) de diagnostics vagues et 18,31% (126/688) de symptômes.

#### 4.2. Motifs d'hospitalisation précis :

Au regard des différents motifs précédemment cités, nous avons procédé à un regroupement des diagnostics en quatre types d'affection (spécialités médicale, chirurgicale, gynéco-obstétricale et traumatologique). Ce regroupement permettra de relativiser la précision du diagnostic d'entrée par rapport aux différentes spécialités.

**Tableau 18 : Fréquence des diagnostics précis selon les spécialités.**  
*et selon les établissements.*

Motifs d'hospitalisation	Hôpital			CNOS	Total
	Hôpital Point-G	Hôpital Gabriel	Hôpital Kati		
Causes médicales	89	120	11	-	220
Causes gynéco-obstétricales	6	22	4	-	32
Causes chirurgicales	40	32	1	-	73
Causes traumatologiques	-	27	9	-	36
<b>Total</b>	135	201	25	-	361

Au Point "G", sur 135 malades 89 (65,92%) présentaient une affection médicale alors que 40 (29,62%) malades présentaient une affection chirurgicale et seulement 4,4% d'affection gynéco-obstétricale.

A l'hôpital Gabriel Touré, les motifs d'ordre médical couvrent les 59,7% des motifs enregistrés.

A Kati les motifs médicaux sont les plus nombreux (44%).

### 4.3. Motifs d'hospitalisation vagues :

**Tableau 19 : Effectif des diagnostics vagues selon les spécialités et les établissements.**

Motifs d'hospitalisation	Etablissements				Total
	Hôpital Point-G	Hôpital Gabriel Touré	Hôpital Kati	CNOS	
Médicaux	33	77	1	-	111
Gynéco-obstétricaux	9	10	-	-	19
Chirurgicaux	9	13	1	1	24
Traumatologiques	13	34	-	-	47
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>134</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>201</b>

Au Point "G" 64 malades étaient dans une situation de diagnostic vague dont plus de la moitié (51,56%) de ces motifs sont d'ordre médical, alors que 20,3% relèvent de la traumatologie, les motifs obstétricaux et chirurgicaux représentent pour chacun 14% environ.

Pour l'hôpital Gabriel Touré les motifs d'hospitalisation vagues se rapportent à une cause médicale (57,46%), 25,37% de ces diagnostics vagues sont traumatologiques, 9,7% chirurgicaux, enfin 7,46% gynéco-obstétricaux. seulement deux motifs de ce genre ont été observés à l'hôpital de Kati.

#### 4.4. Motifs d'hospitalisation symptomatiques :

Tableau 20 : Effectif des diagnostics symptomatiques par établissement.

Motifs d'hospitalisation	Etablissements				Total
	Hôpital Point-G	Hôpital Gabriel	Hôpital Kati	CNOS	
Médicaux	35	88	-	-	123
Gynéco-obstétricaux	2	1	-	-	3
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>89</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>126</b>

La plupart des motifs évoqués ici sont en rapport avec une cause médicale (97,6%), cette prédominance s'observe au niveau de l'hôpital du Point G et Gabriel Touré.

A l'hôpital de Kati et le C.N.O.S, il n'y a eu aucun motif de ce genre évoqué.

#### 4.5. Etude par rapport à la précision du diagnostic et de la spécialité :

Tableau 21 : Répartition des catégories de diagnostic selon les spécialités .

Diagnostics	Médicaux	Gynéco-obstétricaux	Chirurgicaux	Traumatologiques	Total
Précis	220	32	73	36	361
Vagues	111	19	24	47	201
Symptomatiques	123	3	-	-	126
<b>Total</b>	<b>454</b>	<b>54</b>	<b>97</b>	<b>83</b>	<b>688</b>

Pour les motifs d'hospitalisation précis plus de la moitié (60,94%) sont des motifs médicaux, les motifs chirurgicaux avec environ 20,22%, les traumatologiques et gynéco-obstétricaux ont le même ordre de fréquence (respectivement 9,97% et 8,86%).

Parmi les affections médicales 48,45% ont été précises. La précision des diagnostics a atteint 59,25% pour les affections gynéco-obstétricales, 75,25% en chirurgie et 43,37% en traumatologie.

La plupart des motifs d'hospitalisation vagues ont été enregistrés dans les services de médecine et de traumatologie. En effet, 55,22% des suspicions d'atteinte d'organe sont médicales et 23,38% sont traumatologiques alors que les cas rapportés en chirurgie et en gynéco-obstétrique ne représentent que 11,94% et 9,45% .

24,44% des affections médicales ont été vagues, 24,74% le sont en chirurgie contre 35,18% en gynéco-obstétrique et 56,6% en traumatologie.

Les symptômes évoqués à l'occasion d'hospitalisation sont fréquents en médecine 97,65%. 2,38% des symptômes sont en gynéco-obstétrique. Les autres spécialités chirurgicales et traumatologiques n'ont pas enregistré de symptômes comme motifs d'hospitalisation.

(cf. [tableau 21]).

Les motifs précis évoqués sont dominés par le paludisme au total 73 dont 63 cas hospitalisés à l'hôpital Gabriel Touré, ensuite vient la tuberculose avec 20 cas dont 19 à l'hôpital du Point G.

Pour les suspicions d'atteinte d'organe, les pneumopathies dominent avec 24 cas dont 23 à l'hôpital Gabriel Touré, puis viennent les traumatismes crâniens (25 cas dont 22 au Gabriel Touré) et les syndromes infectieux (16 cas).

Quant aux symptômes, les convulsions dominent avec 18 cas (autant de cas au Point G qu'à Gabriel Touré) suivies par les diarrhées avec 25 cas dont 13 à l'hôpital Gabriel Touré.

(cf [annexes 2]).

D'une manière générale 10,6% des hospitalisations effectuées au cours de la période de l'enquête, ont été motivées par les cas de paludisme, 3,6% sont des traumatismes crâniens et 3,48% sont des pneumopathies.

Au total 144 pathologies différentes ont été enregistrées.

#### 4.6. Diagnostiques des malades évacués :

**Tableau 22.a: Répartition des diagnostics selon les modalités de recours par hôpital.**

Motifs d'hospitalisation	Etablissements				Total
	Hôpital Point G	Hôpital Gabriel	Hôpital Kati	CNOS	
Evacués Diagnostiques précis	73	52	5	-	130
Recours directs	59	134	16	-	209
Evacués Diagnostiques vagues	21	34	1	-	56
Recours directs	36	98	1	1	136
Evacués Diagnostiques symptomatiques	13	28	-	-	41
Recours directs	26	57	-	-	83
Evacués Total	107	114	6	-	227
Recours directs	121	289	17	1	428

**Tableau 22.b : Répartition des patients évacués selon qu'ils ont ou non un motif d'hospitalisation établi, en fonction des établissements-**

Evacués	Hôpital Point-G	Hôpital Gabriel Touré	Hôpital Kati	CNOS	Total
Motifs d'hospitalisation établis	107	114	6	-	227
Motifs d'hospitalisation non déterminés	27	16	1	1	45
Total des malades évacués	134	130	7	1	272

Environ 57,89% (209/361) des malades ayant un diagnostic précis sont des patients recrutés directement, 36,01% sont des malades évacués et 6,1% sont des patients n'ayant pas répondu à la question modalité de recours.

On note qu'au sein des malades évacués 47,79% (130/272) avaient un motif d'hospitalisation précis, alors que la proportion observée au niveau des malades recrutés directement atteint 39,06% (209/535). (cf. [tableau 22.a et 22.b]).

Contrairement à l'hôpital Gabriel Touré et de Kati, où le nombre de malades évacués ayant un diagnostic précis est largement inférieur au cas de recours directs, l'hôpital du Point "G" a recruté plus de patients évacués avec un diagnostic précis que de recours directs.

Concernant les diagnostics vagues aussi bien que les diagnostics symptomatiques, le nombre de malades ayant un motif d'hospitalisation est partout Supérieur pour les recours directs et cela dans chaque hôpital sauf à l'hôpital de Kati.

(cf. [tableau 22.a]).

Au total pour environ 83,45% (227/272) des malades évacués, une information sur le motif d'hospitalisation a pu être donnée dont 57,26% sont des motifs précis. Ceci a été possible pour 80% (428/535) des malades recrutés directement avec 48,83% de motifs d'hospitalisation précis. Ainsi sur les 134 malades évacués au Point G 107 avaient un motif et pour 130 malades évacués au Gabriel Touré 114 en avaient, enfin à Kati sur 7 malades évacués 6 avaient un motif d'hospitalisation (cf. [tableau 22.b]).

Les maladies ayant occasionné une évacuation sont dominées par le paludisme (22 cas), la tuberculose (16 cas), les syndromes infectieux (13 cas).

## **5. ITINERAIRES SUIVIS PAR LES MALADES :**

Notre analyse vise à retracer les différents recours effectués par le patient à la quête des soins pour l'épisode qui l'a conduit à l'hospitalisation.

Dans bien des cas, les patients ont pu effectuer des recours avant d'accéder à l'hôpital. A cet égard on a pu identifier les types de recours suivants :

- Le recours à la médecine traditionnelle: il s'agit de tous les cas de recours à une personne reconnue par le patient comme un guérisseur ;

- le recours à la médecine moderne : correspond à tout recours à un professionnel moderne évoluant dans une structure conventionnelle de santé (secteur public ou libéral).

- le recours à l'automédication : il s'agit des cas où le malade a pris des médicaments sans prescription préalable.

### **5.1. Recours aux différents types de pratique pendant le parcours :**

Les hôpitaux nationaux ont été le premier recours pour 242 patients (soit 29,15%). Ce sont des patients qui n'ont eu aucun contact avant l'hôpital.

Sur les 830 malades hospitalisés 53,49% se sont adressés de préférence avant leur hospitalisation aux établissements de médecine moderne, 92 patients (11,08%) ont eu recours à la médecine traditionnelle, 39 malades (4,69%) avaient pratiqué l'automédication et enfin 1,56% ont eu un recours à un parent non professionnel.

Une proportion importante des malades hospitalisés ont effectué une seule étape de recours avant l'hôpital (41,32%), 20,84% ont eu deux recours, 6,98% des malades ont effectué trois recours, moins de 1% ont effectué quatre recours, enfin seulement trois malades ont effectué cinq étapes avant d'être hospitalisés.

Environ 234 sur 343 des patients ayant déclaré avoir effectué une seule étape, ont eu recours à la médecine moderne, 73 sur 343 à la médecine traditionnelle et 31 sur 343 ont pratiqué de l'automédication.

On retient que le nombre de patient diminue au fur et à mesure que le nombre d'étape augmente (cf. [ tableau N°23])

**Tableau 23 : Répartition des usagers selon le nombre d'étapes effectuées et le type de recours.**

Étapes	Automédication	Recours à un parent	Médecine traditionnelle	Médecine moderne	Aucune étape avant l'hospitalisation	Total
Une étape	31	11	73	234	-	343
Deux étapes	5	1	17	149	-	173
Trois étapes	3	-	1	53	-	58
Quatre étapes	-	1	1	5	-	7
cinq étapes	-	-	-	3	-	3
aucune étape avant l'hospitalisation	-	-	-	-	242	242
Total	39	13	92	444	242	830

**5.2. Lieu d'achat des produits par les malades qui déclarent avoir pratiqué l'automédication :**

79,48% des patients ayant effectué l'automédication, l'ont pratiqué une seule fois, 12,8% l'ont pratiqué deux fois et seulement 7,69% trois fois au cours du même épisode morbide.

**Tableau 24 : Lieu d'achat des médicaments pour les malades ayant pratiqué l'automédication.**

Lieu d'achat	Observations	%
Officines	27	69,2
Marchants ambulants	7	18
Anonymes	5	12,8
Total	39	100

La plupart des médicaments achetés par les malades pratiquant l'automédication l'ont été dans une officine (69,2%). Les marchants ambulants ne sont intervenus que pour 18% .

### 5.3. Caractéristiques du recours à la médecine moderne :

Plus de la moitié des patients ayant recours à la médecine moderne ne l'ont effectué qu'une fois. le nombre de patient diminue avec le nombre d'étape. Seulement 1% environ ont effectué cinq étapes (cf.[tableau 23]).

**Tableau 25 : Fréquence suivant le type de formation sanitaire moderne.**

secteurs d'activité	Observations	%
Privé lucratif	32	7,2
Privé Communautaire	5	1,13
Public	394	88,7
Parapublique	5	1,13
Non identifiés	8	1,8
Total	444	100

La majorité des malades concernés ont eu recours aux services publics (88,7%) alors que le secteur privé lucratif n'a accueilli que 7,2%. Le secteur parapublique et communautaire ne sont intervenus que pour 1,13% respectivement.

#### 5.4. Nature des soins offerts par les guérisseurs traditionnels :

La plupart des patients ayant recours à la médecine traditionnelle l'ont effectué une seule fois (cf. [tableau 23]).

Tableau 26 : Fréquence de la nature des soins traditionnels .

Nature des soins	Observations	%
Médicaments traditionnels	84	91,3
Sacrifices	3	3,3
Anonymes	5	5,4
Total	92	100

Les médicaments traditionnels (feuilles , écorces et racines) constituent l'essentiel des soins qu'offrent les guérisseurs à leurs patients. Il est rarement fait état de sacrifices, est-ce parceque ce genre de pratique est moins souvent utilisée, ou est-ce que les malades éprouvent une certaine gêne à le dire ?

#### 5.5. Importance des malades ayant bénéficié d'un traitement avant l'hospitalisation :

Sont considérés ici tous les malades qui ont utilisé des médicaments modernes ou traditionnels avant leur hospitalisation, à la différence de ceux qui n'ont effectué aucun traitement antérieur à leur hospitalisation.

**Tableau 27 : Antécédents thérapeutiques des malades.**

Antécédents thérapeutiques	Etablissements				Total
	Hôpital Point-G	Hôpital Gabriel	Hôpital Kati	CNOS	
Traitement antérieur	152	244	14	3	413
Aucun traitement	109	230	20	1	360
Non déterminés	26	29	2	-	57
<b>Total</b>	<b>287</b>	<b>503</b>	<b>36</b>	<b>4</b>	<b>830</b>

Sur 413 patients, 49,8% avaient été déjà traités, parmi ceux-ci 36,8% (152 malades) ont été hospitalisés à l'hôpital du Point "G", 59,07% (244 malades) à l'hôpital Gabriel Touré, enfin 3,38% à Kati et 3 malades au C.N.O.S. Les malades qui n'ont reçu aucun traitement depuis le début de leur épisode de maladie, sont au nombre de 360 (43,4%).

### 5.6. Temps de latence avant l'accès à l'hôpital :

**Tableau 28 : Durée des traitements avant l'hospitalisation.**

Temps de latence en semaine	Recours				Total
	Automédication	Recours à un parent	Guérisseur	Praticien moderne	
1	30	9	36	170	245
2-4	5	-	17	85	107
5-9	-	1	13	24	38
10-14	-	-	3	7	10
>=15	1	1	18	28	48
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>11</b>	<b>87</b>	<b>314</b>	<b>448</b>

Le temps de latence est différent selon que l'on se soit adressé aux guérisseurs ou aux praticiens modernes ( $X^2=16,25$ , DDL=4,  $P=0,003$ ).

Le nombre de malades pratiquant l'automédication baisse assez rapidement au delà de la première semaine, il en est de même pour les recours à un parent.

Les malades fréquentant les guérisseurs sont plus nombreux pour la première semaine.

Pour la médecine moderne 54,14% des malades sont restés pendant une semaine avant d'arriver à l'hôpital. Pour 8,91%, ces malades en sont restés plus de 15 semaines avant de venir à l'hôpital, alors que pour ceux ayant recours à la médecine traditionnelle 20,68% sont restés au delà de 15 semaines.

On remarque ainsi que la médecine traditionnelle retarde l'échéance du contact de ses patients avec les services hospitaliers. Les malades ne poursuivent pas trop longtemps l'automédication ni le recours aux parents.

## 6. COUTS DIRECTS SUPPORTES PAR LES MALADES HOSPITALISES :

Notre analyse prend en compte les dépenses effectuées par les malades hospitalisés uniquement le premier jour de l'hospitalisation.

Il s'agit essentiellement de la provision (somme versée par le malade pour frais d'hospitalisation à titre provisoire) que les malades constituent dès le premier jour de l'hospitalisation et le tarif acquitté comme frais de déplacement.

Les autres dépenses occasionnées par le recours à savoir les achats des médicaments et l'exécution des examens demandés, n'ont pas été prises en compte.

Pour obtenir ces informations il a fallu interroger directement les malades à l'occasion de leur contact avec les services. Cependant tous les patients hospitalisés n'ont pas collaboré.

D'après les réglementations en vigueur, pour accéder aux soins hospitaliers, les malades doivent payer un tarif à l'exception de ceux bénéficiant d'une dérogation spécifiée par les textes réglementaires. (cf[14]).

Nous avons retenu quatre groupes de patients selon qu'ils ont payé ou non la provision ou le déplacement, ce sont :

- Les malades qui ont acquitté la provision au premier jour et payé leur déplacement ;

- les malades ayant payé leur déplacement et n'ont rien payé pour la provision ;

- les malades qui ont payé uniquement la provision et n'ont rien payé pour le déplacement ;

- et les malades qui n'ont ni payé le déplacement ni la provision.

La distinction de ces groupes permet de déterminer le coût direct supporté par les malades en amont de l'hôpital, le coût direct supporté le premier jour à l'hôpital et enfin avoir une idée sur les facilités de paiement accordées à certains patients et cela dans chacun des hôpitaux nationaux.

### 6.1. Coûts directs de l'accès à l'hôpital du Point "G" :

181 malades ont eu à payer le premier jour de leur hospitalisation, ils représentent 63% des malades hospitalisés dans cet hôpital au cours de la période. Parmi ceux-ci, 26,5% ont payé la provision dès le premier jour.

#### *6.1.1. Usagers ayant payé la provision et pour leur déplacement le premier jour.*

Environ 14% des usagers sont de ce groupe, ils ont dépensé en moyenne 13 544 FCFA. La dépense effectuée a pu atteindre pour certains 25 185 FCFA. Dans ce groupe la provision moyenne est de l'ordre de 11 409 FCFA.

#### *6.1.2. Usagers ayant payé uniquement la provision.*

Ils représentent 12,5% des malades hospitalisés au cours de la période à l'hôpital du Point "G". La moyenne des dépenses au titre de la provision est de l'ordre de 10 782 FCFA. Cette provision a pu atteindre 25 000 FCFA.

#### *6.1.3. Usagers ayant payé uniquement leur déplacement.*

Ils représentent 36,5% de l'ensemble des malades hospitalisés au Point "G" au cours de la période. La moyenne de ces dépenses est de 3 699 FCFA. Environ 52% des usagers de ce groupe ont bénéficié d'une gratuité.

#### *6.1.4. Usagers n'ayant payé ni la provision ni le déplacement.*

Les patients de ce groupe sont nombreux, ils constituent 37% des hospitalisés au Point "G" au cours de la période. 70% de ce groupe savent qu'ils bénéficieront d'une gratuité, dont 18% seulement bénéficient de gratuité légale.

## 6.2. Coûts directs de l'accès à l'hôpital Gabriel Touré :

### 6.2.1. *Usagers ayant payé la provision et supporté les frais de déplacement.*

Ils sont au nombre de 15, environ 2,9% des malades. Ils ont dépensé en moyenne 15 526 FCFA pour la provision, et 20 000 FCFA en moyenne si on considère les deux dépenses (provision plus déplacement). La moitié des patients ayant acquitté la provision ont dépensé moins de 11 250 FCFA, le maximum étant de 40 000 FCFA. Si on totalise la provision et le déplacement le montant maximum payé est de l'ordre de 65 000 FCFA.

### 6.2.2. *Usagers ayant payé uniquement la provision.*

Pour ce groupe dont l'effectif est le double du précédent, la dépense moyenne s'élève à 11 880 FCFA.

### 6.2.3. *Usagers ayant payé au premier jour uniquement les frais de déplacement.*

Ces usagers sont les plus nombreux, environ 50% des malades hospitalisés au Gabriel Touré au cours de la période. Ils ont dépensé en moyenne 890 FCFA, ce montant a pu atteindre 40 500 FCFA.

Parmi ces usagers au nombre de 252, seulement 4,1% déclarent bénéficier d'une gratuité réglementaire. 44% savent qu'ils ne paieront pas, et n'évoquent pas de raisons à cette gratuité. Le personnel de santé et leurs parents ne représentent qu'une infime proportion de ces usagers 1,9%.

### 6.2.4. *Usagers n'ayant effectué aucun paiement le premier jour.*

Ils représentent 39% des malades hospitalisés au cours de la période. Parmi ces usagers 8,6% bénéficient de gratuité légale, mais 40% d'entre eux savent que pour une raison ou une autre ils ne paieront pas.

Au total seulement 10% des malades hospitalisés à l'hôpital Gabriel Touré ont déclaré avoir payé la provision le premier jour.

### 6.3. Coûts directs de l'accès à l'hôpital de Kati :

Environ 57% des malades hospitalisés à Kati au cours de la période ont constitué la provision dès le premier jour. Plus de 80% des malades ont payé le déplacement. Environ 67% des malades viennent des communes de Bamako.

#### *6.3.1. Malades ayant payé la provision et le déplacement.*

Ils représentent 54% des malades hospitalisés à Kati. La dépense moyenne dans ce groupe est de l'ordre de **16 501 FCFA**.

#### *6.3.2. Malades ayant payé uniquement la provision.*

Ils ne représentent que moins de 3% des malades hospitalisés à l'hôpital de Kati au cours de la période avec une dépense moyenne de **10 606 FCFA**.

#### *6.3.3. Malades ayant payé uniquement pour le déplacement.*

Ils représentent 25% des usagers hospitalisés à Kati au cours de la période. Ils ont dépensé en moyenne **604 FCFA**. 75% des malades de ce groupe viennent de Bamako.

#### *6.3.4. Malades n'ayant payé ni la provision ni le déplacement le premier jour.*

Ils ne représentent que 14% des hospitalisés à Kati, 67% de ceux-ci ont bénéficié de la gratuité légale.

### 6.4. Coûts directs de l'accès au CNOS :

Au niveau du Centre National d'Odontostomatologie un seul patient a versé une provision de **13 800 FCFA**. Pour le déplacement deux malades ont déclaré avoir dépensé avec une moyenne de **105 FCFA**.

### 6.5. Coûts moyens de la provision et du déplacement des malades selon les hôpitaux :

**Tableau 29 : Répartition des dépenses moyennes selon les hôpitaux et les types de dépenses.**

Type de dépenses	Hôpital Point-G	Hôpital Gabriel Touré	Hôpital Kati	C.N.O.S
Provision	10 782	11 880	10 606	13 800
Provision et déplacement	13 544	20 000	16 501	-
Déplacement	3 699	890	604	105

**Tableau 30 : Répartition des malades selon qu'ils ont versé ou non la provision le premier jour de leur hospitalisation.**

Provision	HPG		HGT		H.KATI		CNOS		TOTAL	
	obs.	%	obs.	%	obs.	%	obs.	%	obs.	%
Malades ayant constitué la provision	76	26,5	50	10	21	57	1	25	148	17,84
malades n'ayant pas constitué la provision	211	73,5	453	90	15	43	3	75	682	82,16
Total	287	100	503	100	36	100	4	100	830	100

Le tableau 29 montre qu'il n'existe pas une variation importante au niveau des moyennes de provision dans les différents établissements.

Le déplacement à l'hôpital du Point-G fait plus dépenser les malades par rapport aux autres hôpitaux.

On note une différence entre les hôpitaux selon que les patients versent ou non la provision le premier jour de leur admission à l'hôpital ( $X^2 = 76,48$ , DDL=3;  $P=0,00$ ).

Ainsi dès le premier jour 57% des patients hospitalisés à l'hôpital de Kati ont versé la provision contre, 26,5% au Point-G, 25% au CNOS et seulement 10% à l'hôpital Gabriel Touré. (cf. [tableau 30]).

## 7. COUTS DIRECTS SUPPORTES PAR LES MALADES EN AMONT DE L'HOPITAL :

Ici on s'est intéressé aux malades qui ont effectué un ou plusieurs recours avant leur hospitalisation. Les dépenses prises en compte sont celles déclarées par les patients comme dépense globale (cf.[tableau 31]).

**Tableau 31 : Répartition des dépenses en fonction du nombre d'étape.**

Etapes	1	2	3	4	5
observations	82	53	18	-	1
Moyenne des dépenses	9 669,19	12 306	20 695,5	-	25 000
Médiane des dépenses	6 000	6 500	10 357	-	25 000
Variance	1,4E	3,6E	6,9E	-	0

Environ 24% (82/343) des patients ayant effectué un seul recours avant l'hôpital ont déclaré leurs dépenses et la moyenne est de l'ordre de **9 669 FCFA**.

Pour les patients ayant effectué deux recours avant leur hospitalisation, seulement 30,6% (53/173) ont déclaré avoir payé avec une dépense moyenne de **12 306 FCFA**.

La dépense moyenne des patients ayant pratiqué trois étapes est de **2 0695 FCFA**.

Environ un sur trois de ceux qui ont pratiqué cinq étapes avant l'hôpital, a dépensé **25 000 FCFA**.

On remarque que les patients qui ont effectué quatre étapes (7 malades) n'ont pas spécifié leurs dépenses.  
(cf[tableau 31]).

Il ressort que la moyenne des dépenses augmente avec le nombre de recours.

## V. COMMENTAIRES :

Au regard des résultats observés, on constate que :

Au cours de la période de l'enquête 830 malades hospitalisés ont été enquêtés dans les quatre établissements sanitaires de référence nationale (Hôpital du Point "G", Hôpital Gabriel Touré, Hôpital de Kati et le Centre National d'Odontostomatologie).

Environ 60,6% des malades hospitalisés sont recrutés à l'hôpital Gabriel Touré avec une capacité d'accueil de 395 lits actifs, alors que l'hôpital du Point "G" avec 600 lits actifs n'en a recruté que 34,6%. L'hôpital de Kati avec une capacité de 76 lits actifs, a hospitalisé 4,33% de l'ensemble des recrutements et seulement 4 malades ont été hospitalisés au Centre National d'Odontostomatologie (C.N.O.S).

La capacité d'accueil des différents établissements ne semble pas déterminer l'importance des recrutements. L'utilisation des lits a été plus fréquente à l'hôpital Gabriel Touré avec un ratio malades par lits de 1,27, alors que l'hôpital du Point G et de Kati ont le même ratio de 0,7 malade par lit durant la période de l'enquête.

La localisation géographique facilitant son accès et la présence d'un service de pédiatrie (44,13% du recrutement à l' HGT) font que l'hôpital Gabriel Touré demeure l'hôpital le plus sollicité.

Les recrutements sont essentiellement opérés au profit des résidents permanents du district de Bamako 70,12% contre 28,08% pour le reste du pays et 1,18% pour les étrangers. Cependant certaines personnes ayant quitté les régions ont été admises directement dans les hôpitaux sans aucune étape d'hébergement en ville (5,54% des malades hospitalisés).

Plus on s'éloigne du district plus le nombre de patient diminue. On note ainsi un rayonnement national faible. Ceci peut s'expliquer par :

- La concentration des différents établissements dans la ville de Bamako et environs ;

- le facteur distance n'influence -t- il pas le rôle de référence nationale de ces établissements ?

Parmi les malades hospitalisés 55,3% sont du sexe masculin et 44,7% du sexe féminin. Les mêmes conclusions ont été observées par Rosine Moukalla Njoh concernant 11 services de l'hôpital du Point G et de Gabriel Touré. Elle a obtenu 55,8% des malades de sexe masculin et 44,2% du sexe féminin. (ref. [19])

La répartition des malades selon le sexe ne révèle pas une différence statistique significative entre les différents établissements.

Parmi les personnes exerçant un métier, le plus grand nombre est constitué de paysans 38,66% contre 23,55% de commerçant, 2,53% d'artisans, les autres métiers étant faiblement représentés. Cette structure se maintient pour les différents hôpitaux.

Par ailleurs 31,56% des malades hospitalisés sont des personnes sans emploi, parmi celles-ci 41,32% sont des élèves et enfants d'âge préscolaire.

La prédominance des usagers jeunes à l'hôpital Gabriel Touré est due à l'existence d'un service de pédiatrie.

La référence repose sur le principe que les malades sont reçus dans un premier temps au niveau de l'unité sanitaire de premier recours ensuite selon la gravité des cas et la non disponibilité de ressources thérapeutiques, ils sont référés au centre de référence. Ce recours graduel aux différents paliers de la pyramide sanitaire ne semble exister qu'en théorie. En pratique 64,4% des malades hospitalisés au cours de la période de l'enquête, ont eux même décidé d'aller aux hôpitaux nationaux sans avis préalable d'un personnel de la santé, alors que seulement 32,77% des malades hospitalisés l'ont été à la suite d'une demande d'un professionnel.

Le nombre des malades évacués et les supports utilisés pour les référer, diffèrent d'une catégorie de professionnel à l'autre. Cette différence est liée au niveau de la catégorie des praticiens ayant ordonné l'évacuation. En effet les médecins délivrent plus de document que les autres catégories.

Le niveau de scolarisation ne semble pas influencer le comportement de recours aux soins des usagers. Les enfants d'âge préscolaire constituent 43,3% des malades non scolarisés.

Certaines questions se posent au regard du nombre élevé de recours direct d'une manière globale et dans chacun des hôpitaux. S'agit-il de :

- la méconnaissance du système de référence - recours par les

usagers ;

- l'intérêt guère attaché à la hiérarchie de la pyramide sanitaire par les usagers et les professionnels ;

- l'absence de critères de recrutement dans les hôpitaux adaptés à leur rôle de référence nationale.

En fait, le recrutement dans les établissements de référence nationale doit répondre aux patients dont l'état nécessite l'avis d'un spécialiste, ou pouvant être l'objet d'une prise en charge rigoureuse. A défaut d'application de ces critères de recrutement, les hôpitaux doivent avoir une unité d'accueil de tri des malades.

L'afflux anarchique des usagers dans ces hôpitaux ne fait qu'encombrer les services et diminuer la qualité des prestations.

Une proportion importante des recrutements est effectuée par les services de garde et d'urgence à l'hôpital du Point "G" et l'hôpital Gabriel Touré, alors que ceux de Kati et du C.N.O.S recensent peu par rapport aux autres services. Ceci témoigne le fait que les usagers se font hospitaliser le plus souvent en dehors des horaires officiels de travail dans les deux premiers hôpitaux. Il faudrait chercher à mieux comprendre les raisons de ceci, en attendant il s'agit donc de renforcer l'organisation de ces services de garde.

Pour beaucoup de malades, l'hôpital constitue le bout d'un parcours thérapeutique assez long. Mais celui-ci a été le premier recours dans 29,15% des cas. Nous avons recensé de 1 à 5 étapes effectuées par les patients. Ces malades ont eu recours à plusieurs praticiens :

- Les praticiens modernes : Les malades qui ont eu recours à la médecine moderne représentent 53,49% des malades hospitalisés, parmi ceux-ci 88,7% ont été vus par les formations sanitaires publiques contre 7,2% pour le secteur privé à but lucratif ;

- les thérapeutes traditionnels : 11,08% des patients hospitalisés ont eu recours aux guérisseurs, l'essentiel des soins offerts porte sur la fourniture de plantes médicinales (91,3%) contre seulement 3,3% de sacrifices ;

- pour les cas d'automédication : 4,69% des malades ont eu recours à l'automédication dont 69,2% se sont approvisionnés directement auprès des officines.

les services de médecine moderne constituent donc le choix de la majorité des

personnes enquêtées. Environ 50% des patients hospitalisés avaient déjà effectués un traitement avant d'accéder à l'hôpital. La proportion des patients de ce groupe par rapport au nombre d'hospitalisation dans chaque hôpital, révèle que plus de la moitié (52,96%) des patients ont reçu un traitement antérieur à l'hôpital du Point "G" contre 48,50% à l'hôpital Gabriel Touré et 38,8% à l'hôpital de Kati.

L'étude a permis d'établir 144 pathologies comme motifs d'hospitalisation pour 688 malades. Ils sont par ordre d'importance : médical (65,98%), chirurgical (14,09%), traumatologique (12,06%) et gynéco-obstétrical (7,84%). 17% des patients n'ont pas un motif d'hospitalisation bien déterminé.

Les motifs d'hospitalisation établis ont été précis dans 52,47% des cas contre 29,21% de suspicions d'atteinte d'organe et 18,31% de symptômes.

On note un engorgement des hôpitaux de référence nationale pour certains motifs (précis, vagues ou symptomatiques) pouvant être pris en charge au niveau des échelons primaires ou intermédiaires (*cf.[annexe 2]*). Cet engorgement peut avoir des conséquences directs sur la qualité des soins et gaspiller les rares compétences disponibles dans ces hôpitaux de référence.

Près de 62% des malades hospitalisés ont déclaré avoir dépensé dès le premier jour de leur hospitalisation :

- Environ 8,91% des patients hospitalisés ont payé à la fois le déplacement et la provision dès le premier jour de l'hospitalisation avec une moyenne de 16 680 FCFA ;

- près de 7,8% des patients ont payé uniquement la provision avec une moyenne de 11 767 FCFA.

Quand aux patients qui ont acquitté uniquement le déplacement, ils représentent environ 43,7% avec une dépense moyenne de 1 324 FCFA.

Les résultats révèlent que seulement 17,8% des patients hospitalisés ont constitué une provision. Ceux-ci représentent 75% des patients hospitalisés à l'hôpital de Kati, 26,5% à l'hôpital du Point "G", 25% au C.N.O.S et seulement 10% à l'hôpital Gabriel Touré.

Au regard des règles autorisant le versement d'une provision, près de 55% des patients devraient verser la provision dès leur admission à l'hôpital. Le reste des malades (45%) sont ceux qui bénéficient une dérogation à la provision, ce sont: les enfants de 0 à 12 ans, les militaires, les professionnels de la santé, les patients atteints de maladies sociales (tuberculose, cancers,...).

## VI. CONCLUSION :

L'enquête s'est étalée sur une période d'un mois environ. Tous les services hospitaliers des quatre établissements intervenant pour des activités d'hospitalisation ont été retenus.

La fréquentation des établissements est fortement influencée par leur localisation: l'essentiel des malades hospitalisés sont des résidents permanents du district de Bamako et l'hôpital Gabriel Touré de par son accès facile a effectué le plus grand nombre de recrutement.

La capacité d'accueil (nombre de lits disponibles) n'influence presque pas le recrutement par rapport aux quatre établissements. Les services les plus pourvoyeurs sont :

- Pour l'hôpital du Point "G" : les services de garde et d'urgence réanimation.

- Hôpital Gabriel Touré : les services de garde, d'anesthésie réanimation et de pédiatrie.

- Hôpital de Kati : le service de traumatologie 1

La plupart des malades hospitalisés sont des personnes ayant effectué un recours direct et cela dans chacun des hôpitaux.

Les motifs d'entrée dans l'ensemble sont des motifs d'hospitalisation assez précis.

Les patients évacués, par rapport aux recours directs à l'hôpital du Point - G, avaient plus de motifs d'entrée précis. A l'hôpital Gabriel Touré et à Kati les recours directs avaient plus de motifs précis.

Environ la moitié des usagers avait déjà pratiqué un traitement avant d'accéder à l'hôpital. La majorité des patients à la recherche de soins, ont eu recours aux praticiens modernes, les thérapeutes traditionnels ont été sollicités moins souvent, et à l'automédication. L'essentiel des patients ayant recours à l'automédication se sont approvisionnés dans les officines.

Plus de la moitié des patients ont effectué une dépense (provision et déplacement) dès le premier jour de leur hospitalisation. Mais seulement 17,8% ont versé la provision.

Cette étude a ses limites, elle n'a pas approfondi certaines questions telles que:

- Les raisons pour lesquelles les malades des régions ne se rendent pas convenablement dans les hôpitaux nationaux ;

- les raisons ayant motivé l'importance des recours directs aux hôpitaux nationaux ;

- l'évaluation du volume et de la qualité des soins offerts aux patients et en faire une comparaison par rapport aux pratiques médicales et chirurgicales;

- la qualité de la prise en charge des malades avant même leur hospitalisation. Cette qualité de soins pourrait-elle influencer le recours aux hôpitaux ;

- La consommation des médicaments par les malades hospitalisés.

Au regard de toutes ces questions, une étude assez approfondie de type prospective devra être envisagée.

## VII. RECOMMANDATIONS :

A partir des résultats précédemment évoqués certaines mesures doivent être prises pour favoriser le rôle de référence des hôpitaux nationaux. Ces mesures doivent être envisagées à différents niveaux :

- Au niveau de la population : l'information et la sensibilisation de la population. Il s'agit de faire comprendre que les hôpitaux nationaux constituent le dernier recours et que pour beaucoup de maladies on peut d'abord consulter au niveau des structures sanitaires périphériques.

- Au niveau du personnel de la santé :

\* Assurer le respect du principe d'orientation recours ceci devrait être matérialisé par une relation à double sens : tout malade évacué doit avoir un document donnant des informations sur son état, les praticiens hospitaliers doivent assurer un retour d'information adressé à la formation qui a effectué l'évacuation. C'est un principe de communication entre professionnels exerçant aux différents échelons de la pyramide sanitaire voire au niveau du même échelon.

\* Renforcer et organiser les services de garde.

\* Exiger la présentation d'une ordonnance délivrée par un professionnel aux usagers des officines.

\* Organiser l'accueil au sein des établissements et assurer un recouvrement des coûts des prestations.

- Au niveau de l'Etat :

\* Réglementer l'accès au secteur hospitalier en définissant un certain nombre de règles, portant sur le mode de recrutement des patients dans les hôpitaux de référence nationale.

\* Permettre le développement des structures périphériques par la mise en place des moyens techniques et humains pour pouvoir répondre à certains cas mineurs.

La mise en place du nouveau statut des établissements hospitaliers nationaux doit tenir compte de tout ceci pour permettre aux hôpitaux nationaux de jouer leur véritable rôle. En effet, il ne s'agit pas d'attribuer de nouveau statut pour que ces hôpitaux jouent leur rôle de référence, il faut que chaque structure quelque soit l'échelon puisse jouer son rôle effectif. Donc il faut une véritable régulation du système global.

## VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. **DIALLO** (Sidy Mamoudou) .-Evacuation sanitaire au Mali.-Thèse 1978. Bamako

2. **H Aidara** (Ababacar Jabriou).- Sociodémographie, consommation et morbidité hospitalière au Point G .- Thèse 1985 .- Feuilles 94 .Bamako

3. **DIABATE** (Fatimata Sambou).- Développement communautaire promotion et protection sanitaire au Mali.- Thèse 1976, Bamako.

4. **MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DES AFFAIRES SOCIALES** : Recueil de textes législatifs et réglementaires.

5. **OMS**.- Série de rapports techniques: l'hôpital de district dans les zones rurales et urbaines.- Rapport d'un groupe d'étude de l'OMS sur le fonctions des hôpitaux de premier recours.

6. **OMS**.- Place des hôpitaux au sein des services de santé publique et leur rôle dans les collectivités africaines.- Rapport sur un séminaire organisé par le bureau régional de l'OMS pour l'Afrique.- Brazaville. 1974.

7. **DIRECTION NATIONALE DE LA SANTE**.- Annuaire statistique des personnels socio-sanitaires. 1991.

8. **DIRECTION NATIONALE DE LA SANTE**.- Annuaire statistique des services de santé.1992.

9. **KONATE** (Mamadou).- Evolution et répartition des équipements sanitaires humains dans le district de Bamako de 1960 à 1985.- Mémoire géographique.- ENSUP Bamako, 1987, 55 pages.

10. **TRAORE (Mamadou) et YVES (Monnier).**- *ATLAS du Mali : Santé, agriculture et communication.*- Edition Ja.Paris.- 1980, 60 pages.
11. **LECHUGA (Paul).**- *le secteur d'hospitalisation: état et perspectives de développement.*
12. **DIRECTION NATIONALE DE LA PLANIFICATION ET DE LA FORMATION SANITAIRE.**- *Carte sanitaire du Mali.*- Octobre 1987.
13. **KONATE (Sanoussi).**- *Réflexions sur la santé au Mali, réalité, problématique et perspectives.*- Jamana, 1993, 150 pages.
14. **MINISTERE DE SANTE PUBLIQUE ET DES AFFAIRES SOCIALES.**- *Recueil de textes législatifs et réglementaires.*
15. **MINISTERE DE LA SANTE DE LA SOLIDARITE ET DES PERSONNES AGEES.**- *Lettre d'orientation en matière de réforme hospitalière.*
16. **CENTRE NATIONAL D'ODONTOSTOMATOLOGIE .**- *Journée de réflexion sur le centre national d'odontostomatologie.*- Juillet 1993.
17. **Journal Officiel de la République du Mali.**- Année 1992.
18. **OMS.**-*Recueil des actes des journées internationales d'Abidjan.- La place et le rôle de l'hôpital en Afrique.*- Paris France 1990, 327 pages.
19. **MOUKALLA NJOH(Rosine).**- *Recueil simplifié de donnée en milieu hospitalier à Bamako.*- Thèse 1994, ENMP Bamako, 102 F.
20. **MIZRAHI (Andrée).**- *La consommation médicale, micro-économie.*- Presses universitaires de France.- Paris 1982, 265 pages.

21. SAMAKE (Hamadine).- Contribution à L'étude des interactions entre le système d'aide sanitaire des organisations (OIGs - ONGs) avec le système sanitaire Malien.- Thèse n°35, 1990 ENMP Bamako, 81 Feuilles.

22. PASNIK (Florence).- Revue des dépenses publiques du secteur de la santé.- CEE, juillet 1993.

23. OMS.- L'hôpital de district; Son fonctionnement au sein des services de santé de district.- Séminaire -Atelier du 23/11 au 27/11/ 1992 à Yaoundé au Cameroun.

24. DIRECTION NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE (cellule de planification).- Rapport des journées de réflexion sur les stratégies sanitaires adoptées aux populations semi-sédentaire et nomade.

25. Dr TOURE (Bokar), Dr KOFFI (N'guessan), Mr SIKA ( Glebelho Lazare).- Enquête sur les conditions de vie et les recours aux soins dans la commune de Yopougon (Abidjan) Août 1993.

26. Ministère de l'Education Nationale.- Bilan annuel de la scolarisation au Mali.- 1992.

27. TOURE (Bocar); BIRAMA DJAN (Diakité); DIARRA (Kafing).- Enquête sur les hôpitaux nationaux du Mali.- Avril 1995. INRSP.

**ANNEXES :****ANNEXE 1: Répartition des malades selon le lieu de résidence pour le traitement**

Résidence thérapeutique / Hôpital		HPG	HGT	KATI	CNOS	TOTAL
COMMUNE I	Banconi	8	28	-	1	37
	Boukansoumbougou	2	11	-	-	13
	Diélibougou	8	21	-	-	29
	Fadjiguila	6	7	-	-	13
	Doumanzana	-	1	1	-	2
	Korofina	1	9	2	-	12
	Sikoronî	4	9	1	-	14
	Sotuba	2	1	-	-	3
COMMUNE II	Bagadadji	11	14	-	-	25
	Bakaribougou	-	1	1	-	2
	Bozola	3	4	-	-	7
	Hippodrome	5	5	-	-	10
	Médina koura	7	17	-	-	24
	Missira	6	15	-	-	21
	Niaréla	2	17	1	-	20
	Quinzambougou	1	2	1	-	4
	Quartier sans fil	1	4	-	-	5
	Zone industrielle	-	-	-	-	-
	Golonina	-	1	-	-	1
COMMUNE III	Centre commercial	4	-	-	-	4
	Badialan 1	5	2	-	-	7
	Badialan 2	1	2	-	-	3
	Badialan 3	4	1	-	-	5
	Bamako coura bolibana ex Base	-	4	2	-	6
	Bamako coura	6	17	-	-	23
	Darsalam	5	10	-	-	15
	Dravela	1	6	-	-	7

## SUITE ANNEXE 1.

Résidence thérapeutique		HPG	HGT	KATI	CNOS	TOTAL
COMMUNE IV	Kodabougou	-	-	-	-	-
	Koulouba	14	2	-	-	16
	Niomirambougou	2	1	-	-	3
	N'romikorobougou	1	4	1	-	6
	Ouolofobougou	5	5	1	-	11
	Point "G"	24	-	-	-	24
	Samé	1	-	-	-	1
	Sogonafing	2	-	-	-	2
	Djikoroni Para	10	16	1	-	27
	Dagodouma	-	-	-	-	-
	Hamdallaye	10	15	-	1	26
	Kalambambougou	-	-	-	-	-
	Isfishougou	12	39	3	-	54
	Sébénikoro	2	14	1	-	17
	Lassa	-	1	-	-	1
Talico	-	3	-	-	3	
COMMUNE V	Bacodjikoroni	8	9	-	-	17
	Badalabougou	9	16	-	-	25
	Elabougou- Daoudabougou	7	12	4	-	23
	Quartier Mali	2	1	-	-	3
	Quartier Séma	-	-	-	-	-
	Sabalibougou	3	14	-	-	17
	Séma II	-	3	-	-	3
	Torokorobougou	-	6	1	1	8
	Kalambankoura	1	12	-	-	13
COMMUNE VI	Banankabougou	1	3	-	-	4
	Diandjiguila	-	-	-	-	-
	Faladié	7	11	1	-	19
	Maguambougou	7	15	-	-	22
	Missabougou	-	-	-	-	-
	Niamakoro	4	21	-	-	25
	Séno	-	-	-	-	-
	Segoniko	2	18	-	1	21
	Yirimadio	-	2	-	-	2
Sakoradi	-	2	-	-	2	

## SUITE ANNEXE 1.

Résidence thérapeutique / Hôpital		HPG	HGT	KATI	CNOS	TOTAL
REGION DE KOULIKORO	Koulikoro central	2	2	-	-	4
	Sirakorola	1	-	-	-	1
	Banamba central	-	2	-	-	2
	Dioïla central	1	-	-	-	1
	Kati	8	4	10	-	22
	Baguinéda	1	1	-	-	2
	Kalambankoro	-	3	-	-	3
	Néguéla	-	-	2	-	2
	Sanankoroba	2	-	-	-	2
	Nonsombougou	1	-	-	-	1
REGION DE SIKASSO	Bougouni central	1	-	-	-	1
	Yanfolila central	1	-	-	-	1
REGION DE SEGOU	Ségou central	-	1	-	-	1
	Yangasso	1	-	-	-	1
REGION DE MOPTI	Mopti central	1	-	-	-	1
	Badiangara central	-	1	-	-	1
Non déterminée		40	35	-	-	75
TOTAL		287	503	4	36	830

**ANNEXE 2: Répartition selon la précision du diagnostic la spécialité.**

Diagnostics précis CAUSES MEDICALES	HPG	HGT	H KATI	CNO S	TOTA L
Paludisme	8	63	2	-	73
Tuberculose	19	1	-	-	20
H.T.A	5	6	-	-	11
Diabète	7	4	-	-	11
C.P.F	7	2	-	-	10
Pneumonie	4	4	1	-	8
A.V.C	3	4	-	-	7
Intoxication	1	6	-	-	7
Dysenterie	2	3	-	-	5
Prématurité	2	3	-	-	5
Kwashiorkor	-	4	-	-	4
Drepanocytose	2	2	-	-	4
Syndrome dépression	3	1	-	-	4
Insuffisance mitrale	3	-	-	-	3
Goitre	3	-	-	-	3
Insuffisance rénale	1	2	-	-	3
Rougeole	2	1	-	-	3
Ostéite	-	-	2	-	2
Thyroïdite	-	-	1	-	1
Migraine	1	-	-	-	1
Myosite	-	-	1	-	1
Epilepsie	1	-	-	-	1

<b>SUITE ANNEXE 2</b>					
<b>causes médicales</b>					
Sida	1	-	-	-	1
Sinusite	-	-	1	-	1
Colique néphrétique	-	1	-	-	1
Disproportion foeto-maternelle	-	1	-	-	1
Absence de méconium	-	1	-	-	1
Bronchite	1	-	-	-	1
Morsure de serpent	-	2	-	-	2
Ulcère duodéal	2	-	-	-	2
Hépatite	-	-	1	-	1
Dystonie neurovégétative	-	1	-	-	1
Sarcomé de Kaposi	1	-	-	-	1
Endocardite	-	-	1	-	1
Asthme	1	-	-	-	1
O A P	-	1	-	-	1
Insuffisance cardiaque	9	2	1	-	12
Insuffisance respiratoire	-	5	-	-	5

**Diagnostiques précis (SUITE ANNEXE 2)**

CAUSES GYNECO-OBSTETRIQUES	HPG	HGT	H.KA TI	CNO S	TOTA L
Métrite	-	1	-	-	1
Hydrosalpinx	-	1	-	-	1
Avortement	1	1	-	-	2
Fistule vésico- vaginale	-	8	-	-	8
G.E.U	1	4	2	-	7
Fibrome utérin	2	3	2	-	7
Kyste d'ovaire	2	1	-	-	3
Césarienne	-	2	-	-	2
Cancer de l'utérus	-	1	-	-	1
<b>CAUSES CHIRURGICALES</b>					
Flegmon	1	1	-	-	2
Occlusion	9	4	-	-	13
Adénome de la prostate	5	8	-	-	13
Plaie contuse	5	4	-	-	9
Appendicite	4	4	-	-	8
H I D	1	7	-	-	8
Calcul vésical	4	1	-	-	5
Hernie ombilicale	2	2	-	-	4
Cancer de l'estomac	3	-	-	-	3
Péritonite	2	-	1	-	3
Hydrocèle	1	-	-	-	1
Gangrène	1	-	-	-	1
Hystérectomie	1	-	-	-	1
Rupture de la rate	1	-	-	-	1
Brûlure	-	1	-	-	1

## SUIE ANNEXE 2

## CAUSES TRAUMATOLOGIQUES

Fracture du membre inférieur	-	15	2	-	17
Fracture du membre supérieur	-	7	1	-	8
Ostéite	-	-	2	-	2
Contusion de la poitrine	-	2	-	-	2
Pied bot	-	-	2	-	2
Cal vicieux	-	-	1	-	1
Fracture de côte	-	-	1	-	1
Nécrose aseptique tête fémorale	-	1	-	-	1
Contusion du cou	-	1	-	-	1
Syndrome de volkman	-	1	-	-	1

**ANNEXE 2 :Diagnostics reposant sur la suspicion d'atteinte d'une organe (diag.vagues).**

Diagnostics Vagues		HPG	HGT	KATI	CNOS	TOTAL
CAUSES MEDICALES	Pneumopathie	1	23	-	-	24
	Syndrome infectieux	5	11	-	-	16
	Hémorragie	3	1	-	-	4
	Infection	1	9	-	-	10
	Gastro- entérite	2	6	-	-	8
	Rétrovirus	4	2	-	-	6
	Cardiopathie	5	1	-	-	6
	Etat subcomateux	2	3	-	-	5
	Malnutrition	-	16	-	-	16
	Néphropathie	4	-	-	-	4
	Neuropathie	4	-	-	-	4
	Corps étrangers	1	1	-	-	2
	Paralytie	-	-	1	-	1
	Colopathie	-	1	-	-	1
	Dermatose	-	1	-	-	1
	Mycose	-	1	-	-	1
	Allergie	1	-	-	-	1
	Pelvite	-	1	-	-	1
CAUSES GYNECO- OBSTETRIQUES	Dystocie	4	8	-	-	12
	Grossesse pathologique	5	1	-	-	6
	Infection puerpérale	-	1	-	-	1
CAUSES CHIRURGI- CALES	Hernie	1	5	-	-	6
	Abcès	1	3	-	-	4
	Prolapsus	-	3	-	-	3
	Tumeur du sein	-	1	1	-	2
	Fistule	3	-	-	-	3
	Ablation	1	1	-	-	2
	Lithiase	2	-	-	-	2
	Tumeur testiculaire	1	-	-	-	1
	Kyste	-	-	-	1	1
CAUSES TRAUMATOLOGI-QUES	Traumatisme crânien	3	22	-	-	25
	Traumatisme	9	6	-	-	15
	Accident circulation	-	4	-	-	4
	Traumatisme du bras	1	-	-	-	1
	Traumatisme du membre inférieur	-	1	-	-	1
	Traumatisme de la colonne vertébrale	-	1	-	-	1

**ANNEXE 2: Diagnostics portant sur les signes (causes symptomatiques).**

CAUSES MEDICALES	HPG	HGT	H.KATI	CNOS	TOTAL
Convulsion	8	8	-	-	16
Diarrhée	2	13	-	-	15
Anémie	-	10	-	-	10
Déshydratation	-	9	-	-	9
A.E.G	1	7	-	-	8
Douleur abdominale	4	4	-	-	8
Céphalée	5	2	-	-	7
Hépatomégalie	1	5	-	-	6
Hyperthermie	1	4	-	-	5
Gonarthralgie	2	3	-	-	5
Epigastralgie	-	3	-	-	3
Ictère	-	3	-	-	3
Oedème	-	2	-	-	2
Emphysème	2	-	-	-	2
Lipothymie	-	2	-	-	2
Hématémèse	1	1	-	-	2
Splénomégalie	2	-	-	-	2
Hépatalgie	-	1	-	-	1
Hoquet	1	-	-	-	1
Rectorragie	1	-	-	-	1
Anasarque	-	1	-	-	1
Lombosciatalgie	1	-	-	-	1
Epistaxis	-	1	-	-	1
Aphasie	-	1	-	-	1
Dyspnée d'effort	1	-	-	-	1
Toux	-	1	-	-	1
O.M.I	1	-	-	-	1
Dysphagie	-	1	-	-	1
Maigrissement	-	1	-	-	1
Vomissement	1	2	-	-	3
Ascite	-	3	-	-	3
<b>CAUSES GYNECO-OBSTETRIQUES</b>					
Aménorrhée	-	1	-	-	1
Douleur pelvienne	1	-	-	-	1
Ménométrorragie	1	-	-	-	1
<b>TOTAL</b>					

### ANNEXE 3: Répartition des malades en fonction des services des différents hôpitaux.

#### 1. Hôpital du Point G

Services	Age en année						TOTAL
	0-14	15-29	30-44	45-59	60-74	75 - +	
Garde de médecine	2	9	8	2	7	3	31
Garde de chirurgie	1	15	10	5	2	-	33
Chirurgie A	1	-	2	5	-	1	9
Chirurgie B	1	1	4	4	5	-	15
Urologie	2	-	1	3	2	1	9
Gynécologie	-	6	7	-	-	-	13
Urgence	2	6	5	9	4	1	27
Médecine A et B	-	3	4	3	1	1	12
Médecine C et D	2	8	7	6	6	2	31
Médecine E	-	1	1	1	-	-	3
Gastro-entérologie	1	1	-	1	1	-	4
Neurologie	1	3	2	3	1	1	11
Psychiatrie	-	8	5	2	1	-	16
Cardiologie	2	3	4	3	8	2	22
Pneumo-phtisiologie	1	5	6	5	3	-	20
Néphrologie	2	3	5	1	1	1	13
Contagieux	13	5	-	-	-	-	18
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>77</b>	<b>71</b>	<b>53</b>	<b>42</b>	<b>13</b>	<b>287</b>

## 2. Hôpital Gabriel Touré.

Services	Age en année						TOTAL
	0-14	15-29	30-44	45-59	60-74	75- +	
Garde de pédiatrie	76	10	-	-	-	-	86
Pédiatrie	119	17	-	-	-	-	136
Garde urgence	10	18	6	7	6	1	48
Urgence	11	12	10	8	7	1	49
Garde médecine	3	17	11	4	8	2	45
Gynécologie	-	13	11	4	-	-	28
Urologie	1	3	3	5	11	-	23
Traumatologie	1	2	1	-	2	-	6
Chirurgie Générale	-	2	8	5	2	1	18
Chirurgie infantile	6	-	-	-	-	-	6
Maternité	-	6	2	-	-	-	8
Cardiologie	-	2	1	-	5	1	9
Gastro-entérologie	3	10	10	5	5	3	36
ORL	2	1	-	-	-	-	3
Diabétologie	-	-	1	-	2	-	3
<b>TOTAL</b>	232	112	64	38	48	9	503

### 3. Hôpital de Kati.

Services	Age en année						TOTAL
	0-14	15-29	30-44	45-59	60-74	75- +	
Médecine Générale	3	4	1	-	-	1	9
Garde de médecine	1	1	1	-	-	-	3
Traumatologie 1	3	1	2	1	2	1	10
Traumatologie 2	1	2	1	-	1	-	5
Gynécologie	-	3	1	2	-	-	6
Chirurgie générale	-	-	-	1	-	1	2
Stomatologie	-	1	-	-	-	-	1
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>12</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>36</b>

### 4. CNOS

Age/an	0-14	15-29	30-44	45-59	60-74	75- +	Total
Maladies médicales	2	1	-	1	-	-	4

ANNEXE 4.

QUESTIONNAIRE:

Ministère de la santé publique  
de la solidarité  
et des personnes âgées.  
INRSP

N° QUESTIONNAIRE: ! ! ! ! ! ! ! !

Etude Hospitalière

QUESTIONNAIRE ROLE DE REFERENCE DES HOPITAUX.

Hospitalisation.

Nom de l'enquêteur: \_\_\_\_\_

Date: / / / / / /

Hopital de: \_\_\_\_\_

Identification du service: \_\_\_\_\_

Identification du responsable du service: \_\_\_\_\_

I - IDENTIFICATION DU PATIENT:

Identifiant du malade: / / / / / / / /

Sexe: M / / F / /

Age: \_\_\_\_\_

Lieu de résidence permanente: Région de: \_\_\_\_\_

Cercle (commune) de: \_\_\_\_\_

Arrondissement (quartier) de: \_\_\_\_\_

Lieu de résidence dans le district pour le traitement: \_\_\_\_\_

(à BAMAKO)

Profession: \_\_\_\_\_

Niveau d'instruction: \_\_\_\_\_

Occupation: \_\_\_\_\_

## II - MODALITE D'ACCES AUX SERVICES:

Moyen de transport utilisé pour arriver  
à l'hôpital: \_\_\_\_\_

A-t-on payé pour le déplacement ? OUI NON

Qui a payé ? \_\_\_\_\_

Combien a-ton payé ? / / / / /

A-t-on payé pour l'hospitalisation ? OUI NON

Qui a payé ? \_\_\_\_\_

Combien a-t-on payé ? / / / / /

Le patient bénéficie-t-il d'une gratuité ? OUI NON

Si oui à quel titre ? \_\_\_\_\_

## III - CONDITION DE REFERENCE:

Le patient détient-il un bulletin  
d'évacuation ou une lettre: OUI NON

Si OUI

ce bulletin ou cette lettre est signé de qui ?

Qualité: \_\_\_\_\_

Formation sanitaire: \_\_\_\_\_

Cette lettre ou ce bulletin précise-t-il un diagnostic: OUI NON

Quel est le diagnostic établi à l'hospitalisation: \_\_\_\_\_

#### IV - ITINERAIRE:

Le patient a-t-il reçu un traitement avant d'arriver à l'hôpital pour la même maladie? OUI NON

Si OUI

Quels ont été les différents recours effectués par le patient avant la présente hospitalisation ?

ETAPE	1 <sup>ère</sup> étape	2 <sup>ème</sup> étape	3 <sup>ème</sup> étape	4 <sup>ème</sup> étape	5 <sup>ème</sup> étape
1)prise de médicament sans avis d'un professionnel	oui ! _ ! non! _ !	oui! _ ! non! _ !	oui! _ ! non! _ !	oui! _ ! non! _ !	oui! _ ! non! _ !
1.1 Où s'est-on procuré le médicament ?	_____	_____	_____	_____	_____
1.2 Le traitement a duré combien de jours?	_____	_____	_____	_____	_____
2°)Cosultation d'un guériseur	oui! _ ! non! _ !				
2.1 Lieu de consultation	_____	_____	_____	_____	_____
2.2 Nature des soins dispensés	_____	_____	_____	_____	_____
2.3 Durée du traitement	_____	_____	_____	_____	_____
2.4 Combien a-t-on payé	//////	//////	//////	//////	//////

3°) Consultation	oui non				
d'un praticien moderne					
3.1 qualification	_____	_____	_____	_____	_____
3.2 Formation sanitaire	_____	_____	_____	_____	_____
3.3 Lieu	_____	_____	_____	_____	_____
3.4 Secteur d'activité	_____	_____	_____	_____	_____
3.5 Durée du traitement	_____	_____	_____	_____	_____
3.6 Combien a-t-on payé	_____	_____	_____	_____	_____

---

Nom: DACKOUO

Prenom: Georges

Titre de la thèse:           ROLE DE REFERENCE DES HOPITAUX NATIONAUX  
DU MALI ET LE CENTRE NATIONAL  
D'ODONTOSTOMATOLOGIE  
(aspect hospitalisation)

Année universitaire: 1995-1996

Ville de soutenance: BAMAKO

Pays d'origine: MALI

Lieu de dépôt:           BIBLIOTHEQUE DE L'ECOLE NATIONALE DE MEDECINE  
ET DE PHARMACIE DU MALI.

Secteur d'intérêt: SANTE PUBLIQUE

**RESUME:** *Cette étude s'inscrit dans le cadre des études initiées par le ministère de la santé de la solidarité et des personnes âgées pour accompagner la réforme érigeant les hôpitaux nationaux et le CNOS en établissements publics à caractère administratif. Elle interesse exclusivement les aspects liés à l'hospitalisation dans les différents établissements de référence nationale.*

*Cet travail vise à combler le deficit de connaissance que l'on a du secteur hospitalier au Mali. L'objectif principal était de savoir si les hôpitaux nationaux et le CNOS servent véritablement de structure de référence pour les échelons périphériques.*

*830 malades hospitalisés ont pu être enquêtés avec une majorité de recrutement à L'hôpital Gabriel Touré. La plupart des patients sont des résidents permanents du district de Bamako.*

*La majorité des patients ont effectué un recours direct contre un faible taux d'évacuation. Concernant l'itinéraire thérapeutique il a été recensé au maximum 5 étapes effectuées par les malades à la recherche de soin. Plus de la moitié des malades ont eu recours aux praticiens modernes avant leur hospitalisation. Certains ont eu recours à la médecine traditionnelle et d'autre à l'automédication dont la plupart s'approvisionne dans les officines.*

*Plusieurs motifs d'hospitalisation ont été observés dont plus de la moitié sont de la spécialité médicale.*

Mots clés: Rôle , Hôpitaux nationaux,  
Référence, évacuation recours