

MINISTRE DES ENSEIGNEMENTS
SECONDAIRE SUPERIEUR ET DE
LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une Foi

=====

FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE
ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

=====

Année Universitaire 1996 - 1997

N°.....14.....

Evaluation des Prestations Fournies dans le Service de
Médecine Interne AB et CD et de leur Coût de l'Hôpital
National du Point "G"

THESE

Présentée et soutenue publiquement leJanvier 1997 devant la Faculté de
Medecine de Pharmacie d'Odonto-stomatologie du Mali

Par :

Oumar MAGASSOUBA

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

Jury :

Président : Professeur Eric PICHARD

Membres : Monsieur Aly BOLY
Professeur Hamar A. TRAORE

Directeur de Thèse : Docteur Bocar Garba TOURE

FACULTE DE MEDECINE ,DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 1996-1997

ADMINISTRATION

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

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Aliou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Ortho-Traumato.Sécourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
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 Abdèl 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 AGREGE

Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Alhousseïni Ag MOHAMED	O.R.L.

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

Chimie Générale & Minérale
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. MAÏGA
Mr Adama DIARRA

Chimie Organique
Chimie Analytique
Biochimie
Parasitologie
Physiologie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou CISSE
Mr Sekou F.M. TRAORE
Mr Abdoulaye DABO
Mr N'yenigie Simon KOITA
Mr Abdrahamane TOUNKARA
Mr Flabou BOUGOUDOGO
Mr Amadou TOURE
Mr Ibrahim I. MAÏGA
Mr Benoît KOUMARE

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

D.E.R.DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Aly GUINDO	Gastro-Enterologie, Chef de D E R
Mr Abdoulaye Ag RHALY	Med.Int.
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-Phytsiologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Leprologie
Mr Hamar A. TRAORE	Medecine Interne

3. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Abdel Kader TRAORE	Med.Interne
Mr Moussa Y.MAIGA	Gastroenterologie
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
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharm.Chim. (Chef de D.E R)

3. MAITRE DE CONFERENCES

Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie

3. MAITRE ASSISTANT

Mr Drissa DIALLO	Matières Médicales
Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Ababacar I.MAIGA	Toxicologie

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique (chef D.E.R.)
---------------------	------------------------------

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Moussa A.MAIGA	Santé Publique
-------------------	----------------

3. MAITRE DE CONFERENCES

Mr Yanick JAFFRE	Anthropologie
Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bocar G.TOURE	Santé Publique
Mr Sory I.KABA	Santé Publique

5. ASSISTANT

Mr Massambou SACKO	Santé Publique
--------------------	----------------

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr Mamadou KONE	Physiologie
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Bakary I.SACKO	Biochimie
Mr Sidiki DIABATE	Bibliographie
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souléymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Nyamanto DIARRA	Mathématiques
Mr Moussa I.DIARRA	Biophysique
Mr Mamadou Bakary DIARRA	Cardiologie
Mme SIDIBE Aissata TRAORE	Endocrinologie
Mr Siaka SIDIBE	Médecine Nucléaire

PERSONNEL D' ENCADREMENT (STAGES & TP)

Docteur Madani TOURE	H.G.T.
Docteur Tahirou BA	H.G.T.
Docteur Amadou MARIKO	H.G.T.
Docteur Baidi KEITA	H.G.T.
Docteur Antoine Niantao	H.G.T.
Docteur Kassim SANOGO	H.G.T.
Docteur Yéya I.MAIGA	I.N.R.S.P.
Docteur Chompere KONE	I.N.R.S.P.
Docteur Almahdy DICKO	P.M.I.SOGONINKO
Docteur Mohamed TRAORE	KATI
Docteur Reznikoff	IOTA
Docteur N'DIAYE F. N'DIAYE	IOTA
Docteur Hamidou B.SACKO	HGT
Docteur Hubert BALIQUE	C.T. MSSPA
Docteur Sidi Yéhiya TOURE	HGT
Docteur Youssouf SOW	HGT

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr A.E.YAPO	BIOCHIMIE
Pr M.L.SOW	MED.LEGALE
Pr S.S.GASSAMA	BIOPHYSIQUE
Pr D. BA	BROMATOLOGIE
Pr M.BADIANE	PHARMACIE CHIMIQUE
Pr B.FAYE	PHARMACODYNAMIE
Pr Eric PICHARD	PATHOLOGIE INFECTIEUSE
Dr G.FARNARIER	PHYSIOLOGIE

DEDICACES

A tous ceux qui souffrent de maladie sur cette terre, que le "Tout Puissant" leur donne guérison.

Je serai à votre service à tout moment.

A mes grands-parents : in memoriam

A mes pères et mes mères :

En guise de profonde affection et de reconnaissance, je ne saurais jamais vous remercier dignement pour tous les sacrifices que vous avez consentis pour moi.

A mes frères, soeurs, cousins et cousines :

pour le soutien et la grande estime dont vous n'avez jamais cessé de me faire preuve. je serai toujours à vos côtés au tant que je peux.

A ma fiancée : en témoignage de notre sincère amour, que le "Tout Puissant" te conserve bonne santé et longue vie. Reçois ici ma profonde reconnaissance.

A ma fille : trouves ici l'expression de mon amour.

A Monsieur et Madame SY :

votre sollicitude m'a permis de poursuivre les études de Médecine. Daignez-trouver ici l'expression de ma reconnaissance infinie.

A Monsieur et Madame ZALLE :

votre bienveillance à mon égard s'est manifesté en de nombreuses occasions.

A Monsieur DJIRE : pour votre concours.

REMERCIEMENTS

Au corps professoral de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'odonto-stomatologie :
La richesse et la clarté de vos cours font que nos sortants sont très appréciés à l'extérieur.

Aux Personnels des services de Médecine Interne AB et CD Merci de votre franche collaboration pour la réalisation de ce travail.

A mes collègues des services de Médecine Interne AB et CD en souvenir des deux années passées ensemble.

A mes amis :

en témoignage de notre amitié agissante

A tous mes camarades de Promotion

Vous avez su, par votre écoute, vos avis et suggestions, m'aider à l'élaboration de ce travail.

A nos cadets internes et aux étudiants de la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie

Puisse ce travail vous exhorter au courage, à la persévérance de ce qui vous attend.

Aux personnels de la Division Santé Communautaire de l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP)

vos disponibilités et votre collaboration n'ont pas fait défaut.

Aux personnels du Bureau d'Etudes, de service et d'Informatique (BESI)

Pour le travail bien fait.

A NOS MAITRES ET JUGES

A notre maitre et président du jury

Monsieur le Professeur Eric PICHARD Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
Service des Maladies Infectieuses et Tropicales.
CHU d'Angers

Initiateur de cette Thèse vous avez bien voulu nous confier ce travail. Nous espérons qu'il
repondra à vos attentes.

Vos qualités de chercheur et de praticien, votre disponibilité et votre sympathie font de vous
un de grand maitre de l'art médical. Nous sommes fiers d'être un de vos élèves.

Votre présence dans ce Jury nous reconforte.

Veillez recevoir le temoignage de notre profonde gratitude.

A notre Maitre et Juge

Monsieur Aly Egoudou BOLY Administrateur civil, Directeur Général de l'Hôpital National
du Point "G".

Nous nous rejoyissons de la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de participer à ce
jury malgré vos multiples occupations.

Nous vous remercions de l'accueil qui nous a été réservé et nous vous soyons reconnaissants.

A notre Maitre et Juge

Professeur Hamar .A. TRAORE Chef de service de la Médecine interne CD, Maitre de
conférence agrégé

Vos qualités de clinicien et de formateur nous ont beaucoup séduits. Nous avons appris
auprès de vous la vraie médecine durant nos 2 années d'interne dans le service. Nous vous
remercions très sincèrement et vous réaffirmons notre profond respect.

A notre Maitre et Directeur de Thèse

Docteur Bocar Garba TOURE Maitre assistant de Santé Publique, Economiste de la santé,
chef de la Division Santé Communautaire de l'INRSP

Enfin j'ai compris vos critiques constructives.

Vous nous avez honoré sans calcul de suivre ce travail du début jusqu'à la fin. La qualité et
la clarté de votre enseignement, votre recherche de travail bien fait, font de vous un ~~maitre~~ *maitre*
accompli. Nous sommes fiers d'être comptés parmi vos élèves.

Trouvez-ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

SOMMAIRE

DEDICACES	2
REMERCIEMENTS	3
INTRODUCTION	5
I. GENERALITES	6
1. Présentation de l'Hôpital National du "Point G"	6
2. Présentation du service de Médecine Interne	6
2.1. Evolution des activités hospitalières dans le service de médecine au cours des 3 dernières années	7
2.2. Présentation des prestations para-cliniques réalisées dans le service	8
2.3. Organisation des activités du service	8
3. Le regime de remunération des actes	9
3.1. Tarification	9
II. METHODOLOGIE : MATERIELS ET METHODE	10
1. Matériels	10
1.1. Population à l'étude	10
1.2. Supports :	10
1.3. Structure du questionnaire :	11
2. Méthode	11
2.1. Modalité d'Administration du questionnaire et des cahiers d'évaluations	11
2.2. Codification et analyse des données (cf annexes 2)	11
2.3. Définition de certains termes	11
III. RESULTATS	13
1. Caractéristiques des malades hospitalisés au cours de la période de référence.	13
1.1. Structure d'Age :	13
1.2. Répartition des malades suivant leur lieu de résidence	14
1.3. Profession des malades et statut d'occupation	15
1.4. Répartition des malades selon le service et la catégorie d'hospitalisation	16

2. Caractéristiques de l'hospitalisation	16
2.1. Circonstances de recrutement des malades	16
2.2. Cas des malades réhospitalisés	18
2.3. Fréquence et circonstances d'admission des malades admis à la suite d'une évacuation effectuée par des praticiens exerçant à l'intérieur du pays	20
2.3.1. Origine des malades	20
2.4. Malades transférés des Médecines AB et CD vers d'autres services de l'Hôpital "Point G" et à l'étranger au cours ou au terme de leur séjour	22
3. Motifs d'hospitalisation	23
3.1. Motifs évoqués d'une manière générale pour les admissions	24
3.2. Motifs évoqués par les malades hospitalisés en urgence	25
3.3. Etude des variations du motif d'hospitalisation au cours de l'année	27
4. Circonstances de l'hospitalisation des malades	29
4.1. Etude du degré d'invalidité des malades à l'admission	29
4.2. Comportement des malades avant leur admission	32
4.2.1. Traitements reçus par les malades avant leur hospitalisation	32
4.2.2. Les différents types de recours des malades en fonction de la nature de la maladie évoquée à l'admission	34
4.2.3. Coûts induits par les recours effectués avant l'hospitalisation	35
5. Prestations offertes aux malades durant leur hospitalisation	35
5.1. Les examens complémentaires	35
5.2. Etude du diagnostic de sortie	38
5.2.1. Etude de la concordance entre diagnostic d'entrée et le diagnostic de sortie	39
5.3. Analyse des thérapeutiques appliquées	41
5.4. Etude des soins fournis aux malades hospitalisés à propos de 200 patients :	43
5.4.1. Caractérisation des soins fournis :	43
5.4.2. Analyse des contacts entre les professionnels de la santé et les 200 malades hospitalisés	48

5.4.3. Nombre moyen de contacts selon le degré d'invalidité des malades à l'entrée:	49
5.4.4. Etude de l'autonomie des 200 malades	50
6. Issue de l'hospitalisation	52
6.1. Issue immédiate	52
6.2. Pronostics :	54
7. Etude de la durée d'hospitalisation	55
8. Etude des coûts de l'hospitalisation pour les malades.	58
8.1. Coûts des prestation fournies	59
8.1.1. Coûts des examens complémentaires	59
8.1.2. Coût des médicaments durant l'hospitalisation	59
8.2. Frais d'hospitalisation	59
8.3. Dépenses induites par l'hospitalisation	60
8.3.1. Nourriture :	60
8.3.2. Transport :	60
9. Structure de la morbidité dans le service étudié	60
IV. DISCUSSION	62
V. CONCLUSION	66
VI. RECOMMANDATIONS	67
6.1. Aux autorités administratives	67
6.2. Au personnel soignant	67
ANNEXES	68
BIBLIOGRAPHIE	80
LOCALISATION ET RESUME DE LA THESE	82
SERMENT D'HIPPOCRATE	84

INTRODUCTION

Il y a 10 ans (1983), une première thèse a étudié 8 mois d'activité du service de médecine interne AB et CD de l'Hôpital National du "Point G". Elle n'a porté que sur l'évaluation du coût d'hospitalisation pour un échantillon de 100 parmi 820 malades hospitalisés dans ces services au cours de la période.

Dans le prolongement de ce travail, la présente étude se fixe comme objectif de :

- déterminer l'activité hospitalière
- cerner le coût de l'hospitalisation.
- caractériser les prestations fournies aux malades hospitalisés dans le service de médecine interne AB et CD de l'hôpital national du Point "G". Dans ce dernier cas il s'agira plus précisément de :
 - * décrire les modalités de prise en charge des malades dans les services de médecines au point "G"
 - * analyser le volume des prescriptions effectuées ainsi que leurs coûts
 - * étudier la variation des pratiques de soins selon les professionnels et la gravité des pathologies traitées
 - * évaluer l'efficacité de la prise en charge dans le service de médecine interne AB et CD.

I. GENERALITES

1. Présentation de l'Hôpital National du "Point G"

A sa création en 1912, l'hôpital comptait 133 lits et 236 travailleurs.

En 1994 il en comptait 589 lits et 398 travailleurs. C'est l'un des hopitaux nationaux de référence du système national de santé malien.

Il jouit depuis 1994 du statut d'E.P.A., statut qui lui est conféré par la loi 92 -023. Conformément à la loi 90-110 AN-RM, portant principes fondamentaux de la création, de l'organisation et du fonctionnement des E.P.A le point "G" est une personne morale de droit public dotée de l'autonomie financière.

Le texte qui le crée en fixe les missions :

- article 2 par la loi 92-023
- ressources - article 4

Cet hôpital a joué pendant très longtemps et continu d'ailleurs à le faire un rôle de premier ordre dans l'enseignement médical et para médical au Mali. Accueillant la plupart des stagiaires et des étudiants venant des différents établissements de formation professionnelle du pays.

2. Présentation du service de Médecine Interne

Le service de médecine AB et CD compte 74 soit (13,73%) lits d'hospitalisation contre 589 pour le reste de l'hôpital. Les 74 lits se répartissent comme suite :

- 12 lits de première catégorie
- 18 lits de deuxième catégorie
- 44 lits de troisième catégorie

2.1. Evolution des activités hospitalières dans le service de médecine au cours des 3 dernières années

Tableau N° I : Evolution des activités d'hospitalisation au cours des 3 années précédant l'étude

		Service de Médecine interne AB et CD	Reste des Services de l'hôpital	Total
Année 1991	Nombre de lits	60	630	690
	Nombre d'hospitalisations	870	6015	6885
Année 1992	Nombre de lits	60	620	680
	Nombre d'hospitalisations	858	5291	6149
Année 1993	Nombre de lits	52	620	672
	Nombre d'hospitalisations	674	5882	6556

La réduction du nombre de lits en 1993 s'explique par la renovation de la médecine AB. Ce service était transféré au pavillon de la chirurgie "B".

Tableau II : Effectif du personnel de médecine interne et reste des services de l'hôpital en 1994 (s)

		Service de Médecine Interne AB et CD		Reste des services de l'hôpital	
		Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Effectif personnel	Medecin	5	0,10	47	0,12
	Interne	10	0,21	26	0,06
	Infirmier	19	0,40	125	0,32
	Aide-soignant	4	0,08	30	0,07
	Manoeuvre	7	1,14	55	0,14
	Fille de salle	2	0,04	6	0,02

(s) Ces données ont été recueillies auprès de la Direction de l'hôpital à partir des rapports d'activités annuelles de 1991 à 1994.

Tableau III : **Ratio Personnel - nombre de lits entre service AB et CD et reste des services de l'hôpital en 1994**

	Service de Médecine AB et CD Ratio Personnel-nombres de lits (74)	Reste des services de l'hôpital Ratio Personnel- nombre de lits (589)
Médecin	12,8	12,5
Interne	6,4	22,6
Infirmier	3,4	4,7
Aide-soignant	16	19,6
Manoeuvre	9,1	10,7
Fille de salle	32	98,1

2.2. Présentation des prestations para-cliniques réalisées dans le service

- Endoscopie : les services de médecine AB et CD disposent :
 - 2 fibroscopes dont 1 en panne
 - 2 laparoscopes dont 1 en panne
 - 13 rectoscopes et 8 anoscopes
 - 2 coloscopes dont 1 en panne
- Echographie : il existe un échographe disponible pour les services de la cardiologie, des médecines AB et CD et de la radiologie où il est installé
- un électrocardiographe se trouve en médecine "D"
- 3 aspirateurs
- un laboratoire installé à l'ENMP dont le responsable est le chef de service de la médecine AB. Le laboratoire effectue des examens hématologiques en général des services de médecine AB et CD.

2.3. Organisation des activités du service

L'organisation du travail est identique pour chaque service.

Les malades reçoivent quotidiennement la visite des internes et des stagiaires.

Deux jours par semaine (Mardi et Vendredi) une grande visite est organisée avec l'ensemble du personnel.

Les gardes quotidiennes sont assurées par une équipe constituée d'un interne, d'un infirmier titulaire personnel permanent, d'un garçon de salle. Un médecin résidant du service peut être sollicité pour les situations dépassant la compétence de l'interne à l'occasion des gardes.

La majorité des consultations externe se fait le matin (Lundi Mercredi et Jeudi).
Les anciens hospitalisés sont revus le jeudi après midi.

Le suivi des malades hospitalisés est confié aux internes. Ils agissent sous la responsabilité d'un Medecin. Les Medecins ont en charge la réalisation des différentes explorations et les examens para-cliniques réalisés dans le service.

3. Le regime de remunération des actes

Le régime de la rémunération des actes médicaux et de l'Hospitalisation dans les formations sanitaires publiques est fixé par le décret N°243 PG RM du 19 Septembre 1983. Les soins et examens para-cliniques prodigués ou effectués au profit des malades atteints des maladies suivantes : tuberculose, lèpre, cancer, maladies mentales, fistule vesico-vaginale et toutes les affections chroniques à caractère social sont gratuits. Les malades atteints de ses différentes affections sont hospitalisés en 3^{ème} catégorie. Dans le cadre du nouveau statut des hopitaux l'E.P.A. (Etablissement Public à Caractère Administratif), les intéressés payent le demi tarif des hospitalisations et des analyses lorsqu'ils décident de se faire hospitaliser en 1^{ère} ou en 2^{ème} catégorie. Les enfants agés de zéro à 12 ans, les élèves et Etudiants, les soldats 2^{ème} et 1^{ère} classe, les personnels socio-sanitaires et leur proche (conjoint, enfants, père et mère, ont également droit à la gratuité.

3.1. Tarifcation :

Les tarifs journaliers sont les suivants selon la catégorie :

1 ^{ère} catégorie :	2500 F CFA
2 ^{ème} catégorie :	1500 F CFA
3 ^{ème} catégorie :	750 F CFA

Par principe l'administration fait payer le tarif de 15 jours à l'entrée comme avance. La différence est remboursée au malade si la durée de l'Hospitalisation est inférieure à 15 jours. S'il est hospitalisé plus de 15 jours il est convoqué pour payer le complément. En cas de découverte d'une maladie devant bénéficier de la gratuité de l'Hospitalisation et des soins un remboursement de toute la somme afférante à l'Hospitalisation est effectué.

II. METHODOLOGIE : MATERIELS ET METHODE

Il était possible d'aborder ce travail de deux manières. La première est retrospective mais présente les limites suivantes :

- les soins dispensés ainsi que les dépenses supportées par les malades n'étant pas systématiquement enregistrées,
- il était impossible à partir des dossiers existants de disposer de ses éléments même lorsqu'ils étaient bien tenus.

Nous avons donc préféré une étude prospective qui permettait de recueillir l'ensemble des données nécessaires aux analyses envisagées

1. Matériels

1.1. Population à l'étude

L'étude a été réalisée durant 13 mois du 25 Décembre 1993 au 24 Décembre 1994 dans les services de Medecine interne AB et CD de l'hôpital National du Point "G" de Bamako au Mali. Elle a porté sur 653 patients hospitalisés.

Critères d'inclusion

Ont été inclus tous les patients hospitalisés, acceptant de se soumettre aux protocoles quelque soit la gravité de leurs états.

Critères d'exclusion

Tout patient hospitalisé s'opposant aux protocoles et/ou décédé avant d'être recensé par l'administration de l'Hôpital du Point "G".

1.2. Supports :

Nous avons utilisés comme support les questionnaires et les cahiers d'évaluation de prestation. Les questionnaires ont été fournis par l'Institut National de Recherche en Santé Publique (I.N.R.S.P.) (cf annexe 1).

Il a été ajouté une fiche d'information complémentaire au questionnaire (voir Annexe 1). Cette partie complémentaire porte sur :

- le degré d'invalidité du malade à l'entrée et à la sortie
- les traitements reçus par les malades avant leur hospitalisation
- les modalités de recrutement
- l'issue de l'hospitalisation

1.3. Structure du questionnaire :

Le questionnaire comporte trois parties :

- une partie relative à l'identification du service et du malade
- une partie réservée aux conditions d'accès au service, ainsi qu'aux dépenses occasionnées par l'hospitalisation.
- une partie permettant de recueillir dans le détail les prestations reçues.

2. Méthode

2.1. Modalité d'Administration du questionnaire et des cahiers d'évaluations

Dès l'admission, le malade est informé de l'existence d'un questionnaire et sensibilisé à la participation aux protocoles.

L'interrogatoire a été effectué par nous mêmes auprès du malade ou de son entourage s'il n'était pas conscient. Les sujets rentrant dans le protocole ont été suivis depuis le premier jour à l'interrogatoire jusqu'à leur sortie ou Décès.

Les cahiers d'évaluation de prestations ont été remplis chaque jour par nous-mêmes et/ou par les infirmiers s'occupant du malade, dans ces derniers cas leurs relevés étaient validés.

Pour évaluer les dépenses, il a été demandé aux malades ou à leurs familles de noter quotidiennement les dépenses effectuées.

Pour recueillir les éléments en rapport avec le coût des examens et des médicaments, les bulletins d'analyse et ordonnance ont été récupérés régulièrement durant l'hospitalisation et les montants dépensés reporter sur les fiches correspondantes du questionnaires (voir annexes 1).

2.2. Codification et analyse des données (cf annexes 2)

2.3. Définition de certains termes

Prestations :

Nous entendons par prestation des services de santé l'ensemble des soins prodigués aux malades dans le but de restituer ou de maintenir leur santé. Les prestations offertes par les services de médecine interne AB et CD peuvent être regroupées en trois catégories :

- les consultations
- l'hospitalisation
- les examens paracliniques

Constitués par :

- les explorations endoscopiques telles que :
 - + Fibroscopie
 - + Rectoscopie
 - + Biospie de la muqueuse rectale
 - + laparoscopie
 - + coloscopie
- et • l'Echographie

Soins :

Nous estimons comme définition des soins "l'ensemble des actes planifiés, exécutés pour atteindre un objectif fixé en vue de répondre aux besoins du malade (4).

Les types de soins fournis en médecine interne AB et CD appartiennent à l'une des catégories suivantes :

- la surveillance des paramètres bio-cliniques
- l'administration des médicaments injectables
- les soins de base (Nursing)
- les soins à visée thérapeutique
- la préparation aux différentes investigations endoscopiques
- les examens nécessitant une prestation des personnels du service de médecine interne.

III. RESULTATS

790 malades ont été admis durant la période de l'enquête. Parmi eux 653 ont pu participer à l'enquête. Les causes de non participation ont été :

- certains n'ont pas été convaincus de l'intérêt de l'enquête
- d'autres ont posé comme condition pour être recruté dans le protocole d'obtenir le remboursement des dépenses faites durant l'hospitalisation
- et ceux qui sont décédés avant d'être recensés par l'administration de l'hôpital.

Tous ceux-ci ont été exclus.

1. Caractéristiques des malades hospitalisés au cours de la période de référence.

1.1. Structure d'Age :

Tableau N°IV : Age moyen selon le sexe

Sexe	Hommes	Femmes	Total
Age moyen	43,6	41,8	42,8
Variance	311,7	326,4	
Effectif	366	287	653

(test de student $P = 0,20$; $F = 1,64$)

Tableau N°V : Répartition des malades hospitalisés suivant l'age et le sexe

		Tranche d'age									
		0-15		16-25		26-55		Plus de 55ans		Total	
		Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Sexes	Hommes	21	6	35	10	213	58	97	26	366	56
	Femmes	12	4,2	44	15,3	161	56,1	70	20,4	287	44
	Total	33	5	79	12	374	57	167	26	653	100

($X^2 = 5,6$; $DDL = 3$; $P = 0,13$)

Sur les 653 patients hospitalisés au cours de la période d'enquête, 366 sont de sexe masculin soit 56% et 287 du sexe féminin soit 44%.

L'âge moyen des malades hospitalisés est de 43 ans environ. Celui des hommes est plus élevé que celui des femmes.

Les malades ont été repartis en 4 classes d'âge, malades âgés de :

- de moins de 15 ans : premier groupe
- de 16 à 25 ans : deuxième groupe
- âge compris entre 26 et 55 ans : troisième groupe
- de 56 ans et plus : quatrième groupe

La majeure partie des malades appartiennent au 3ème groupe (57%), on note une légère prédominance masculine. Environ 5% seulement des malades hospitalisés sont des enfants.

D'une manière générale, les hommes hospitalisés sont plus nombreux que les femmes. Le sexe ratio (homme/femme) varie suivant les classes d'âge. Il est élevé pour les âges extrêmes :

- + 1,75 pour les sujets de 0-15ans
- + 2,38 pour ceux âgés de 56 et plus

La différence de répartition observée peut être expliquée par le nombre important des lits d'hospitalisation destinés aux hommes. Il y a environ 2 lits d'hommes pour 1 lit de femme par service.

1.2. Répartition des malades suivant leur lieu de résidence

Tableau N°VI: Lieu de résidence des malades

Région	Effectif	%
Kayes	26	3,7
Koulikoro	57	8,7
Sikasso	41	6,3
Ségou	26	3,9
Mopti	16	2,4
Tombouctou	02	0,3
Gao	7	1,1
District Bamako	478	73
Total	653	100%

La majorité des malades résident à Bamako ils se répartissent comme suit:

- Commune I : 11,2 des hospitalisés (73) patients
- Commune II : 13% des hospitalisés (85) patients
- Commune III: 14,2% des hospitalisés (93) patients
- Commune IV : 12,7% des hospitalisés (83) patients
- Commune V : 13,8% des hospitalisés (90) patients
- Commune VI : 8,3% des hospitalisés (54) patients

1.3. Profession des malades et statut d'occupation

La profession est par définition une activité, un métier ou un emploi exercé par une personne. La grande diversité des professions recensées nous a conduit à procéder à un regroupement en un nombre limité mais prenant en compte toutes situations observées. (2)

Tableau N°VII : Répartition des malades hospitalisés selon la profession et le sexe.

Profession	Sexe			Pourcentage (%)
	Hommes	Femmes	Total	
Cultivateur - Eleveur	94	13	107	16,4
Profession libéral	49	24	73	11,2
Fonctionnaire	52	23	75	11,5
Artisans	64	7	71	10,8
Artiste	2	1	3	0,5
sans profession	9	187	196	30
Scolaire et Préscolaire	34	24	58	8,8
Profession de culte	6	0	06	1
autres professions	56	08	64	9,8
Total	366	287	653	100

Par contre, on note une fréquence élevée des malades exerçant des activités dans le secteur primaire. Le nombre élevé des sans professions est attribuer aux femmes. Dans notre classification elles sont considérées comme n'exerçant aucune profession lorsqu'elles sont au foyer.

1.4. Répartition des malades selon le service et la catégorie d'hospitalisation

Tableau N°VIII : Répartition des malades selon qu'ils soient occupés ou non

Service	A		B		C		D		Total	
Catégorie	Nbre Lits	Mlades	Nbre lits	Mlades	Nbre lits	Mlades	Nbre lits	Mlades	Nbre lits	Mlades
1 ^{ère}	4	41	4	23	2	24	2	28	12	116
2 ^{ème}	9	75	9	64	0	0	0	0	18	139
3 ^{ème}	10	21	0	0	23	235	11	142	44	398
Total	13	137 21%	13	87 13%	25	259 40%	13	170 25%	74	653 100 %

La Médecine "C" accueilli 40% des malades. Elle est suivie de la Médecine "D" 26%, la Médecine "A" 21% enfin la Médecine "B" 13%.

La Médecine "C" totalise une part importante de la 3^{ème} catégorie.

2. Caractéristiques de l'hospitalisation

2.1. Circonstances de recrutement des malades

Les malades hospitalisés ont été recrutés en urgence, ou à la suite d'une consultation ordinaire.

Ils appartiennent à l'un des groupes suivants :

- malades n'ayant pas été référés par un professionnel de santé : ce sont des patients qui ont effectué toute une série de traitements sans succès ou qui, par l'intermédiaire d'une tierce personne apprennent que les spécialistes compétents pour traiter leur affection se trouvent à l'hôpital du point "G". Ils sont généralement hospitalisés par les internes ou les majors du service :
- malades adressés par un médecin exerçant à l'hôpital du point "G" et/ou un médecin de la ville de Bamako
- malades adressés par un médecin exerçant hors de Bamako ces cas ont été considérés comme des évacuations
- malades adressés par un médecin exerçant dans le service
- anciens malades qui ont déjà été hospitalisés dans les services : malade hospitalisé au moins une fois auparavant (rehospitalisation).

Les hospitalisations ont été effectuées dans 71% à la suite des consultations ordinaires, 29% des hospitalisations ont été faites en urgence.

Parmi les cas urgents ; 43,2% des hospitalisations sont effectuées par les internes au moment des gardes. 30,2% des hospitalisations sont faites par les médecins du service lors de consultations ordinaires.

L'illustration est faite par le tableau N°IX

Tableau N°IX : Répartition des malades selon les circonstances d'hospitalisation

Sexe		Hommes	Femmes	Total
Malade hospitalisé sans être référé par un professionnel de santé	Urgence	49 (59,8%)	33 (40,2%)	82 (43,2%)
	Ordinaire	63 (58,3%)	45 (41,7%)	108 (23,3%)
Malade adressé par un médecin de l'Hôpital "Point G" et/ou un médecin de Bko	Urgence	22 (50%)	22 (50%)	44 (23,2%)
	Ordinaire	79 (58,1%)	57 (41,9%)	136 (29,4%)
Malade adressé par un médecin exerçant dans le service	Urgence	13 (46,4%)	15 (53,6%)	28 (14,7%)
	Ordinaire	73 (52,1%)	67 (47,9%)	140 (30,2%)
Malade adressé par un médecin exerçant hors de Bamako (évacuations)	Urgence	11 (68,2%)	5 (31,8%)	16 (8,4%)
	Ordinaire	21 (63,6%)	12 (36,4%)	33 (7,1%)
Malade connu par le service (ancien hospitalisé)	Urgence	9 (45%)	11 (55%)	20 (10,5%)
	Ordinaire	26 (56,5%)	20 (43,5%)	46 (10%)
TOTAL	Urgence	104 54,7%	86 45,3%	190 29%
	Ordinaire	262 56,6%	201 43,4%	463 71%
		366 56%	287 44%	653 100%

Tableau N°X : Répartition des malades selon les professionnels qui ont ordonnés l'hospitalisation

Responsables	Effectif	%
Internes et/ou Majors	120 190 70	29,1%
Médecin exerçant à l'Hôpital "Point G" et/ou Médecin exerçant de la ville de Bko	180	27,6%
Médecin exerçant dans le service	168	25,7%
Médecin exerçant hors de Bamako (évacuation)	49	7,5%
Ancien hospitalisé du service	66	10,1%
Total	653	100%

L'intervention des internes et/ou des majors est la plus fréquente 29,1% (avec 18,4% des hospitalisés par les internes et 10,7% des hospitalisés par les majors).

Environ cinquante cinq pour cent des hospitalisations ont été ordonnées par les responsables mêmes du service. Mais le service accueille une proportion non négligeable référée par les médecins exerçant de la ville de Bamako. Ceci semble lié à la participation à un protocole de recherche sur les infections opportunistes causées par le VIH.

2.2. Cas des malades réhospitalisés

Au cours de l'enquête, il a été enregistré deux catégories de malades réhospitalisés. La première hospitalisation est antérieure à l'enquête. La seconde intéresse ceux dont l'hospitalisation est intervenue durant la période de l'étude.

Tableau N°XI : Répartition des malades réhospitalisés selon que leur hospitalisation est intervenue avant ou après l'étude.

Réhospitalisation	Effectif des malades réhospitalisés et dont l'hospitalisation précédente est antérieure à l'étude	Effectif des malades réhospitalisés dont l'hospitalisation précédente est intervenue au cours de la période d'étude	Total
Effectif	37 57%	28 43%	65 100%

Parmi ces derniers cas nous nous sommes intéressés :

- aux pathologies ayant motivé l'hospitalisation
- le temps de latence séparant la dernière hospitalisation de la présente.

Tableau N°XII : Répartition des malades réhospitalisés au cours de la période de l'étude suivant le temps séparant la sortie et la nouvelle admission.

Pathologie			
Temps de latence	Malade réhospitalisé pour la même pathologie	Malade réhospitalisé pour une pathologie différente	TOTAL
1 semaine[0	3	3 10,7%
[1 semaine à 4 semaines[5	2	7 25%
[4 semaines et plus	7	11	18 64,3%
Total	12 46%	16 57%	28 100%

Parmi ces malades réhospitalisés on distingue deux catégories de malades :

- ceux qui sont réadmis pour la même pathologie
- les malades qui présentent une pathologie différente de celle qui a motivé la précédente hospitalisation.

Par ordre de fréquence les malades présentant une pathologie différente sont plus nombreux (57%) contre (43%).

La majorité de ces hospitalisations s'effectue après un délai de 4 semaines et plus.

Tableau N° XIII : Répartition des réhospitalisés durant la période de l'étude selon de le diagnostic de sortie et le sexe

Pathologie	Sexe		Total	
	Hommes	Femmes		
Hématologie	3	4	7	25%
Infection	3	2	5	17,9%
Pathologie - associée	1	2	3	10,7%
Cardiologie	1	2	3	10,7%
Endocrinologie	1	1	2	7,1%
Hépatologie	0	2	2	7,1%
Pneumo-phtisiologie	1	1	2	7,1%
Gastro-enterologie	1	0	1	3,6%
Intoxication iatrogénèse	1	0	1	3,6%
Nephro-urologie	1	0	1	3,6%
Parasitologie	0	1	1	3,6%
Total	13	15	28	100%
	46,4%	53,6%		

Parmi les réhospitalisés, on observe une prédominance féminine 53,6%.

Ces réhospitalisations concernent plus les pathologies ayant traits aux spécialités suivantes: Hématologie (25%); infection (17,9%) ; cardiologie (10,7%), pathologie associative (10,7%) endocrinologie et Hépatologie chacune (7,1%).

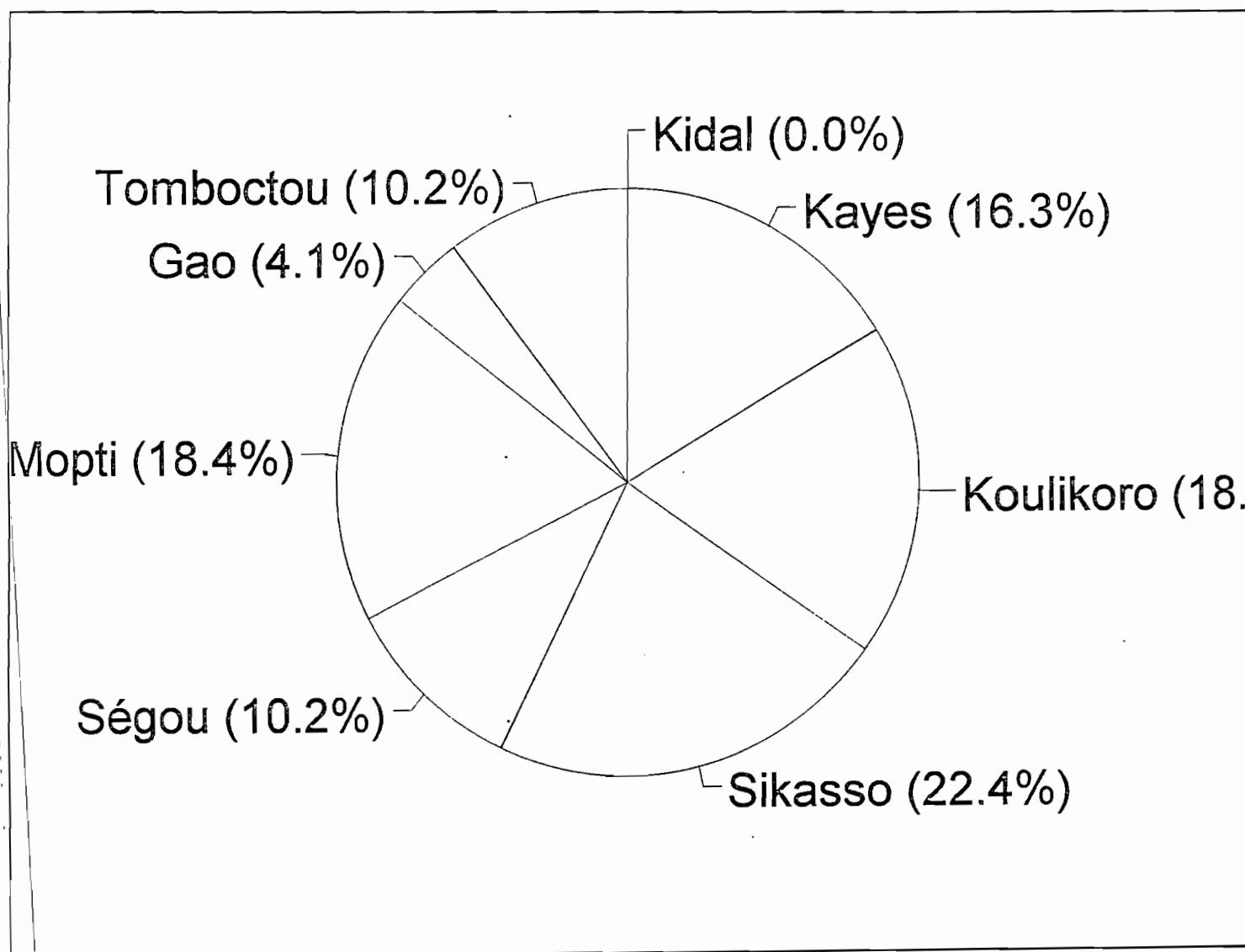
Pour les pathologies d'évolution chronique (Hématologie, endocrinologie, cardiologie), les réhospitalisations sont motivées par des rechutes fréquentes.

2.3. Fréquence et circonstances d'admission des malades admis à la suite d'une évacuation effectuée par des praticiens exerçant à l'intérieur du pays

2.3.1. Origine des malades

22,4% des malades évacués viennent de la région de la Sikasso. Koulikoro et Mopti suivent respectivement avec 18,4% chacune. Il n'a pas été enregistré d'évacués de Kidal.

L'illustration est faite par le Graphique N°1



Graphique N°I : Répartition des malades suivant la localité à partir de laquelle ils ont été évacués.

2.4. Malades transférés des Médecines AB et CD vers d'autres services de l'Hôpital "Point G" et à l'étranger au cours ou au terme de leur séjour

Tableau N°XIV : Répartition des malades transférés de la médecine interne AB et CD vers d'autres services de l'Hôpital "Pt G"

Service	Sexe		Total
	Hommes	Femmes	
Chirurgie	11	9	20
Gynéco-Obstétrique	0	10	10
Nephro-urologie	7	2	9
Pneumologie	5	1	6
Neurologie	2	1	3
Etranger	2	0	2
Total	27	23	50

- 20 patients ont été transférés en chirurgie dont (11 hommes et 9 femmes).

* Parmi les hommes :

7 personnes ont présenté une tumeur gastrique
 2 personnes sont atteintes de masse abdominale
 1 cas d'abcès amibien du foie
 1 cas de cholécystite

* Parmi les femmes :

2 personnes ont présenté une lithiase vésiculaire
 2 personnes sont atteintes de cancer d'estomac
 2 personnes sont atteintes de cholécystite aiguë
 1 cas de mégaoesophage
 1 cas de Pneumothorax
 1 cas de cancer d'intestin grêle.

- 10 femmes porteuses d'affection gynéco-obstétricale dont:

. 2 présentent une grossesse non évolutive
 . 1 atteinte de grossesse non évolutive + syndrome de Mallory-Weiss
 . 2 grossesses extra-utérines
 . 3 cas de Pyo-salpinx
 . 2 cas de métrorragies.

- 9 cas d'affection nephro-urologique (7 hommes et 2 femmes) sont également recensés :
 - parmi les hommes, 3 sont atteints d'adénome de la prostate, 2 cas de Bilharziome, un abcès du rein gauche, 1 cas de tumeur de la prostate,
 - parmi les femmes on note une néoplasie de la vessie et un cas d'hydronéphrose bilatérale.
- 6 patients sont atteints d'affection Pneumo-phtisiologique dont 5 hommes et une femme
 - parmi les hommes : 4 ont présenté une tuberculose, un cas de tuberculose sur terrain immunodéprimé
 - une femme atteinte de tuberculose pulmonaire sur terrain immunodéprimé.
- 3 patients ont présenté une affection neurologique il s'agit de 2 hommes et d'une femme
 - parmi les hommes : l'un a présenté une compression médullaire et l'autre une encéphalite.

La seule femme a été victime d'un accident vasculaire cérébral hypertensif.

- 2 hommes ont été évacués en Côte d'Ivoire l'un pour suspicion de tumeur cérébrale et l'autre pour suspicion de toxoplasmose cérébrale.

Conclusion: 7,6% des hospitalisés ont été transférés dans d'autres services de l'hôpital du Point-G ou à l'étranger.

3. Motifs d'hospitalisation

Nous avons utilisé une terminologie qui permettait de distinguer les motifs évoqués pour l'admission des diagnostics. Car ces derniers sont établis seulement après la prise en charge du malade par le service. Ils s'agit le plus souvent des motifs exprimés en termes de symptômes ou de syndromes évoquant des organes atteints : Cardiopathie, Pneumopathie etc. Mais parfois des noms de maladie assez précis sont également donnés.

Au cours de l'enquête, pour 321 patients hospitalisés au moins un motif a pu être évoqué. 269 patients ont été admis avec deux signes, pour 62 patients trois signes. Enfin un patient à lui seul a été recruté avec 4 signes.

Tableau N°XV : Répartition des malades selon la classe pathologique à laquelle le motif évoqué a été rattaché.

Motif	Sexe		Total %
	Hommes %	Femmes %	
Infection	128 63,7	73 36,3	201 30,8
Gastro-enterologie	53 56,4	41 43,6	94 14,4
Hépatologie	41 59,4	28 40,6	69 10,6
Endocrinologie	21 36,8	36 63,2	57 8,7
Hématologie	23 41,8	32 58,2	55 8,4
Cardiologie	26 57,8	19 42,2	45 7,0
Parasitologie	19 43,2	25 56,8	44 6,7
Neurologie	25 62,5	15 37,5	40 6,1
Pneumo- phtisiologie	17 68,	8 32	25 3,8
Rhumatologie	5 50	5 50	10 1,5
Néphro-urologie	7 77,8	2 22,2	9 1,4
Psychiatrie	1 25	3 75	4 0,6
Total	366 56	287 44	653 100

3.1. Motifs évoqués d'une manière générale pour les admissions

Tableau N°XVI : Répartition des malades hospitalisés selon la classe d'âge et le motif d'hospitalisation.

Motif	Age				Total	
	0 - 15	16 - 25	26 - 55	56 ans et plus		
Infection	8	32	125	36	201	30,3
Gastro- enterologie	1	12	61	20	94	14,4
Hepatologie	3	6	39	21	69	10,6
Endocrinologie	0	0	37	20	57	8,7
Hematologie	7	9	33	6	55	8,4
Cardiologie	1	0	16	28	45	7,0
Parasitologie	7	11	20	6	44	6,7
Neurologie	5	4	16	15	40	6,1
Pneumo- phtisiologie	0	1	12	12	25	3,8
Rhumatologie	0	2	6	2	10	1,5
Nephro- urologie	1	2	5	1	9	1,4
Psychiatrie	0	0	4	0	4	0,6
Total	33 5%	79 12%	374 57%	167 26%	653	100%

La majeure partie des enfants souffrent de maladies :

- infectieuses
- parasitaires
- hematologiques

Les personnes âgées de plus de 56 ans sont atteintes très souvent d'affections dégénératives ou métaboliques.

3.2. Motifs évoqués par les malades hospitalisés en urgence

Tableau N°XVII : Répartition des malades recrutés en urgence en fonction du motif d'hospitalisation

Motif d'entrée	Urgence	%
Infection	39	20,5
Gastro-enterologie	34	18
Neurologie	30	15,8
Endocrinologie	24	12,6
Cardiologie	16	8,4
Parasitologie	14	7,4
Hématologie	13	6,8
Hépatologie	10	5,3
Pneumo-phtisiologie	5	2,6
Psychiatrie	3	1,6
Rhumatologie	1	0,5
Total	190	100

Parmi les cas recrutés en urgence, on retrouve des affections suivantes :

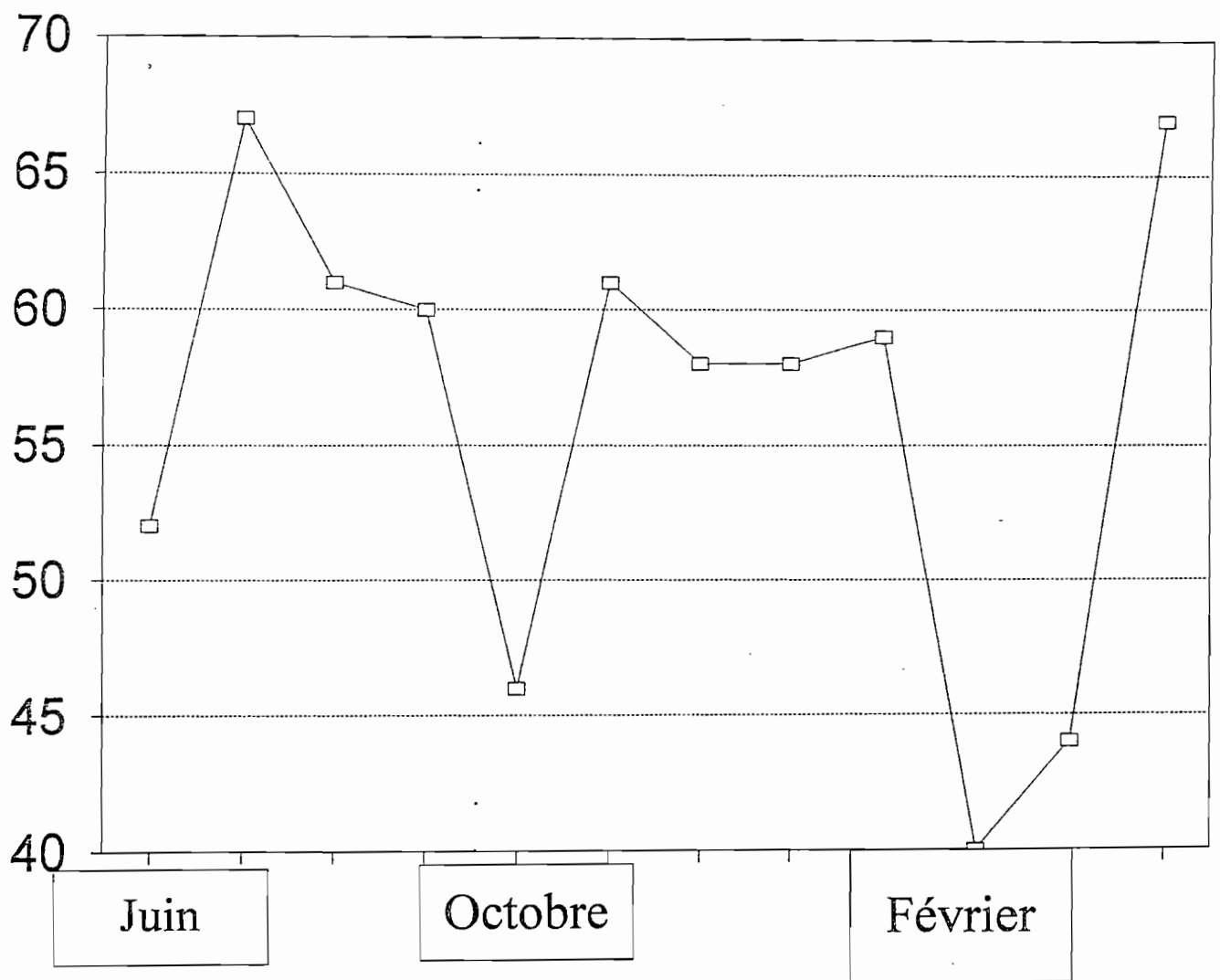
- 20,5% de ceux-ci sont des affections infectieuses bactériennes ou virales qui comprennent : Rétrovirose Méningite, Coma fébrile, Septicémie, Morsure de serpent, Fièvre Typhoïde.
- affections gastro-entérologiques : occupent 18% des urgences . Elles sont dominées par : hémorragies digestives hautes ou basses, syndrome ulcéreux, vomissements incoercibles.
- affections neurologiques : représentent 15,8%. Parmi lesquelles on note : les accidents vasculaires cérébraux, les hémiplegie, les para-paresies, les crises tonico-cloniques
- affections endocriniennes : représentent 12,6% des urgences parmi lesquelles on note coma hypoglycémique, coma acido-cétosique, acidocétose sans coma, maladie de Basedow
- affections cardio-vasculaires : occupent 8,4% des urgences, sont responsables: poussée hypertensive, insuffisance cardiaque globale, oedème aigu du poumon, asthme cardiaque

- affections parasitaires : représentent 7,4% ce sont l'accès pernicleux, l'abcès amibien du foie, le bilharziome
- affections hématologiques : représentent 6,8% des urgences et concernent : l'anémie la crise Drepanocytaire,
- affections Hépatologiques comptabilisent 5,3% des urgences, sont concernées : l'encéphalopathie hépatite, la cirrhose, l'angiocholite
- les autres affections Pneumologiques, Psychiatrique, Rhumatologiques et Nephro-urologiques représentent respectivement : 2,6% ; 1,6% ; 0,5%.

3.3. Etude des variations du motif d'hospitalisation au cours de l'année

Pour les besoins de notre analyse nous avons divisé l'année en 3 saisons :

- une première concernant la période de juin à septembre, correspondant à l'hivernage et aux vacances scolaires,
- une saison sèche et froide s'étalant d'octobre à janvier,
- une saison sèche et chaude allant de Février à Mai.



Graphique N°II : La Fréquentation des services

La répartition est en général irrégulière.

On compte 240 malades hospitalisés durant l'hivernage, 223 patients en saison sèche et froide et 190 malades pour la saison sèche et chaude.

En effet, concernant l'hivernage, l'effectif maximum s'observe au mois de juillet et le minimum en juin.

Concernant la saison sèche et froide, le mois de Novembre conserve l'effectif le plus élevé et le plus bas au mois d'Octbre.

→ Enfin l'eregistrement important est observé au mois de Mai s'agissant de la saison sèche et chaude. Le plus bas effectif est noté au mois de Février.

4. Circonstances de l'hospitalisation des malades

4.1. Etude du degré d'invalidité des malades à l'admission

Tous les malades ont été classés selon un degré d'invalidité à l'entrée. Le codage suivant a été adopté à cet effet :

- premier degré : malade marche seul,
- deuxième degré : malade marche avec soutien ,
- troisième degré : malade conscient mais ne tenant pas debout,
- quatrième degré : malade comateux,

Tableau N°XVIII : Répartition des malades selon le degré d'invalidité à l'admission

Invalidité	Sexe		Total
	Hommes	Femmes	
Marche seul	176 59,7	119 40,3	295 45,2
Marche avec soutien	87 52,7	78 47,3	165 25,3
Conscient ne tenant pas debout	72 56,2	56 43,8	128 20,0
Coma	31 47,7	34 52,3	65 9,5
Total	366 56	287 44	653 100%

$$(X^2 = 4,15 , DDL = 3 , P = 0,25)$$

Environ 45% des malades admis jouissaient d'une autonomie entière. Contre 55% patients qui avaient besoin d'un soutien. Ces derniers sont constitués pour 9,5% de malades dans le coma :

- pour 20,0% de malades conscients mais ne tenant pas debout
- pour 25,3% de malades qui marchent avec soutien.

Tableau N°XIX : Répartition des malades en fonction du motif d'hospitalisation et du degré d'invalidité

Invalidité	Marche seul		Marche avec soutien		Conscient ne tenant pas debout		Coma		Total	
Motif										
Infection	95	47%	48	24%	38	19%	20	10%	201	30,8%
Gastro-entéro	51	54%	23	25%	18	19%	2	2%	94	14,4%
Hepato	37	54%	19	27%	9	13%	4	6%	69	10,6%
Endocrino	19	33%	12	21%	9	16%	17	30%	57	8,7%
Hemato	29	52,8%	13	23%	13	23,6%	0	0%	55	8,4%
Cardio	13	29%	20	44%	9	20%	3	7%	45	7,0%
Parasito	22	50%	12	27%	8	18%	2	5%	44	6,7%
Neuro	4	10%	5	12,5%	16	40%	15	37,5%	40	6,1%
Pneumo	14	56%	4	16%	5	20%	2	8%	25	3,8%
Rhumato	4	40%	4	40%	2	20%	0	0%	10	1,5%
Nepro-uro	6	67%	2	22%	1	11%	0	0%	9	1,4%
Psych	1	25%	3	75%	0	0%	0	0%	4	0,6%
Total	295	45%	165	25%	128	20%	65	10%	653	100%

Tableau N°XX : Répartition des malades selon la classe d'âge et le degré d'invalidité au moment de leur hospitalisation

Invalidité	Marche seul		Marche avec soutien		Conscient ne tenant pas debout		Coma		Total	
Age										
0 - 15	10	30,3%	7	21,2%	11	33,3%	5	15,2%	33	5%
16 - 25	40	51%	20	25%	12	15%	7	9%	79	12%
26 - 55	192	51,4%	91	24,3%	64	17,1%	27	7,2%	374	57%
56ans et plus	53	31,7%	47	28,1%	41	24,6%	26	15,6%	167	26%
Total	295	45%	165	25%	128	20%	65	10%	653	100%

$$(X^2 = 29,16 ; DDL = 9 ; P = 0,0006)$$

45% des malades hospitalisés jouissent d'une certaine autonomie contre 55% qui ont besoin d'une assistance au moment de leur hospitalisation.

Les enfants âgés de moins 15 ans et les personnes âgées de plus de 56 ans sont ceux qui sont le plus besoin d'une assistance. Avec une fréquence élevé de coma chez les personnes âgées. Est ce en raison d'un recours tardif ou en raison de la gravité des pathologies dont souffre les malades appartenant à ces différents par rapport aux adultes jeunes ?.

Si on se réfère aux motifs évoqués à l'occasion de l'hospitalisation on observe que :

- à l'admission, les malades comateux souffrent plus des affections suivantes :
 - + Neurologiques 37,5%
 - + Endocriniennes 30%
 - + infectieuse 10%

Parmi eux, toutes les catégories d'âge sont représentées mais les plus touchées sont :

- + les personnes âgées de 56 ans et plus : 15.6%
- + les enfants : 15,2%
- s'agissant des patients ne tenant pas debout on retrouve les pathologies suivantes :
 - + Neurologiques : 40%
 - + Hématologiques : 23,6%
 - + Cardiologiques, Pneumophtisiologiques et rhumatologiques chacune, 20%.

Les enfants et les personnes âgées de 56 ans et plus sont également les plus concernées ayant respectivement 33,3% et 24,6%.

- Les malades qui marchent avec soutien, souffrent particulièrement des affections :
 - + psychiatriques : 75%
 - + cardiologiques : 44%
 - + rhumatologiques : 40%

Toutes les catégories d'âges sont représentées mais les plus nombreux sont les personnes âgées qui représentent de 56 ans et plus.

Les patients autonomes sont admis fréquemment pour des pathologies suivantes :

- + Néphro urologiques : 67%
- + Pneumo phtisiologiques : 56%
- + gastro-entérologiques et Hépatologiques : 54% chacune
- + Hématologiques : 52,8%

Ils sont en général âgés :

- + de 26 à 55 ans : 51,4%
- + de 16 à 25 ans : 51%

4.2. Comportement des malades avant leur admission

4.2.1. Traitements reçus par les malades avant leur hospitalisation

On a pu classer le comportement des malades avant leur hospitalisation dans l'une des catégories suivantes :

- malades n'ayant reçu aucun traitement,
- malades ayant eu recours à la Médecine Traditionnelle : sont pris en compte dans cette catégorie tout recours à une personne reconnue par le patient comme un guérisseur,
- malades ayant eu recours à la Médecine moderne : il s'agit de patient ayant recours à un professionnel moderne évoluant dans une structure conventionnelle de santé (secteur public ou privé).
- malades ayant effectués un traitement mixte : tout patient ayant reçu un traitement traditionnel et un traitement médical sont concernés par ce dernier groupe. (5)

Tableau N°XXI : Répartition des malades selon le type de recours effectué.

Sexe	Traitement									
	Aucun traitement		Traditionnel		Médical		Mixte		Total	
Hommes	25	61%	25	64,1%	25	64,1%	153	60%	366	56%
Femmes	16	39%	14	35,9%	155	48,7%	102	40%	287	44%
Total	41	6,3%	39	6%	318	48,7%	255	39,0%	653	100%

Peu de malades n'ont rien fait avant leur admission (6,3% de l'effectif). Le recours à la médecine traditionnelle uniquement apparait comme marginale.

48,7% des malades ont eu recours à une structure moderne. Si on ajoute à ceux-ci les malades qui déclarent avoir effectué un recours mixte la proportion des malades dépassent 80%

$$(X^2 = 4,15 ; DDL = 3 ; P = 0,24)$$

4.2.2. Les différents types de recours des malades en fonction de la nature de la maladie évoquée à l'admission

Tableau N°XXII : Répartition des malades selon le motif d'hospitalisation et le type de traitement

Motif	Traitement								Total	
	Aucun traitement		Traitement traditionnel		Traitement Médical		Traitement mixte			
Infection	12	6%	12	6%	99	49%	78	39%	203	10,8%
Gastro-enterologie	3	3%	9	10%	42	45%	40	42%	94	14,4%
Hépatologie	2	3%	4	6%	25	36%	38	55%	69	10,6%
Endocrinologie	9	16%	3	5%	32	56%	13	23%	57	8,7%
Hématologie	0		4	7%	35	64%	16	29%	55	8,4%
Cardiologie	3	7%	2	4%	24	53%	16	36%	45	7,0%
Parasitologie	3	7%	1	2%	23	52%	17	39%	44	6,7%
Neurologie	7	17,5%	1	2,5%	20	50%	12	30%	40	6,1%
Pneumo-phtisiologie	2	8%	0		13	52%	10	40%	25	3,8%
Rhumatologie	0		0		2	20%	8	80%	10	1,5%
Néphro-urologie	0		3	33%	1	11%	5	56%	9	1,4%
Psychiatrie	0		0		2	50%	2	50%	4	0,6%
Total	41	6,3%	39	6%	318	48,7%	255	39 0%	653	100%

- Le plus grand nombre de malades qui n'ont pas effectué de traitement a été enregistré dans le groupe des malades pour lesquels une affection neurologique a été évoquée à l'admission (17,5%),
- les traitement traditionnels ont porté pour 33% sur des maladies néphro-urologiques. La plupart de ces affections semblent avoir été traitées le plus souvent par la médecine traditionnelle avant leur admission,
- les recours mixtes ont été surtout dominants pour les affections Rhumatologiques, Néphro-urologiques, hépatologiques et enfin psychiatriques,
- le recours au traitement moderne est observé surtout pour les affections hématologiques, endocriniennes, cardiologiques, parasitaires, pneumo-phtisiologiques et neurologiques.

4.2.3. Coûts induits par les recours effectués avant l'hospitalisation

62% des malades ayant eu recours à la médecine traditionnelle ont effectué un paiement en nature. Ceux qui se souviennent du montant dépensé au nombre de 12 personnes déclarent avoir dépensé en moyenne 25.125 F CFA pour laquelle ils ont été hospitalisés.

3 malades ne se rappellent pas du montant dépensé.

- Parmi les 318 malades ayant reçu un traitement moderne, 190 patients ne se souviennent pas du montant dépensé et 128 malades ont payé en moyenne 84.560 F CFA
- Pour les malades ayant effectué un recours mixte 103 personnes ne se rappellent pas du montant payé. 152 malades ont dépensé en moyenne 72.325 F CFA.

Le coût moyen du traitement moderne est supérieur à celui du traitement traditionnel pour des raisons suivantes :

- d'une part par le nombre élevé d'examens complémentaires
- d'autre part, l'ordonnance délivrée.

5. Prestations offertes aux malades durant leur hospitalisation

5.1. Les examens complémentaires

Les malades ont pu bénéficier au cours de leur hospitalisation soit d'un bilan standard, soit d'examens spécialisés orientés dans le cadre de la recherche étiologique. Cette division a été faite par les auteurs de la partie concernant l'année 1983:

L'érection des hopitaux en E.P.A. a conduit à sélectionner des examens complémentaires. Ainsi le bilan standard qui était systématiquement pratiqué pour tous les malades hospitalisés quelles que soient les pathologies a été abandonné et remplacé par les examens sélectifs. A l'époque ce bilan standard comportait :

- un bilan hématologique (NFS, VS ; électrophorèse de l'hémoglobine, Hématocrite, volume globulaire moyen, CCMM, dosage de l'hémoglobuline).
- un bilan parasitologique (examen direct des urines et selles)
- la glycémie,
- l'urée sanguine;
- la scopie pulmonaire,
- la recherche d'antigène Australie,
- l'électrocardiogramme (ECG)
- et l'intradermo-réaction (I.D.R).

Ces 2 derniers examens sont effectués dans le service par l'interne et/ou l'infirmier. Le reste du bilan standard est effectué le plus souvent au laboratoire du Point G sauf le bilan hématologique pratiqué au laboratoire d'hématologie de l'ENMP.

Les examens spécialisés effectués chez les malades durant leur séjour hospitalier comprennent:

- l'endoscopie (Fibroscopie, Laparoscopie, coloscopie, Biospie de la muqueuse rectale) elles sont toutes pratiquées dans le service par le medecin du service. Quelques cas de rectoscopie et de Biospie de la muqueuse rectale sont effectués par les internes.
 - Echographie portant sur les organes suivants (foie, rate, pancrea, rein, vessie, thyroïde, coeur), elle est faite au service de la radiologie par les medecins du même service, mais l'échographie cardiaque est effectuée par les cardiologues.
 - le Myélogramme est exécuté dans le service par les internes et/ou les medecins du service et est analysé au laboratoire de l'hematologie de l'ENMP.
 - Radiographie porte sur le thorax, les membre supérieurs et inférieurs, l'abdomen, le crâne et la vessie. Elle est faite au service de Radiologie par l'équipe du dit service.
 - Le fond d'oeil est effectué dans notre service par les professionnels de l'IOTA.
 - Biopsie d'organe faite sur les ganglions, l'estomac et le foie. Le prélèvement concernant ces deux derniers organes est effectué en général dans le service par les médecins du service lors de l'endoscopie. Les pièces d'organe sont analysées à l'INRSP ou à Marseille.
 - Les examens immunologiques (sero-diagnostic du sida, sérologie amibiennne, Alpha foeto proteine, thyroxine (T4) ; TSH, serologie de Wright, de Widal sero-diagnostic syphylis BW, Waaler-Rose) sont très souvent faits au laboratoire du Point "G".
 - les examens enzymologiques composés des transaminases, phosphatases alcalines, Amylasémie, amylasurie) sont pratiqués très souvent au laboratoire du Point "G".
 - les examens Bactériologiques (hémoculture, coproculture recherche e B.K., liquide de céphalo-rachidien, le liquide pleural, le prélèvement vaginal) sont en majorité exécutés dans le laboratoire du Point "G".
- Les prélèvements (hémoculture, goutte à epaisse) sont faits par les internes du service. Celui du liquide cephalo rachidien est assuré par les médecins et/ou internes du service. Les autres prélèvements sont faits par les infirmiers du service.
- les examens parasitologiques (recherche d'oeufs, de kystes et des parasites dans les selles, la goutte à épaisse) sont effectués en général au laboratoire du D.E.A.P de l'ENMP.

- les examens Biochimiques (créatinémie, uricémie, calcémie, ionogramme, protéines totales, cholestérol, triglycéride) sont pratiqués très souvent au laboratoire du Point "G".
- les examens hématologiques suivants : Reticulocytes taux de prothromine, temps de cephaline kaolin, Fer sérique sont effectués en majorité au laboratoire du Point "G".

Au cours de la période de l'étude, au total 7.407 examens ont été prescrits dont 6.619 exécutés. Les causes de la non exécution des examens sont relatives aux raisons financières ou de décès du malade.

Parmi les 6619 examens, 5175 examens ont été pratiqués à l'hôpital du Point "G", dont 35 par les services de médecine AB et CD.

21,8% des examens sont effectués en dehors de l'hôpital du Point "G" en raison des ruptures de réactifs. Les examens ont été effectués aux lieux figurant sur le tableau suivant :

Tableau N°XXIII : Lieux d'exécution des examens hors de l'hôpital Point "G"

Lieux	ENMP	INRSP	Lab. Rive Droite	DAT	PP M	Clinique Liberté	Inst. Marchoux	INPS	HGT	Clinique Farako	Banque de sang	CMSF
%	10,6%	3,1%	3	2,5	0,7	0,5	0,3	0,3	0,2	0,2	0,1	0,1

Sur 6.619 examens pratiqués, on note 55% ont effectués pour les examens sélectifs suivants :

- NFS-VS : 595
- volume globulaire moyen et CCMH = 595 chacun
- Electrophorèse de l'hémoglobine = 14
- Examen parasitologique des selles : 126
- urée sanguine = 221
- recherche d'Antigène d'Australie = 15
- electro-cardiogramme (E.C.G) = 106
- intra-dermo--reaction (I.D.R.) = 179

Les examens spécialisés représentent 45% de ces examens parmi lesquels :

- la Fibroscopie = 233
- le Biospie de la muqueuse rectale = 114
- le Laparoscopie = 44
- le Rectoscopie = 37
- la Coloscopie = 3

Les cas d'Echographie se représentent de la manière suivante :

- Echographie hépatique : 212
- Echographie splénique : 99
- Echographie rénale : 72
- Echographie pancréatique : 68
- Echographie gynéco-obstétrique : 33
- Echographie vésicale : 25
- Echographie cardiaque : 8
- Echographie thyroïdienne : 5

Parmi les autres examens pratiqués on note :

- Myélogramme : 15
- radiographies 592 dont 495 radiographies pulmonaires
- fond d'oeil : 112
- Biopsies d'organe : 35

Au total 7407 examens prescrits dont 6619 sont effectués parmi les 6619 examens 5175 examens sont effectués à l'hôpital du "Point G". On note en moyenne 10 examens complémentaires (examen sélectif et examen spécialisé). Les prescripteurs sont les suivants:

- Internes 90%
- Médecins 7,5%
- Majors 2,5%

5.2. Etude du diagnostic de sortie

A l'issue de leur hospitalisation, un diagnostic de sortie est établi pour chaque malade. Celui-ci peut confirmer le diagnostic d'entrée ou l'infirmier.

Ce diagnostic de sortie peut indiquer une affection unique bien étiquetée. Mais parfois, il s'agit de plusieurs maladies associées (complications résultant d'une première). Il est possible que celles-ci ne soient manifestées ou n'aient été identifiées qu'à l'occasion de l'hospitalisation. Dans ces cas les différentes maladies diagnostiquées sont portées. Nous avons donc tenté de distinguer ces deux malades selon que le diagnostic de sortie est unique ou il qu'il indique une association.

Le tableau N°XXIV nous donne l'illustration de ces pathologies.

Tableau N°XXIV: Répartition des malades hospitalisés selon le sexe et la catégorie pathologique.

Catégories de Pathologie		Sexe					
		Hommes		Femmes		Total	
		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
	Diagnostic de sortie = pathologies associées	60	19	57	24	117	21
	Diagnostic de sortie = pathologies uniques	306	81	230	76	536	79
	Total	366	56	287	44	653	100

Le détail des pathologies figure sur le tableau XXIV bis porté en Annexe 3.

Concernant ce tableau XXIV bis on observe que dans les pathologies associées, l'infection à HIV fait le lit des maladies oportunistes :

- Microsporidie et cryptosporide : 19 cas
- Tuberculose pulmonaire : 12 cas
- Pneumopathie bactérienne non spécifique : 8 cas
- Méningite : 4 cas
- Lymphome malin non hodgkinien : 6 cas

Toujours dans ce chapitre, on note les complications suivantes relatives au diabète sucré :

- infection des parties molles : 4 cas
- osteite : 4 cas
- retinopathie : 4 cas

Les cas de gynéco-obstétrique ainsi que quelques cas chirurgicaux ont été fortuitement découverts lors des examens et adressés au service intéressé.

5.2.1. Etude de la concordance entre diagnostic d'entrée et le diagnostic de sortie

Pour chaque malade, un diagnostic est établi à l'admission. Celui-ci peut être concordant au diagnostic retenu à la sortie ou différent. Nous essayons dans cette partie d'analyser ceci.

Dans un premier temps pour le cas où une maladie est suspectée à l'admission, dans un second temps le cas des maladies associées.

5.2.1.1. Concordance des diagnostics de sortie avec les diagnostics d'entrée pour les cas où une seule maladie est prise en compte

Cette analyse porte sur 536 maladies. Pour chaque malade, deux hypothèses diagnostiques (1 et 2) étaient émises à l'entrée. On retrouve que dans 58% des cas (311/536) le diagnostic de sortie correspond bien à l'hypothèse diagnostique 1 émise. Dans 34% (182/536) le diagnostic de sortie concorde avec l'hypothèse diagnostique 2 émise. On enregistre 8% (43/536) de cas où il n'existe pas de concordance. L'illustration est faite par le tableau N°XXV.

Tableau N°XXV : Fréquence de diagnostics de sortie concordants avec les l'hypothèses diagnostiques (1 et 2) émises à l'admission.

Affection	Total	Concordance avec hypothèse diagnostique 1		Concordance avec hypothèse diagnostique 2		Non Concordance	
		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Infection	106	68	64,2	30	28,3	8	7,9
Hépatologie	76	47	61,8	23	30,3	6	7,9
Endocrinologie	60	38	63,3	20	33,3	2	0,3
Hématologie	59	35	59,3	19	32,2	5	8,5
Cardiologie	47	28	59,6	16	34	3	6,4
Gastro-enterologie	46	12	26,1	30	65,2	4	8,7
Parasitologie	44	22	50	18	41	4	9
Pneumo-phtisiologie	38	24	63,2	11	28,9	3	7,9
Neurologie	18	12	66,7	5	27,7	1	5,6
Rhumatologie	12	8	66,6	2	16,7	2	19,7
Néphro-urologie	9	5	55,6	2	22,2	2	22,2
Psychiatrie	8	5	62,5	2	25	1	12,5
Gynéco-obstétrique	8	4	50	2	25	2	25
Intoxi-iatrogène	5	3	60	2	40	20	0
Total	536	311	58	182	34	43	8

Cette mesure de concordance permet de se faire une opinion sur la précision des diagnostics d'entrée dans les services de Médecine. Pour certaines pathologies, cette précision est de l'ordre de 55%, pour d'autres elle est inférieure à 55%.

A l'observation de ce tableau, il n'a été enregistré de cas de non concordance pour l'affection intoxi-iatrogénique.

L'imprécision diagnostique concerne plus la pathologie néphro-urologique soit 22,2%. Les affections suivantes concordent plus avec les hypothèses diagnostiques émises à l'entrée.

Pour l'hypothèse diagnostique 1 on a :

- . affection neurologique : 66,7%
- . affection rhumatologique : 66,6%

Pour l'hypothèse diagnostique 2 on trouve affection gastro-entérologie : 65,2%

5.2.1.2. Concordance des diagnostics de sortie avec les diagnostics d'entrée pour les cas de maladies associées

Ce groupe concerne 117 cas. Il s'agit d'au moins 2 maladies associées à la sortie. Trois situations peuvent se présenter :

- cas où hypothèse diagnostique 1 émise est retrouvée plus une autre maladie
- cas où hypothèse diagnostique 2 émise est retrouvée plus une autre maladie
- cas où hypothèse diagnostique 1 + hypothèse diagnostique 2 sont retrouvées à la sortie.

Pour cette catégorie de maladies la fréquence de concordance entre le diagnostic de sortie de celui à l'admission de chacune des situations a donné les résultats suivants :

- 59% pour hypothèse diagnostique 1 plus une autre maladie
- 16% pour hypothèse diagnostique 2 plus une autre maladie
- 25% pour hypothèse diagnostique 1 + hypothèse diagnostique 2.

5.3. Analyse des thérapeutiques appliquées

Pour l'ensemble des malades observés, 5081 médicaments ont été prescrits soit une moyenne de 8 médicaments par malade durant leur hospitalisation. Une fréquence élevée des médicaments génériques 65% contre 35% des spécialités est observée. Ces dernières sont obtenues essentiellement dans les pharmacies privées en dehors de l'hôpital.

87% des prescriptions sont effectuées par les internes, 11% par les médecins du service et 2% par les majors.

Les médicaments prescrits ont été classés par famille thérapeutique. L'illustration est faite par le tableau N°XXVI

Tableau N°XXVI : Fréquence des prescriptions selon les familles thérapeutiques

Familles thérapeutiques	Pourcentage (%)
Antibiotiques	20,5
Solutés, sang et dérivés plasmatiques	13
Antalgiques	9,2
Anti-fongiques	8
Anti-paludeens	7
Anti-tuberculeux	5,7
Diurétiques	5,1
Anti-diabétiques	4,5
Imidazolés	4,4
Regimes	4,2
Anti-ulcèreux	4
Anti-coagulants	3
Anti-helminthiques	2,7
Anti-mitotiques	2,5
Anti-hypertenseurs	2
Divers	1,3
Digitaliques	1,1
Anti-dépresseurs + Neuroleptiques	1
Anti-inflammatoires	0,8
TOTAL	100

Le problème de coût moyen sera abordé plus tard dans le chapitre des coûts de l'hospitalisation.

Le tableau N°XXVI bis figurant en annexe 4 montre la fréquence chacune des médicaments prescrits à l'intérieur de chacune des familles thérapeutiques.

Par rapport à ce tableau, pour les familles thérapeutiques suivantes on a plus recours aux génériques. Il s'agit :

- des antibiotiques
- des anti-helminthiques
- des anti-tuberculeux
- anti-ulcèreux.

Par contre, pour les anti-mitotiques, anti-diabétiques ce sont les spécialités qui ont été le plus souvent prescrits.

Les médicaments qui sont entre parenthèses ont été prescrits en spécialités.

Il est à signaler que 55% de médicaments ont été prescrits en dénomination commune internationale contre 45% de médicaments de spécialité.

Le service de médecine interne a fournis gratuitement aux patients atteints de l'infection VIH quelques antibiotiques, anti-fongiques, et antiparasitaires. Il en est de même pour des cardiaques, cirrhotiques et aux malades atteints de la maladie de Hodgkin, lymphome malin non hodgkinien auxquels quelques anti-coagulants et antimitotiques ont été prescrits. Les médicaments donnés gratuitement aux hospitalisés par les services de médecine interne ont été reçus à partir des dons faits par les ONG ou des laboratoires pharmaceutiques.

Le traitement des tuberculeux est assuré par le programme de polychimiothérapie de la tuberculose par l'intermédiaire du service de Pneumo-phtisiologie.

Les regimes portent sur :

- le regime hypoglycémique concerne les diabetiques. la surveillance se fait par le contrôle du poids et le contrôle de la glycémie
- le regime hyposode concerne les cardiaques, les cirrhotiques et les patients atteints de maladie rénale. La surveillance est basée sur la clinique, le contrôle du poids et le contrôle de la proteinurie des 24 h.

Ces regimes sont à la charge des malades.

5.4. Etude des soins fournis aux malades hospitalisés à propos de 200 patients :

Un échantillon des 200 premiers malades a été choisis pour l'étude des soins fournis au lit du malade. Certains soins s'inscrivent dans le cadre de la surveillance des paramètres. D'autres portent sur l'administration des médicaments injectables, la fourniture de soins infirmiers à visée thérapeutique, enfin d'autres soins dispensés dans le cadre des prestations préparatoires aux examens complémentaires paracliniques.

5.4.1. Caractérisation des soins fournis :

5.4.1.1. Les paramètres de surveillance :

Les plus habituellement utilisés sont les suivants :

- la température
- la pression artérielle
- le pouls
- la pesée
- la diurèse
- le contrôle de l'acétonurie et de la glucosurie
- la glycémie au doigt
- la mesure d'organe.

Les données enregistrées sont reportées sur les fiches de soins quotidiens.

Les soins fournis exigent les opérations suivantes :

- la prise de température : Dans le service, on pratique la prise de la température axillaire. Elle est effectuée le matin entre 6h00 - 7h30 et le soir entre 18h00 et 19h00. Pour certains cas particuliers (Coma fébrile, fièvre persistante), la prise thermique est faite 3 à 4 fois par 24 heures.
- la prise de la pression artérielle et du pouls : C'est l'appareil manuel qui est utilisé dans le service. Le rythme du contrôle de la pression artérielle et du pouls est plus rapproché pour les malades admis pour poussée hypertensive. Les patients non hypertendus sont contrôlés 2 fois par semaine.
- la pesée : est quotidienne au début pour les cirrhotiques, les diabétiques et les cas de syndrome néphrotiques puis 2 fois par semaine.
- le contrôle de la glucosurie - l'acétonurie et de la glycémie sur bandelettes réactives : effectué chez les diabétiques à l'aide des bandelettes Dextrostix^R pour la glycémie au doigt et Keto-diastrix^R pour la glucosurie et l'acétonurie faites en général par les internes du service. Le rythme de contrôle dépend de l'état du malade.
- la mesure d'organe : elle concerne le foie et la rate, on se sert du mètre ruban.

5.4.1.2. L'administration des médicaments injectables

Il s'agit essentiellement de pratiques constant à administrer des médicaments par voies injectables : intraveineuse, intramusculaire, S/C, IDR. Les perfusions et les transfusions sont également de pratique régulière.

5.4.1.3. Les soins de base

En théorie ces soins comportent la réfection du lit et le nursing du malade essentiellement, dans le cas du Point "G" sont accomplis par les accompagnants à l'exception de la kinésithérapie. La non dispense des soins de base par les infirmiers s'explique :

- d'une part par l'insuffisance du personnel sanitaire par rapport au nombre de malade hospitalisés (13 malades pour un infirmier) alors que l'OMS recommande un infirmier pour 6 lits
- d'autre part les infirmiers ne disposent pas de matériel de protection.

5.4.1.4. Les soins à visée thérapeutique :

Ils comprennent : l'oxygénation", l'aspiration, les incisions d'abcès, le sondage vésical ou gastrique, le plâtrage, la saignée, le pansement et le drainage. La fréquence de ces soins dépend de l'état des malades.

5.4.1.5. Les soins pour préparation à l'endoscopie :

Ce sont : lavement évacuateur, ponction évacuatrice et rasage de la zone à explorer

5.4.1.6. Les examens nécessitant une prestation des personnels du service de Médecine interne

Ils portent sur : la goutte épaisse, l'électro-cardio-gramme, la rectoscopie, la biopsie de la muqueuse rectale, l'échographie, la fibroscopie, la laparoscopie, la colonoscopie. Ils servent à poser le diagnostic et de suivre l'évolution des maladies.

Le tableau N°XXVII montre le volume global de chaque catégorie de soins fournis. Il est intitulé : Volume global de chaque catégorie de soins fournis à propos de 200 malades hospitalisés en Médecine interne.

Tableau N°XXVII : Volume des soins fournis à l'occasion des hospitalisés pour les 200 malades suivis

Prestateurs Soins	Medécin du Svce	Interne du Svce	Inf. perm.	Inf. Benev.	Stagiaire	Ade-Soignant	Total	Fréq.
Prise de temperature	4	46	5 653	48	42	36	5 829	
Prise de P.A.	2	244	375	118	552	26	1 317	
Prise du Pouls	2	95	111	43	96	6	353	
Pesée	2	41	96	89	357	20	572	
Volume diurèse	1	15	14	0	0	0	30	
Controle cetonurie	3	459	21	0	2	0	485	
Controle glucosurie	3	459	21	0	2	1	486	
Controle glycémie doigt	4	254	2	0	1	0	261	
Mesure d'organes	5	46	5	0	0	0	56	
Total param. Surveil.	26	1 659	6 265	298	1 052	89	9 389	68,7%
Injections	4	32	2 167	102	357	17	2 679	
Perfusions	3	9	644	44	132	22	854	
Transfusions	2	3	26	2	8	5	46	
Total adm. médic. inj.	9	44	2 837	148	497	44	3 579	6,2%
Lavement évacuateur	0	13	40	0	0	0	66	
Rasage zone d'incision	2	10	12	0	0	0	35	
Total préparation endo.	2	35	62	0	0	0	103	0,3%
Oxygénation	3	12	4	6	8	0	33	
Aspiration	3	10	2	6	5	0	26	
Ponction évacuatrice	1	25	8	0	0	0	34	
Incision abcès	7	9	3	0	0	0	19	
Sondage vesical	2	3	2	0	0	0	7	
Sondage gastrique	5	16	8	0	0	0	29	
Plâtrage	3	0	3	0	0	0	6	
Saignée	2	4	0	0	0	0	6	
Pansement	0	1	115	11	56	11	194	
Drainage	1	1	0	0	0	0	2	
Total Soins à visée thérapeutique	26	56	137	23	69	11	322	2,4%

Tableau N°XXVII (suite) : Volume des soins fournis à l'occasion des hospitalisés pour les 200 malades suivis

Goutte à épaisse	2	13	8	0	0	0	23	
Electrocardiogramme	3	35	40	0	0	0	78	
Rectoscopie + BMR	3	9	0	0	0	0	12	
Echographie	23	0	0	0	0	0	23	
Fibroscopie	20	0	0	0	0	0	20	
Laparoscopie	7	0	0	0	0	0	7	
Colonoscopie	3	0	0	0	0	0	3	
Ponction ganglionnaire	2	4	2	0	0	0	8	
Biospsieganglionnaire	5	8	0	0	0	0	13	
Biospsie d'organe	6	1	0	0	0	0	7	
Ponction sternale	6	10	0	0	0	0	16	
Ponction de nodule	7	17	0	0	0	0	24	
Ponction lombaire	8	12	0	0	0	0	20	
Hémoculture	2	13	11	0	0	0	26	
Total examen nécessitant une prestation des personnels	97	122	61	0	0	0	280	2%
Total soins	161	1919	9362	469	1618	144	13673	100%

Au regard du Tableau XXVII, on constate que :

- le contrôle des paramètres de surveillance représente 68,7% des soins fournis
- l'administration des médicaments injectables occupe 26,2% des soins dispensés
- les soins à visée thérapeutique comptabilisent 2,4% des soins fournis. Parfois les personnels du service de chirurgie sont intervenus pour les incisions d'abcès, platrage et drainage
- les examens nécessitant une prestation des personnels de médecine interne représentent 2% des soins fournis
- les soins pour préparation à l'endoscopie comptent 0,7% des soins dispensés.

5.4.2. Analyse des contacts entre les professionnels de la santé et les 200 malades hospitalisés

On entend, par contact le nombre de fois qu'un professionnel de santé (médecin, interne, infirmier permanent, infirmier bénévole, stagiaire et aide soignant) est rentrée en relation avec le malade durant son séjour pour lui administrer des soins ou donner des directives dans le service. Pour le décompte le prestataire de chaque acte est enregistré sur la fiche de soins quotidiens (voir annexe 1). Le Tableau N°XXVIII nous donne le volume des contacts pour chaque catégorie de professionnel et malade hospitalisé.

Tableau N°XXVIII : Contact global entre Professionnels de santé et 200 malades hospitalisés

Professionnel	Volume des contacts	Pourcentage (%)
Infirmier personnel permanent	9362	68,5
Interne	1919	14
Stagiaire	1618	11,8
Infirmier bénévole	469	3,4
Médecin du service	161	1,2
Aide soignant	144	1,1
TOTAL	13673	100

- l'infirmier appartenant au groupe de personnel permanent est le plus sollicité: 68,5%
- l'interne arrive en deuxième position dans la fréquence de contact avec les malades : 14%
- stagiaires composés : d'étudiants de l'Ecole de Médecine, d'élèves de l'ESS et de l'EIPC représentent 11,8%
- infirmiers bénévoles : 3,4%
- Médecin du service : 1,2%
- aide-soignant : 1,1%

Le faible contact du médecin s'explique par le fait qu'il intervient en dernier recours lorsque la situation dépasse la compétence de l'interne. Cela fait partie de l'organisation du service de médecine AB et CD. Le médecin effectue aussi des activités d'enseignements et de recherche. Il est surtout sollicité lors d'exécution de certains examens : endoscopie, échographie et ponction.

Nous avons tenté d'avoir le nombre moyen de contact par malade pour chacune de catégorie professionnelle l'illustration est faite par le tableau XXIX

Tableau N°XXIX : Nombre moyen de contacts pour chaque catégorie professionnelle durant le séjour des 200 malades.

Professionnel	Nombre de contact moyen par malade par séjour
Infirmier personnel permanent	47
Interne	10
Stagiaire	8
Infirmier bénévole	2
Médecin du service	1
Aide-soignant	1
TOTAL	69

5.4.3. Nombre moyen de contacts selon le degré d'invalidité des malades à l'entrée:

Sur les 200 malades 21 ont été admis dans un état de coma, 56 malades conscients ne tenant pas debout, 97 patients marchants avec soutien et enfin 26 malades marchants seuls. 87% de nos patients présentent une invalidité à l'entrée.

Tableau N°XXX : Nombre moyen de contact et entre professionnel de santé et malade en fonction du degré d'invalidité.

Professionnel	Degré d'invalidité			
	Comateux	Conscient ne tenant pas debout	Marche avec soutien	Marche seul
Infirmier Personnel Permanent	22	16	12	13
Interne	9	3	3	2
Stagiaire	3	2	2	3
Infirmier bénévole	0,2	1	0,4	1
Médecin	0,2	0,2	0,3	0,3
Aide soignant	0,1	0,2	0,2	0,3

Au regard de ce tableau, les comateux ont été plus souvent en contact avec l'infirmier permanent, suivi de l'interne et enfin les stagiaires. Le médecin n'a pratiquement pas de contact avec les comateux. Son rôle est de donner les directives du travail. Il en est de même pour les autres cas d'invalidité.

Pour les malades conscients ne tenant pas debout l'infirmier permanent arrive en tête, suivi par l'interne des stagiaires et des infirmiers bénévoles.

On remarque que pour certaines catégories de professionnelles de santé (infirmier personnel permanent, interne, stagiaire, infirmier bénévole), le nombre de contact avec le malade décroît en général selon le degré d'invalidité. Tandis que chez d'autres professionnels (médecin, aide soignant) le nombre de contact avec le malade croît lorsque l'invalidité est moins importante.

5.4.4. Etude de l'autonomie des 200 malades

Il s'agit de l'autonomie physique du malade au moment de son admission durant son séjour hospitalier dans le but de savoir l'impact des soins sur l'état des malades.

On distingue 3 cas de figures :

- les malades en dépendance totale : besoin d'assistance pour les actes courants de la vie
- les malades en autonomie partielle : le malade accomplit certains gestes lui-même tels que l'alimentation mais ne peut pas marcher
- les malades entièrement autonomes : le patient fait tout dans le concours d'une tierce personne.

Le tableau N°XXXI nous donne l'illustration.

Tableau XXXI : Répartition des 200 malades selon leur degré d'autonomie et la pathologie à la sortie.

Groupe pathologique	Degré d'autonomie						TOTAL
	Dépendance totale %		Autonomie partielle %		Autonomie totale %		
Pathologie associée	2	7,4	3	11,1	22	81,5	27
Cardiologie	2	11,1	4	22,2	12	66,7	18
Endocrinologie	5	22,7	2	9,1	15	68,2	22
Gastro-enterologie	1	6	1	6	14	88	16
Gyneco-obstétrique	0		1	33,3	2	66,7	3
Hématologie	0		1	9,1	10	90,9	11
Hépatologie	3	12	1	4	21	84	25
Infection	6	16,7	7	19,4	23	63,9	36
Néphro-urologie	2	100	0		0		2
Neurologie	2	25	3	37,5	3	37,5	8
Parasitologie	0		0		14	100	14
Pneumologie	2	16,7	1	8,3	9	75	12
Psychiatrie	0		0		2	100	2
Rhumatologie	0		2	50	2	50	4
TOTAL	25	12,5	26	13	149	74,5	200 100

Au regard de ce tableau on observe la plus grande fréquence de dépendance pour les pathologies suivantes :

- Endocrinologie 22,7%
- Neurologie 25%
- Infection et Pneumologie 16,7% chacune

Par contre les pathologies suivantes ont fait l'objet d'une plus grande autonomie :

- Parasitologie et Psychiatrie 100% chacune
- Hématologie 90,9%
- Gastro-enterologie 88%

6. Issue de l'hospitalisation6.1. Issue immédiateTableau N° XXXII : Situation des malades au terme de la période d'hospitalisation.

		Sexe		TOTAL	%
		Hommes	Femmes		
Etat	Conscient ne tenant pas debout	7	3	10	1,5
	Marche avec soutien	25	21	46	7
	Marche seul	264	224	448	74,8
	Décès	70	39	109	16,7
	TOTAL	366	287	653	100

On a observé un taux de mortalité de 16,7%. Environ 9% des malades avaient besoin d'assistance au moment de leur sortie. Environ 75% n'avaient plus besoin de cette assistance.

Tableau N°XXXIII : Comparaison entre situation du malade à l'entrée et situation du malade à la sortie.

		Effectif	Fréquence %
Situation malade à l'entrée	Marche seul	295	45,0
	Marche avec soutien	165	25,0
	Conscient ne tenant pas debout	128	20
	Coma	Compensé 50 décédé 15	65
Situation malade à la sortie	Marche seul	448	74,8
	Marche avec soutien	46	7
	Conscient ne tenant pas debout	10	1,5
	Décès	109	16,7

La mortalité observée concerne plus les malades non autonomes. Les non autonomes ont été à la demande de leur parent désirant poursuivre le reste du traitement à domicile. Ils souffrent en général d'affections neurologiques et rhumatologiques (cf tableau N°XXXIV).

Tableau XXXIV : Répartition des malades selon la pathologie et leur état à la fin du séjour hospitalier

Pathologie	Etat des malades à la sortie			
	Marche seul	Marche avec soutien	Conscient et tenant pas debout	Décès
Pathologie associée	82%	8%	2%	8%
Infection	70%	4%	0%	26%
Hépatologie	75%	4%	0%	21%
Endocrinologie	73%	5%	2%	20%
Hématologie	78%	2%	0%	20%
Cardiologie	72%	13%	0%	15%
Gastro-entérologie	80%	9%	0%	11%
Parasitologie	93%	5%	2%	0%
Pneumo-Phtisiologie	71%	5%	0%	24%
Neurologie	28%	28%	22%	22%
Rhumatologie	59%	33%	0%	8%
Néphro-urologie	44%	0%	12%	44%
Psychiatrie	100%	0%	0%	0%
Gynéco-obstétrique	75%	25%	0%	0%

Pour les pathologies suivantes, aucun cas de décès n'a été enregistré :

- Parasitologique
- Psychiatrique
- Gynéco-obstétrique

Par contre, une fréquence élevée de décès a été observée en 1994 pour :

- Néphro-urologie : 44% sont admis dans le service au stade terminal d'IRC, de néoplasie de la vessie ou de la prostate
- Infection 26% une part importante revient à l'infection VIH. Ces patients sont admis en phase terminale.

La fréquence de décès élevée est liée à des cas de pronostic sombre depuis le départ. Malgré un encadrement suffisant l'état de ces malades s'aggrave au cours de l'hospitalisation. Pour les comateux, on enregistre moins de perte (15 sur un effectif de 65).

La fréquence de décès concerne plus les personnes âgées de 56 ans et plus. On remarque qu'elle croît avec l'âge (cf tableau XXXV).

Tableau N°XXXV : Répartition des malades selon l'âge et leur état à la sortie.

Age	Marche Seul	Marche avec soutien	Conscient ne tenant pas debout	Décès
0-15	85%	9%	3%	3%
16-25	86%	4%	0%	10%
26-55	76%	5%	1%	18%
56 et plus	64%	13%	4%	19%

Il n'a pas été observé de malade âgé de 16 - 25 ans conscient ne tenant pas debout

6.2. Pronostics :

L'hospitalisation a pu se terminer dans une des situations suivantes :

- décès
- état stationnaire
- malade dont l'état a été amélioré sans guérison totale
- malade pouvant être considéré comme guéri

Pour évaluer ces différentes situations, nous avons pris en compte les données ci-dessous :

- l'état d'admission et de sortie du malade
- l'évolution de la maladie au cours de l'hospitalisation (cf tableau XXXIII)
- le résultat des examens complémentaires.

Tableau N°XXXVI : Pronostics des malades à la sortie

	Pronostics des Malades			
	Malade décédé	Malade Stationnaire	Malade Amélioré	Malade guéri
Effectif	109	32	323	189
Pourcentage	16,7%	4,9%	49,5%	28,9%

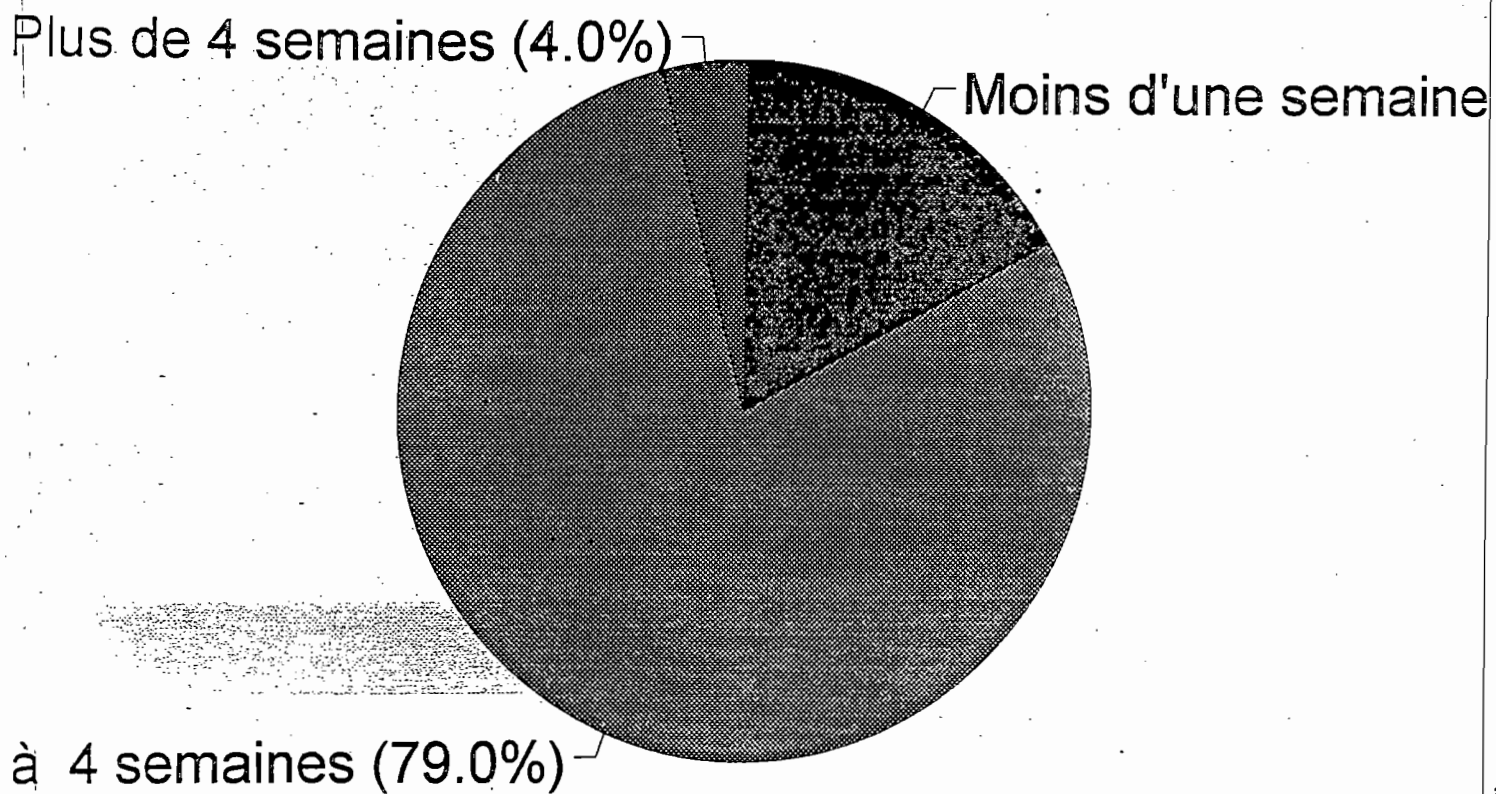
Tableau N°XXXVII: Liste comparative de mortalité entre 1983 et 1994 à l'intérieur de chaque pathologie.

Pathologie	Fréquence de décès en 1983 (Thèse Bagayoko)	Fréquence de décès en 1994
Nephro-urologie	10,7%	44%
Infection	12,2%	26%
Pneumo-phtisiologie	9,2%	24%
Neurologie	16,8%	22%
Hépatologie	20,6%	21%
Endocrinologie	8,4%	20%
Hématologie	3,1%	20%
Cardiologie	12,2%	15%
Gastro-entérologie	4,6%	11%
Rhumatologie	0,8%	8%
Parasitologie	1,5%	0%
Psychiatrie	-	0%
Gynéco-obstétrique	-	0%

7. Etude de la durée d'hospitalisation

Pour les besoins de notre analyse nous avons découpé cette durée en trois catégories:

- moins d'une semaine
- séjour compris entre une semaine et 4 semaines
- séjour plus de 4 semaines



Graphique N°III : Répartition des malades selon la durée de l'hospitalisation

La majeure partie des malades (79%) ont effectué un séjour compris entre une semaine et 4 semaines. Environ 17% restent moins d'une semaine, 4% enfin restent plus de 4 semaines.

On étudiera les variables suivantes par rapport à cette durée :

- le sexe
- le degré d'invalidité à l'entrée
- le type de pathologie

Tableau N°XXXVIII : Répartition des malades hospitalisés selon le sexe et la durée

Sexe	Durée						
	< 1 semaine		1 semaine à 4 semaines		> 4 semaines		Total
Hommes	55	15%	294	80%	47	5%	366 56%
Femmes	56	20%	221	77%	10	3%	287 44%
TOTAL	111	17%	515	79%	27	4%	653 100%

Tableau N°XXXIX : Durée d'hospitalisation en fonction du degré d'invalidité à l'entrée

Invalidité	Marche seul		Marche avec soutien		Conscient ne tenant pas debout		Coma	Total
Durée								
< 1 semaines	35	32%	27	24%	27	24%	22 20%	111 17%
1 semaine à 1 mois	24	7,6%	136	26,4%	91	17,7%	43 8,3%	515 79%
> 1 mois	1	5,6%	2	7,4%	10	37%	0 0%	27 4%
TOTAL	295	45%	165	25%	128	20%	65 10%	653 100%

Les comateux moins d'une semaine sont en général sauvés (1/6 de cas n'ont pas survécu). L'impotence de décès est imputable aux comas de plus d'une semaine.

Dans les quatre groupes, la majorité des malades restent hospitalisés plus d'une semaine par ce qu'ils sont admis soit au milieu de la semaine, soit en fin de semaine. Or les examens complémentaires Biologiques et Biochimiques sont programmés jour par jour.

Les hospitalisations de plus de 4 semaines concernent surtout les pathologies d'évolution chronique (Rhumatologique, Hématologique) et aussi les pathologies associées (cf tableau N°XXXX).

Tableau N°XXXX : Moyenne et mediane selon la classe pathologie.

Pathologie	Durée moyenne	Mediane
Rhumatologie	41	15
Hematologie	26	22
Pathologie associée	23	25
Endocrinologie	21	19
Nephro-urologie	19	16
Infection	19	21
Neurologie	18	16
Hepatologie	16	19
Psychiatrie	15	14
Pneumo-phtisiologie	14	14
Cardiologie	14	14
Gastrologie	13	12
Parasitologie	13	12
Intoxi-iatrogenèse	11	8
Gyneco-obstétrique	7	6

Les pathologies son classées selon un ordre décroissant de leur durée moyenne d'hospitalisation en jour.

La durée moyenne d'hospitalisation est de 19 jours dans le service. Elle est longue comparativement à la durée moyenne du service de cardiologie H.P.G. qui est de 13 jours.

Elle est courte par rapport à la durée moyenne du service de Pneumophtisiologie variant entre :

- 3 semaines pour les affections non tuberculeuses
- 2 mois pour les affections tuberculeuses

8. Etude des coûts de l'hospitalisation pour les malades.

L'étude a pris en compte les dépenses effectuées par les malades durant leur séjour hospitalier. Ces dépenses se decomposent de la manière suivante :

- dépenses liées aux soins (prestations) : médicaments et examens
- dépenses liées aux frais d'hospitalisation (hebergement)
- dépenses induites par l'hospitalisation : nourriture et transport de l'accompagnant

8.1. Coûts des prestations fournies

8.1.1. Coûts des examens complémentaires

La majorité des examens complémentaires (78,3%) sont exécutés dans le laboratoire de l'hôpital du "Point G".

62,3% de ces examens complémentaires n'ont pas été payants. Les raisons en sont les suivantes : malade recensé par le service social, les enfants, les maladies d'évolution chronique telles que : cancer primitif du foie, cancer de l'estomac, lymphome, infection VIH, tuberculose etc.... Pour ceux qui ont bénéficié de la gratuité, certains ont eu à payer le prix d'un ou deux films pour leur radiographie du thorax de face. Il s'agit notamment des malades atteints de VIH, des malades souffrant de cancer primitif du foie.

Le coût moyen d'examen complémentaire par malade durant l'hospitalisation s'élève à 6.667 F CFA.

Les paiements ont été effectués de la manière suivante :

- 18% des cas, les enfants de malade se sont exécutés
- 17% des cas, les parents de malade ont payé
- 12% des cas, les malades mêmes ont dépensé
- 8,8% des cas, les maris ont assuré les charges
- 0,3% des cas, les employeurs de malade se sont exécutés

8.1.2. Coût des médicaments durant l'hospitalisation

Il a été constaté que les médicaments d'une même ordonnance ont été payés souvent deux fois. Ces achats ont lieu très souvent dans les officines hors de l'hôpital par les parents visiteurs de malade se présentant les week-end. Le coût moyen de médicament par malade durant le séjour s'élève à 20.046 F CFA.

Les payeurs ont été :

- 36,2% des cas les parents de malade ont acheté
- 22,3% des cas les enfants de malades ont dépensé
- 21,% des cas les malades mêmes se sont exécutés
- 14% des cas les maris ont payé
- 4,2% des cas le service du malade a assuré
- 0,5% des cas l'employeur du malade est venu en secours.

8.2. Frais d'hospitalisation

Sur 653 patients, 314 malades n'ont pas payé l'hospitalisation. Les raisons de la gratuité sont les suivantes : malades recensés par le service social, les enfants, les maladies d'évolution chronique. Les malades recensés par le service social ont été pris en charge par leur localité d'origine en présentant le certificat d'indigent à l'administration de l'hôpital. Pour les cas des maladies d'évolution chronique, le décret N°243 PG.RM. du 19 Septembre 1983 dispense ces patients de frais d'hospitalisation.

339 malades ont payé en moyenne 15.269 F CFA. Ceci a été payé par :

- 17,4% des cas les parents de malade ont dépensé
- 16,8% des cas les enfants de malade ont porté la charge.
- 11,8% des cas les malades mêmes ont payé
- 8,6% des cas les mari de malade se sont exécutés
- 6,2 des cas le service du malade a dépensé
- 1% des cas l'employeur du malade lui porte secours

8.3. Dépenses induites par l'hospitalisation

8.3.1. Nourriture :

On a pu enregistrer des données relatives à ces dépenses pour 558 patients :

Le coût moyen de nourriture s'élève à 19.909 F CFA.

8.3.2. Transport :

On a comptabilisé 516 accompagnants concernant le déplacement durant l'hospitalisation des malades.

Le coût moyen de transport est de l'ordre de 15065 fCFA.

9. Structure de la morbidité dans le service étudié

Dans cette partie, nous avons tenté d'analyser l'évolution de la structure des hospitalisations entre 1983 et 1994 date de notre étude.

- Nous avons considéré pour cette analyse les cas où une seule pathologie est évoquée en conformité avec les auteurs de la partie concernant 1983.

L'analyse porte 536 maladies.

- Du tableau N°XXXXI en annexe 5, nous retenons :
 - + la gamme des pathologies traitées s'est étendue de (11) de 1983 à (14) en 1994. Il s'agit des cas de maladies psychiatriques, gynéco-obstétriques et des cas d'intoxications-iatrogènes.
 - Les maladies gynéco-obstétriques portent sur : grossesse extra-utérine, pyo-salpinx, métrorragie de cause inconnue.
Les intoxications sont rattachées aux aliments souillés et les tentatives d'autolyse. L'iatrogénèse provenait des patients par non respect de la thérapeutique instituée.
 - + On note l'apparition des retroviroses atteignant à peu près en ordre de fréquence le cas du diabète en 1983 occupant le 1er rang. Cela est dû à l'évolution pandémique du SIDA.
Le cas signalé de la lèpre en 1983 disparaît en 1994. Notre étude révèle une augmentation des cas de tuberculoses extra pulmonaires et de leucoses.

Les cas singuliers suivants sont apparus : polyglobulie, sprue tropicale. Ces tendances s'expliquent par le démarrage des activités de nouveaux spécialistes du service composés :

- de spécialiste en maladies infectieuses et tropicales
- d'hématologue
- d'endocrinologue.

IV. DISCUSSION

L'analyse des résultats montre que la population étudiée représente 82,6% des malades admis dans le service pendant la période de l'enquête.

- × On note un rajeunissement du recrutement par rapport à l'étude de Bagayogo contre 35,8 pour l'étude évoquée (âge moyen 42,8).
- × Le recrutement s'effectue presque exclusivement à Bamako dans les communes 3,5 et 2. Le plus grand nombre de malades a été hospitalisé en 3eme catégorie. Les professionnels exerçant dans le secteur rural sont les plus nombreux. Ceci confirme une observation faite par par Tankoua (11) dans le même service.
- × La réhospitalisation s'explique par une fidélité des malades au service.
- × On assiste au cours des cinq dernières à une évolution constante des cas de VIH comme l'indique le tableau précédent, constituant ainsi en 1994 la première cause des hospitalisation pour pathologies infectieuses.

Tableau N°XXXXII : Evolution des cas de VIH en Médecine AB et CD.

Année	1991	1992	1993	1994
Cas du VIH	51	70	79	120

- × 55% des malades hospitalisés avaient besoin d'une assistance au moment de leur hospitalisation, Bagayoko en observait 68%. La différence est probablement liée à une définition des cas.

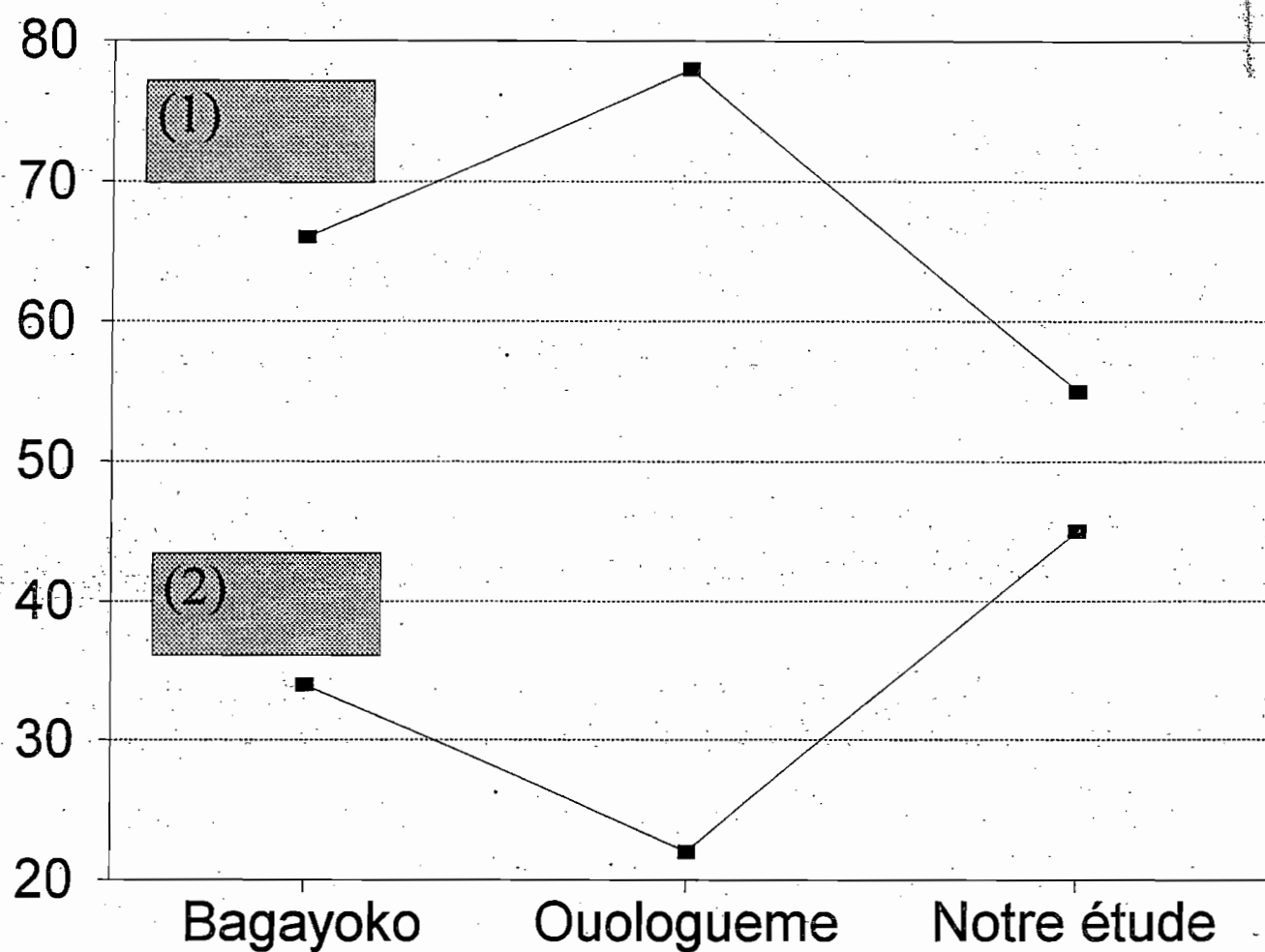
Plus de 80% de nos malades ont eu un recours avant l'hospitalisation. La médecine moderne représent à elle seule 48,7% des recours alors qu'en 1983 une part importante revenait au traitement mixte.

La comparaison de ces données relatives au type d'examen réalisé avec celles observées par d'autres auteurs illustrés par le tableau suivant, indique une tendance à la réduction des examens selectifs, précision du diagnostic, une grande exigence des professionnels.

Tableau N°XXXXIII : Comparaison des examens complémentaires

Auteurs	Examens complémentaires			
	Examens selectifs effectifs %		Examens spécialisés effectifs %	
Bagayoko (1983)	5638	66	2.935	34
Ouologuème (1988)	5716	78	1612	22
Notre étude 1994	3640	55	2979	45

L'évolution des types d'analyse est donnée par les graphiques (1) et (2) suivants



Graphique N°IV : Evolution des types d'analyse

(1) : graphique des examens selectifs

(2) : graphique des examens spécialisés

④ Au regard des graphiques on observe que l'hôpital est la meilleure structure qui soit en mesure d'offrir les examens spécialisés.

✗ IL n'y a pas de concordance entre le diagnostic de sortie et celui d'entrée dans 8% des cas, alors que Bagayoko (1) trouve que les motifs d'entrée (diagnostics d'entrée) ne correspondent pas le plus souvent aux diagnostics de sortie. Malheureusement, ceci n'a pas été illustré par des chiffres.

✗ L'analyse des prescriptions montre que les antibiotiques arrivent en tête des médicaments prescrits dans 20,5%. Ce pourcentage est inférieur à celui trouvé par Tankoua (11) en 1992 (42,1%) et se rapproche de l'observation de Sy (10) en 1993 (26,41%).
L'écart de pourcentage entre celui de Tankoua (11) et notre étude indique une baisse de la prescription abusive des antibiotiques dans les services de médecines AB et CD.

✗ Le nombre moyen de médicament par malade par séjour hospitalier est estimé à 8. Une fréquence élevée des médicaments génériques 65% contre 35% des spécialités est observée.

✗ Aucune étude des soins fournis n'a été réalisée dans le service. Les accompagnants interviennent pour l'ensemble des soins de base à l'exception de la kinésithérapie. Les autres soins sont assurés par les professionnels de la santé. La non dispense des soins de base par les professionnels s'explique par l'insuffisance numérique du personnel infirmier et le manque de matériels de protection. Les principaux prestataires de soins par ordre de fréquence durant le séjour des 200 malades sont :

- infirmier personnel permanent :	68,5%
- interne :	14%
- stagiaire :	11,8%
- infirmier bénévole :	3,4%
- médecin du service :	1,2%
- aide soignant :	1,1%

✗ Pour l'ensemble des malades hospitalisés, environ 75% n'avaient plus besoin d'assistance à la sortie et 16,7% de malades sont décédés.

La proportion des malades autonomes (75%) se rapproche de celle de Bagayoko (1) en 1983 (76,8%).

Le taux de guérison 28,9% que nous observons est sensiblement le même que celui observé en 1983 (27,2%).

✗ Le taux de mortalité 16,7% est sensiblement égal à celui de Bagayoko (16,8%).
Pour 1994 la mortalité concerne : les pathologies graves le plus souvent en phase terminale (cf tableau XXXVII)

- néphro-urologiques : 44%, ces malades sont admis au stade terminal d'insuffisance rénale et/ou de néoplasie de la vessie ou de la prostate
- infectieuses : 26% une part importante revient à l'infection VIH.
- pneumo-phtisiologiques : 24%.

La durée moyenne d'hospitalisation des malades est de l'ordre de 19 jours. Elle est plus longue que celle rapportée par d'autres comme auteurs Bagayoko (1) et Yao (14) qui trouvent respectivement 12 jours et 17 jours. Cette différence serait liée aux ruptures des reactifs, aux pannes des appareils endoscopiques. Le recours aux services privés pour réaliser les examens en question n'était pas à la portée de la plupart des malades.

Pour les coûts d'hospitalisation, nous avons distingué les coûts d'examens de ceux des médicaments et des frais d'hospitalisation. Les coûts de l'alimentation et du transport de l'accompagnant ont également été considérés. Il s'agit des dépenses supportées par les malades à l'occasion de leur hospitalisation.

Le coût moyen d'examen complémentaire par malade durant l'étude s'élève à 6.667 F CFA. Ce coût est supérieur à ceux de Traoré (12) en 1992 et de Dolo (3) en 1988 qui trouvent respectivement 6.088 F CFA et 6.307 F CFA. Il est inférieur au coût de Yao (14) qui observe 12.714 F CFA. La différence est liée à l'augmentation du tarif d'analyse de Yao.

Le coût moyen de médicament par malade pendant l'étude a atteint 20.046 F CFA. Ce chiffre se rapproche de celui de Tankoua (11) qui est de 21.077 F CFA. Il est inférieur à ceux de Traoré (13) et de Ouologuème (7) qui trouvent respectivement 8.222 F CFA et 10.700 F CFA. Ces différences observées semblent être liées au changement de parité des francs CFA. Même les génériques ont connu une hausse de prix. On constate singulièrement un coût élevé des produits anticancéreux par rapport aux autres spécialités.

L'enquête révèle un coût moyen d'hospitalisation de 15.269 F CFA. Ce qui est inférieur au montant de Traoré (13) 23.990 F CFA et supérieur à 8.205 F CFA chiffre trouvé par Ouologuème (7). La différence est attribuée à la catégorie d'hospitalisation. Les malades de Traoré (13) sont en majorité hospitalisés en 2ème et 1ère catégorie alors que plus de la moitié de nos patients sont admis en 3ème catégorie. La différence observée chez Ouologuème (7) est liée à la durée d'hospitalisation car nos malades séjournent plus longtemps à l'hôpital.

Pour le coût moyen d'alimentation, l'enquête trouve 19909 F CFA. Ce chiffre est supérieur à celui de Ouologuème (7) 16.940 F CFA.

Concernant le transport, le coût moyen s'élève à 15.065 F CFA ce qui est inférieur au montant trouvé par Traoré (13) 25.560 F CFA. L'écart peut être lié au nombre de déplacements par jour durant l'hospitalisation. Les accompagnants de nos malades ont effectué au plus 2 déplacements par jour durant l'enquête.

Il apparaît que les coûts moyens d'examen, de médicament, de frais d'alimentation et de transport de l'accompagnant sont en général élevés par rapport à ceux trouvés par les auteurs précédents. Ces différences s'expliquent par la méthode d'estimation des coûts que nous avons utilisée.

La morbidité dans le service en 1983 était dominée par le diabète sucré, suivi de paludisme, de cancer primitif du foie et de la cirrhose du foie. En 1994 on note un accroissement de l'infection VIH, de la tuberculose extra pulmonaire et des leucoses. La réduction de l'effectif diabétique s'explique par l'existence d'un service de diabétologie à l'Hôpital Gabriel Touré. La plupart des cas de paludismes sont traités dans les structures périphériques sauf en cas de complication. Les cas de lèpre ont été adressés au service de lèprologie de l'Institut Marchoux.

V. CONCLUSION

La référence n'est pas suffisamment organisée, en effet les malades accèdent aux services sans bulletins d'évacuation remis par un professionnel l'ayant vu auparavant.

Malgré les tentatives de rationalisation de la prescription et d'introduction des médicaments génériques, les coûts demeurent élevés. Et le malade est soumis à plusieurs paiements. Une meilleure organisation de la prise en charge devait permettre d'améliorer ceci, notamment la facturation unique pour l'ensemble des prestations fournies.

Malgré un plateau technique relativement ancien on a observé une amélioration des prestations, ce gain peut être plus important si celui-ci était renouvelé.

Il faut l'introduction de professionnalisme dans les soins pour que les accompagnants ne font plus le nursing des malades. Cela nécessite des matériels de protection et un personnel suffisant. Hors un seul infirmier assure la garde d'au moins 13 lits/service tandis que l'OMS recommande un infirmier pour 6 lits (9).

La fréquence élevée (55%) des malades ayant besoin d'un soutien à l'admission nécessitent un développement du plateau technique de la réanimation pour assurer la prise en charge et d'en améliorer le pronostic.

Il faut renforcer le plateau technique du laboratoire de l'hôpital et mettre un anatomopathologiste aux services de l'hôpital du Point "G" qui n'existe pas depuis 10 ans.

VI. RECOMMANDATIONS

6.1. Aux autorités administratives

- Accentuer l'information, l'Education et la Communication (IEC) pour l'infection VIH ;
- ✕ Ravitailler les pharmacies de l'Hôpital en Médicaments essentiels et en particulier pour la pathologie hématologique en spécialités qui reviennent plus chères pour les malades ;
- ✕ doter le laboratoire de l'hôpital en réactifs suffisants ;
- ✕ Recruter de nouveaux infirmiers car la norme internationale d'un infirmier pour six malades est loin d'être satisfaite dans le service (1 infirmier pour 13 malades) ;
- ✕ Doter le service de matériels performants ;
- réduire la gratuité des actes médicaux
- Remunerer les internes de l'hôpital et plus singulièrement ceux des Médecines AB et CD.
- instituer au niveau de l'hôpital un système de sécurité sociale
- ✕ Améliorer la qualité des soins en multipliant les stages de perfectionnement, de spécialisation des infirmiers. "Pour assurer de bons soins aux malades, il faut un personnel qualifié et motivé pour l'exercice de ses fonctions." (9)

6.2. Au personnel soignant

- Eduquer, informer et sensibiliser la population contre l'ascension du VIH
- Etre compétent dans l'exercice de la fonction confiée.
- Etre à l'écoute des patients.
- Assiduité dans la délivrance des soins y compris le nursing.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bagayoko Dougoufana:
"Etude Critique de l'Activité d'un Service de Médecine Interne."
_Thèse Méd. Bamako (Mali); 1983; N°22
2. Dackouo Georges:
"Etude du Rôle de Référence des Hôpitaux Nationaux et le Centre National d'Odonto-Stomatologie."
_Thèse Méd. Bamako (Mali); 1996; N°10
3. Dolo Sékou:
"Détermination des Examens Complémentaires Pré-Opératoires Indispensables à l'Hôpital du Point-G."
_Thèse Ph. Bamako (Mali); 1988; N°28
4. Fofana Bintou:
"Evaluation de la Qualité des Soins Infirmiers Prodigués dans le Service de Médecine l'Hôpital Gabriel Touré."
Mémoire du centre d'enseignement supérieur en soins infirmiers à Dakar (Sénégal) ; 1981 ; N°15.
5. I.N.R.S.P.:
"Enquête sur les Hôpitaux Nationaux du Mali." Rapport; Avril 1995; N°1
6. N'Diaye Georges:
"Etude de l'Influence des Conditions de Travail sur la Qualité des Soins Infirmiers en Salle de Chirurgie à l'Hôpital de Diourbel." Dakar; 1974; N°15.
7. Ouologuème El Hadj:
"L'Hôpital du Point-G en 1987 : Organisation, Activités et Ressources."
_Thèse Med. Bamako (Mali); 1988 ; N°3
8. Rapports d'activité annuelle de l'Hôpital du Point "G" de 1991-93
9. Reynolds Jeanne:
"Vers le Contrôle de la Qualité des Soins Infirmiers."
Revue Hôpital d'aujourd'hui. Faculté de Nursing, Université de Montréal (Québec, Canada), 1972, 10.
10. SY Malick :
Etude de la prescription et de la consommation des médicaments au Centre se Santé Commuautaire de Bankoni et dans les autres CSCOMs prévus dans le cadre du PSPHR.
_Thèse Ph. Bamako (Mali); 1993 ; N°6
11. Tankoua Yonkeu (Irène Eulalie) :
Evaluation de l'antibiothérapie dans le service de médecine interne de l'Hôpital du Point "G"
_Thèse Ph. Bamako (Mali); 1992 ; N°23

12. Traoré Salimata:

"Étude Economique des Activités du Service de Chirurgie "B" à l'Hôpital National du Point-G.

._Thèse Med. Bamako (Mali), 1992, N°46

13. Traoré Théodor Félix:

"Médicaments en Milieu Hospitalo-Universitaire à Bamako : Place des Médicaments Essentiels."

._Thèse Med. Bamako (Mali), 1987, N°3

14. Yao Kassankogno:

"Le Coût d'Hospitalisation des Malades à Faible Revenu dans un Service de Médecine Hommes au Centre Hospitalier Universitaire de Lomé." (Togo).

Publications Médicales Africaines; 1988; 91 : 18-20

ANNEXES

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRES

MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE LA SOLIDARITÉ ET DES PERSONNES AGÉES
INRSP
Etude hospitalière-93

ENQUETE SUR LES PRESTATIONS
FOURNIES DANS LES HOPITAUX
NATIONAUX.

DOSSIER DE MALADE

N° 1111111111

Hopital de : _____ Service: _____

Nom de l'enquêteur : _____

Identifiant du malade

1) NOM :

2) PRENOMS :

3) AGE :

____/____/____

4) AGE :

____/____/____

5) DATE DE
NAISSANCE:

____/____/____

SEXE :

6) PROFESSION :

7) OCCUPATION :

8) SECTEUR
ACTIVITE :

9) NIVEAU
INSTRUCTION :

10) ADRESSE :

11) REVENU
MENSUEL (f. cfa)

____/____/____/____/____/____

modalités de
payement:

12) QUI PAYE LES
FRAIS
D'HOSPITALISATION ?

____/____/____

13) QUI ACHETE LES
MEDICAMENTS
PRESCRITS ?

____/____/____

14) QUI PAYE POUR
LES EXAMENS
EFFECTUES ?

____/____/____

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

DEGRE D'INVALIDITE:

Entrée:

- coma:
- conscient ne tiend pas debout:
- marche avec soutien:
- marche seul:

Sortie:

- coma:
- conscient, ne se tiend pas debout:
- marche avec soutien:
- marche seul:

TRAITEMENTS AVANT L'HOSPITALISATION:

Nature:

- Aucun:
- Traditionnel:
- Médical:
- Mixte:

Coût pour la maladie en cause:

-Total:

MODALITES DE RECRUTEMENT

- Urgence HPG
- Consultation directe dans le service:
- Adressé par un médecin de ville de Bamako:
- Adressé par un médecin du service:
- Evacué :

Nom:

Cercle:

- Ancien hospitalisé du service:
- Transfert hopital de Bamako:

Année:

Hopital:

Service:

PRONOSTIC:

- Malade décédé durant l'hospitalisation:
- Malade stationnaire:
- Malade amélioré:
- Malade guéri:

TRANSFERT AUTRE SERVICE:

- Hôpital:
- Service:

PRESCRIPTION DE MEDICAMENTS

DATE	LIBELLE DU MEDICAMENT	QUALITE PRESCRIPTEUR	QUANTITE PRESCRITE (boites, flacons...)
/ / / /	/ / / /
/ / / /	/ / / /
/ / / /	/ / / /
/ / / /	/ / / /
/ / / /	/ / / /
/ / / /	/ / / /
/ / / /	/ / / /
/ / / /	/ / / /
/ / / /	/ / / /
/ / / /	/ / / /
/ / / /	/ / / /
/ / / /	/ / / /
/ / / /	/ / / /
/ / / /	/ / / /
/ / / /	/ / / /
/ / / /	/ / / /
/ / / /	/ / / /
/ / / /	/ / / /
/ / / /	/ / / /
/ / / /	/ / / /
/ / / /	/ / / /

**ACHAT DE MEDICAMENTS AU COURS DE
L'HOSPITALISATION**

DATE	LIBELLE DU MEDICAMENT	Quantite recue gratuitement	QUANTITE ACHETEE	MONTANT	LIEU DE L'ACHAT
////..... / / /
////..... / / /
////..... / / /
////..... / / /
////..... / / /
////..... / / /
////..... / / /
////..... / / /
////..... / / /
////..... / / /
////..... / / /
////..... / / /
////..... / / /
////..... / / /
////..... / / /
////..... / / /

Nom :

Dossier / / / / / / / / / / / / / / / /

**CONSOMMATION QUOTIDIENNE DE
MEDICAMENTS**

DATE	LIBELLE DU MEDICAMENT	FORME	QUANTITE
/ / / /	/ / / /	/ / / /
/ / / /	/ / / /	/ / / /
/ / / /	/ / / /	/ / / /
/ / / /	/ / / /	/ / / /
/ / / /	/ / / /	/ / / /
/ / / /	/ / / /	/ / / /
/ / / /	/ / / /	/ / / /
/ / / /	/ / / /	/ / / /
/ / / /	/ / / /	/ / / /
/ / / /	/ / / /	/ / / /
/ / / /	/ / / /	/ / / /
/ / / /	/ / / /	/ / / /
/ / / /	/ / / /	/ / / /
/ / / /	/ / / /	/ / / /

**PRESCRIPTION EXAMENS ET ANALYSES
BIOLOGIQUES ET PARACLINIQUES**

DATE	NATURE DE L'EXAMEN	NOM DU PRESCRIPTEUR
/ / / / / / / / / /
/ / / / / / / / / / / / /
/ / / / / / / / / / / / /
/ / / / / / / / / / / / /
/ / / / / / / / / / / / /
/ / / / / / / / / / / / /
/ / / / / / / / / / / / /
/ / / / / / / / / / / / /
/ / / / / / / / / / / / /
/ / / / / / / / / / / / /
/ / / / / / / / / / / / /

EXECUTION DES EXAMENS

date d'execution	Lieu d'execution	nature de l'examen	montant depense
/ / / / / / / / / / / / / / /
/ / / / / / / / / / / / / / /
/ / / / / / / / / / / / / / /
/ / / / / / / / / / / / / / /
/ / / / / / / / / / / / / / /
/ / / / / / / / / / / / / / /
/ / / / / / / / / / / / / / /
/ / / / / / / / / / / / / / /
/ / / / / / / / / / / / / / /
/ / / / / / / / / / / / / / /
/ / / / / / / / / / / / / / /
/ / / / / / / / / / / / / / /
/ / / / / / / / / / / / / / /

ANNEXE 2 : CODIFICATION ET ANALYSE DES DONNEES

Une codification des différentes variables de l'enquête a été réalisée. Elle a porté essentiellement sur :

- l'identité des services et des malades
- le degré d'invalidité
- les modalités de recrutement
- les examens paracliniques
- les diagnostics d'entrée et sortie
- les médicaments
- les soins quotidiens
- les prestataires des soins.

Les services ont été numérotés de 1 à 4. Pour les malades le numéro d'ordre chronologique a été retenu de 1 à 653.

Pour les modalités de recrutement les codes suivants ont été retenus :

- cas urgent : 1
- cas ordinaire : 2

Les examens paracliniques ont été codifiés de la façon suivante :

- examens radiologiques portant le code 100
- examens endoscopiques affectés du code 200
- examens hématologiques et immunologiques codés de 300 débutant par les examens hématologiques
- examens parasitologiques et bactériologiques portant le code 400 commençant par les examens parasitologiques.

La codification des médicaments a porté sur six chiffres et leur signification est la suivante:

- les deux premiers désignent la famille de médicaments
- les deux deuxièmes chiffres indiquent le type de médicament à l'intérieur de la famille
- les deux derniers chiffres précisent la forme de médicament.

Les soins quotidiens ont été notés de 1 à 5 et les prestataires de 1 à 6.

L'analyse des données a été faite sur le logiciel épi-info 5 version française. Les logiciels DBaseIII et IV ont été utilisés pour le traitement de texte.

Nous avons utilisé le X2 et le test de comparaison des moyennes.

Les limites de l'étude ont été les suivantes :

Il n'a pas été possible de calculer le coût de revient de l'hospitalisation. Les données relatives à la consommation des différents services n'ont pu être recueillies au niveau des services administratifs de l'hôpital.

Les soins quotidiens n'ont été suivis que pour les 200 premiers malades.

ANNEXE 3 :

Tableau N° XXIV Bis: Détail des Pathologies

Pathologie	Effectif
<u>Pathologie associée:</u>	
Retrovirose + (Microsporidie et cryptosporidie)	19
Retrovirose + Tuberculose pulmonaire	12
Retrovirose + Pneumopathie bactérienne non spécifique (PBNS)	8
Retrovirose + lymphome Malin non Hodg Kiriien	6
Retrovirose + Insuffisance cardiaque gauche	5
Retrovirose + Abscès de la cuisse	4
Retrovirose + Méningite tuberculeuse	4
Retrovirose + Pleurésie tuberculeuse	4
HTA + AVC	9
HTA + DID	6
Pneumopathie bactérienne non spécifique +I.C.G	6
Tuberculose peritoneale+ Tuberculose pulmonaire	5
Tuberculose splénique + cirrhose hépatique	4
DNID + infection des parties molles	4
DNID + osteite	4
DID + Tuberculose pulmonaire	4
DID + retinopathie	4
Autres associations	9
<u>Infection</u>	
Retrovirose	59
Tuberculose extra pulmonaire	20
Fièvre Typhoïde	13
Septicémie	5
Morsure de serpent	6
Coma fébrile	4
Autres infections	7
<u>Hépatologie</u>	
Cirrhose hépatique	35
CPF	23
Hépatite virale	6
Cholecystite	3
Lithiase vésiculaire	2
Autres hépatopathies	2

Pathologie	Effectif
Hematologie	
Leucoses	30
Drepanocytose	7
Maladie de Hodkin	6
anemie diverse	6
Autres maladies hemotologiques	4
Endocrinologie	
	24
DID	22
DNID	4
cancer de la thyroïde	3
Maladie de Basedow	4
coma hypoglycémique	2
autres endocrinopathies	
Cardiologie	
Inssufisance cardiaque	32
HTA	10
Autres pathologies cardiovasculaires	5
Gastro-enterologie	
Cancer d'estomac	11
ulcère gastro- duodenal	10
ulcère gastrique	6
ulcère bulbaire	5
Diarrhée non déterminée	5
gastrite	2
Ascite non déterminée	2
Autres affections gastro- euterologique	4
Parasitologie	
Paludisme	17
amibiase hepatique	7
Helminthiase	6
Splénomégalie non dertminée	5
amibiase intestinale	3
Bilharziome	2
Autres affections parasitologiques	3

Tableau N°XXVI Bis : Détail des pathologies

Pathologie	Effectif
<u>Pneumo- Phtisiologie</u>	
Pneumopathie bact-non spécifique	14
Tuberculose pulmonaire	12
Pleurésie tuberculose	4
Bronchite Aigue	3
Cancer du Poumon	2
Autres affections Pneumophtisiologiques	3
<u>Neurologie</u>	
AVC	8
Méningite bact- non detreminée	7
Autres affections neurologiques	3
<u>Rhumathologie</u>	
R.A.A	4
Polyarthrite rhumaloide	3
arthrite inflammatoire	3
Autres affections rhumathologiques	2
<u>Uro - nephrologie</u>	
Insuffisance rénale aigue	3
Syndrome nephrotique	2
Autres affections uro-nephrologiques	4
<u>Psychiatrie</u>	
Dépression	3
Hystérie	2
Autres affections psychiatriques	3
<u>Gyneco-Obstetrique</u>	
Pyo-salpinx	3
grossesse-extra-uterine	2
Métrorragie	2
Salpingite	1
<u>Intoxication iatrogène</u>	
Intoxications	3
Traitement iatrogène	2

Tableau N°XXXXXI : Liste comparative de morbidité des maladies entre 1983 et 1994

Maladies	Effectif en 1983		Effectif en 1994	
	Nbre	Rang	Nbre	Rang
Trypanosomiase	0		1	57
Pneumonie franche lobaire aigue	8	34	1	57
Pneumothorax	0		1	57
asthme	0		1	57
Fièvre d'étiologie non précisée	5	43	1	57
Tumeur Cérébrale (suspicion)	0		1	57
Encéphalite	0		1	57
Paraparesie	0		1	57
Paraplegie	8	34ex	1	57
Arthrite micro-cristalline	0		1	57
Arthrose	0		1	57
Abcès du rein	0		1	57
Tumeur de la prostate	0		1	57
Cancer de la vessie	0		1	57
Insuffisance renale chronique	0		1	57
Psychose puerperale	0		1	57
Hypocondrie	0		1	57
Schizophrenie	0		1	57
Salpingite	0		1	57

Tableau N°XXVI bis : Détail des thérapeutiques appliquées (ANNEXE 4)

Médicaments	%
Antibiotiques	
Cotrimoxazole	24
Ampicilline	23
Amoxicilline	19
Gentamycine + Ampicilline	18
Benzathine Penicilline	5
Oxacilline + Metronidazole	4
Erythromycine	3
Acide Nalidixique (Negram)	2
Amoxicilline + Acide Clavulanique (Augmentin)	2
Solutés-sang et dérivés plasmatiques	
Serum glucosé	
Serum salé	44
Sel de Rehydratation orale	36
Macro-molécule (plasmacair-plasmion)	13
Sang	5
Antalgiques	
Paracetamol	
Dextropropoxyphène-Paracétamol (Diantalvic)	
Atropine	41
Buprenorphine (Temgesic)	39
Acide acétyl salicylique	10
	6
Antifongiques	
	4
Amphotéricine B (funzison)	
Nystatine (Mycostatine)	63
Antipaludéens	
	37
Chloroquine	64
Sels de quinine	29
Amodiaquine (flavoquine)	4
Halofantrine (Halfan)	2
Sulfadoxine pyriméthamine (Fansidar)	1
Antituberculeux	
Pyrazinamide + streptomycine + Rifampicine	48
Pyrazinamide + Rifampicine + Ethambutol	36
Rifampicine + Ethambutol	16
Diurétiques	
Altizide - spironolactone (Aldactazine)	51
Furosémide	40
Spironolactone (Aldactone)	7
Amiloride-hydrochlorothiazide (Moduretic)	2

Tableau N°XXVI bis :

Fréquence des médicaments prescrits à l'intérieur de chacune des familles thérapeutiques

Médicaments	%
Antidiabétiques	
Insuline protamine zinc (IPZ)	50
Insuline Ordinaire (IO)	26
Metformine (Glucophage retard)	23
Imidazolés	
Metronidazole	1
Tinidazole (Fasigyne)	75
	25
Régimes	
	70
Hyposodé	30
Hypoglycemique	
Anti-ulcereux	
	47
hydroxyde d'Aluminium et de Magnesium	35
Cimetidine	10
Sucralfate (Ulcars)	7
Ranitidine (Azantac)	1
Famotidine (Pepdine)	
Anti-coagulants	
	42
Heparine calcique (Calciparine)	29
Nadroparine calcique (Fraxiparine)	24
Acenomarol (Sintron)	3
Enoxaparine (Levenox)	2
Daltéparine sodique (Fragmine)	
	38
Anti-helminthiques	
	27
Mebendazole	20
Thiabendazole	12
Niclosamide	3
Praziquantel	
Albendazole (Zentel)	
Anti-mitotiques	
	46
Allopurinol (Zyloric)	20
Vincristine (Oncovin)	15
Hydroxycarbamide (Hydrea)	11
Cyclo phosphamide (Endoxan)	5
Chlorambucil	3
Procarbazine (Natulan)	
Anti-hypertenseurs	
	55
Methyl alpha dopa	33,2
Nifedipine	10
Propranolol (Avlocardyl)	1
Captopril (Lopril)	
Nicardipine (Loxen)	0,8

Tableau N° XXVI Bis : Fréquence des médicaments prescrits à l'intérieur de chacune des familles thérapeutiques.

Médicaments	%
Divers	
Vitamine	41
Vasodilateur	30
Anti-emetiques	15
Anti-septiques	10
Tranquillisants	4
Digitaliques	
Digoxine	80
Deslanoside (Cedilanide)	20
Neuroleptiques-anti-depresseur	
Chlorpromazine (Largactil)	89
Sulpiride (Dogmatil)	11
Amitriptyline (Iaroxyl)	
Anti-inflammatoires	
	54
Prednisolone (Solupred)	17
Prednisone	14
Indomethacine	9
Methyl-prednisone (Solumedrol)	6
Ketoprofène (Profenid)	

ANNEXE 5

Tableau N°XXXXI : Liste comparative de morbidité entre 1983 et 1994

Maladies	Effectif en 1983 (Bagayoko)		Effectif en 1994 (Notre étude)	
	Nbre	Rang	Nbre	Rang
Retrovirose	0		50	1 ^{er}
Cirrhose	32	5 ^e	35	2 ^e
Insuffisance cardiaque	37	4 ^e	32	3 ^e
Leucose	7	39 ^e	30	4 ^e
DID	21	13 ^e	24	5 ^e
CPF	39	2 ^e	23	6 ^e
DNID	47	1 ^{er}	22	7 ^e
Lèpre	23	10 ^{ex}	0	
Tuberculose extra-pulmonaire	10	31 ^e	20	8 ^e
Paludisme	38	3 ^e	17	9 ^e
Pneumo-bact. non spécifique	20	14 ^e	14	10 ^e
Fièvre Typhoïde	22	12 ^e	13	11 ^e
Tubercul pulmonaire	31	6 ^e	12	12 ^e
Bilharziose urinaire	12	23 ^e	0	
Cancer d'estomac	23	10 ^{ex}	11	13 ^e
Ulcère Gastro-duodenal	15	22 ^e	10	14 ^e
HTA	27	7 ^e	10	15 ^e
AVC	16	20 ^e	8	16 ^{ex}
Drepanocytose	17	17 ^{ex}	8	16 ^{ex}
Amibiase hépatique	5	43 ^e	7	18 ^{ex}
Méningite bactérienne non déterminée	14	23 ^{ex}	7	18 ^{ex}
Maladie de Hodgkin	0		7	18 ^{ex}
Anémie ferriprive	19	15 ^e	6	21 ^{ex}
Autres helminthiases	0		6	21 ^{ex}
Ulcère gastrique	0		6	21 ^{ex}
Morsure de serpent	0		6	21 ^{ex}
Hépatite virale	17	17 ^{ex}	6	21 ^{ex}
Septicémie non identifiée	12	26 ^e	5	26 ^{ex}
Ulcère bulbaire	0		5	26 ^{ex}
Diarrhée non déterminée	0		5	26 ^{ex}
Splenogégalie non déterminée	0		5	26 ^{ex}
Coma fébrile	0		4	30 ^{ex}
Cancer de la thyroïde	0		4	30 ^{ex}
Coma hypoglycémique	0		4	30 ^{ex}
Pleurésie tuberculeuse	4	49 ^e	4	30 ^{ex}
R.A.A.	2	60 ^e	4	30 ^{ex}

Tableau N°XXXXI : Liste Comparative de morbidité des maladies entre 1983 et 1994 (suite)

Maladies	Effectif en 1983		Effectif en 1994	
	Nbre	Rang	Nbre	Rang
Malade de Basédow	0		4	30e
Cholecystite	0		3	36ex
Bronchite Aigue	0		3	36ex
Polyarthrite Rhumatoïde	7	39e	3	36ex
Arthrite inflammatoire non précisée	25	9e	3	36ex
Depression	0		3	36ex
Insuffisance Rénale Aigue	12	26e	3	36ex
Pyo-salpinx	0		3	36ex
Intoxications	0		3	36ex
Amibiase intestinale	3	53ex	3	36ex
Lithiase vesiculaire	0		2	45ex
Lithiase rénale	13	24e	2	45ex
Ascite d'etiologie non déterminée	1	64ex	2	45ex
Bilharziome	0		2	45ex
Cancer du poumon	0		2	45ex
Syndrome néphrotique	3	53ex	2	45ex
Hystérie	0		2	45ex
Grossesse Extra Utérine	0		2	45ex
Métrorragie	0		2	45ex
Iatrogénèse	0		2	45ex
Anémies-diverses	16	20e	2	45ex
Erysipèle	0		2	45ex
Myosite suppurée	8	34e	1	57ex
Salmonelose	0		1	57ex
Altération de l'état général de cause indéterminée	1	64ex	1	57ex
Shigellose	0		1	57ex
Angiocholite	0		1	57ex
Colique hépatique	0		1	57ex
Polyglobulie	0		1	57ex
Ranula	0		1	57ex
Syndrome sheean	0		1	57ex
Valvulopathie	17	17ex	1	57ex
Péricardite tuberculeuse	4	49e	1	57ex
Endocardite infectueuse	0		1	57ex
Phlebite	0		1	57ex
Infractus du myocarde	0		1	57ex
Mégaoesophage	3	53ex	1	57ex
Mal absorption digestive	0		1	57ex
Sprue tropicale	0		1	57ex
Toxoplasmose cérébrale (probable)	0		1	57ex

LOCALISATION ET RESUME DE LA THESE

Localisation :

Nom : MAGASSOUBA

Prénom : Oumar

Titre : Evaluation des Prestations fournies dans le service de Médecine Interne AB et CD de l'hôpital National du Point "G" et leur Coût.

Année Universitaire : 1996 - 1997

Ville de soutenance : Bamako - Mali

Pays d'origine : Mali

Lieu d'étude : Service de Médecine Interne AB et CD Hôpital du Point "G" Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de l'ENMP Bamako - Mali.

Secteur d'activité : Médecine clinique et épidémiologie hospitalière.

Résumé :

Cette étude a porté sur 82,6% des malades hospitalisés dans le service de Médecine Interne AB et CD du Point "G" de Bamako (Mali) du 25 Décembre 1993 et le 24 Décembre 1994. A l'entrée 55% des malades ont besoin d'une assistance au moment de leur hospitalisation. 93,7% de ces hospitalisés ont eu recours à un traitement avant l'hospitalisation.

La moyenne d'examen complémentaire par malade durant son séjour observée est l'ordre de 10 (examens selectifs et examens spécialisés). On note 55% d'examens selectifs contre 45% d'examens spécialisés.

Les pathologies infectieuses dominent les activités dont une part importante est liée à l'infection VIH 54,6%.

On a observé une fréquence élevée des médicaments génériques 65% contre 35% des spécialités. Les antibiotiques étaient les plus prescrits. Le nombre majeur de médicament prescrits par malade durant l'hospitalisation est l'ordre de 8 médicaments.

On a pu enregistrer les prestataires suivants de soins :

Infirmiers personnels permanents	68,5%
Internes	14%
Stagiaires	11,8%
Infirmiers bénévoles	3,4%
Médecins	1,2%
Aide soignants	1,1%

Environ 75% de malades hospitalisés n'avaient plus besoin d'assistance à la sortie, 16,7% des malades sont décédés. Le taux de guérison a été de 28,9%.

La durée moyenne d'hospitalisation observée est de 19 jours.

On a pu enregistrer les coûts d'hospitalisation suivants :

coût moyen des examens complémentaires :	6.667 FCFA
coût moyen de médicament :	20.046 FCFA
coût moyen d'hébergement (frais d'hospitalisation):	15.269 FCFA
coût d'alimentation :	19.909 FCFA
coût moyen de transport :	15.065 FCFA

La dotation du laboratoire de l'hôpital en réactifs suffisants et le service de Médecine Interne AB et CD en performants matériels est recommandée pour une amélioration des prestations.

Mots clés : Prestation, soins, coûts, hôpital, Bamako.