

Ministère des Enseignements Secondaire
Supérieur et de la Recherche Scientifique

République du Mali
Un Peuple - Un But - Une Foi

-----0-----
UNIVERSITE DU MALI

Direction Nationale de l'Enseignement Supérieur

Année: 1999

N° : 29

FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

TITRE :

**REFERENCES SANITAIRES
PAR
LE CONSEIL DE SANTE DU
MALI**

THESE :

*Présentée et soutenue publiquement le _____
devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie*

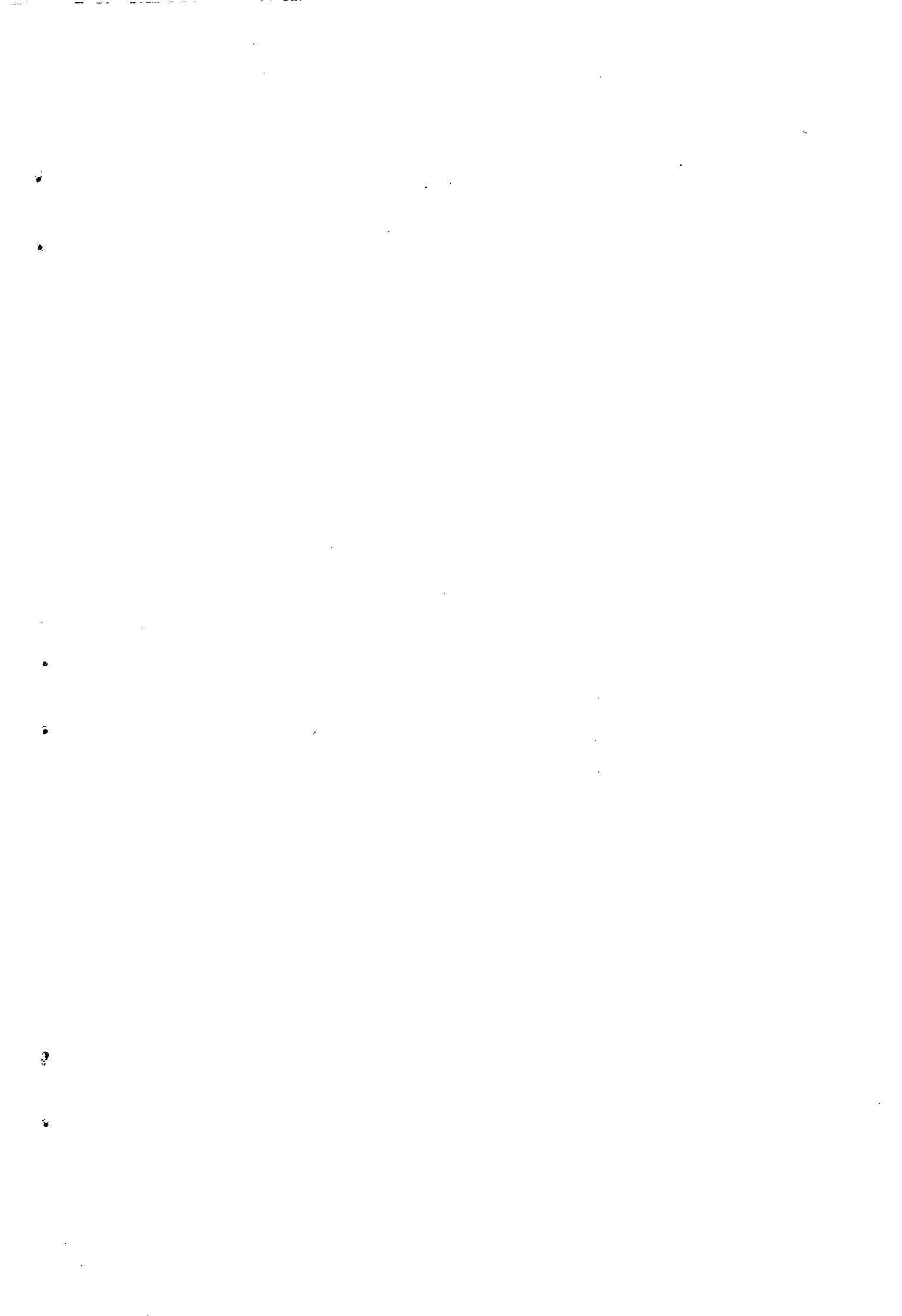
Par

BA Hamady

*Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)*

JURY :

<i>Président :</i>	<i>Professeur</i>	<i>Abdou Alassane TOURE</i>
<i>Membres :</i>	<i>Professeur</i>	<i>Mamadou Marouf KEITA</i>
	<i>Professeur</i>	<i>Abdoul Kader TRAORE dit DIOP</i>
<i>Directeur de thèse :</i>	<i>Professeur</i>	<i>Abdel Karim KOUMARE</i>



FACULTE DE MEDECINE , DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 1998-1999

ADMINISTRATION

DOYEN : **MOUSSA TRAORE** - PROFESSEUR

1er ASSESSEUR: **AROUNA KEITA** - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

2ème ASSESSEUR : **ALHOUSSEYNI AG MOHAMED** - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

SECRETAIRE PRINCIPAL : **YFNIMEGUE ALBERT DEMBELE** - MAITRE DE CONFERENCES

AGENT COMPTABLE : **MAMADOU DIANE** CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Aliou BA
Mr Bocar SALL
Mr Souleymane SANGARE
Mr Yaya FOFANA
Mr Mamadou L. TRAORE
Mr Balla COULIBALY
Mr Mamadou DEMBELE
Mr Mamadou KOUMARE
Mr Mohamed TOURE
Mr Ali Nouhoum DIALLO
Mr Aly GUINDO

Ophthalmologie
Orthopédie Traumatologie. Secourisme
Pneumo-phtisiologie
Hématologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Chirurgie Générale
Pharmacognosie
Pédiatrie
Médecine Interne
Gastro-Entérologie

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

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE
Mr Sambou SOUMARE
Mr Abdou Alassane TOURE
Mr Kalilou OUATTARA

Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Orthopédie-Traumatologie, Chef de D.E.R
Urologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

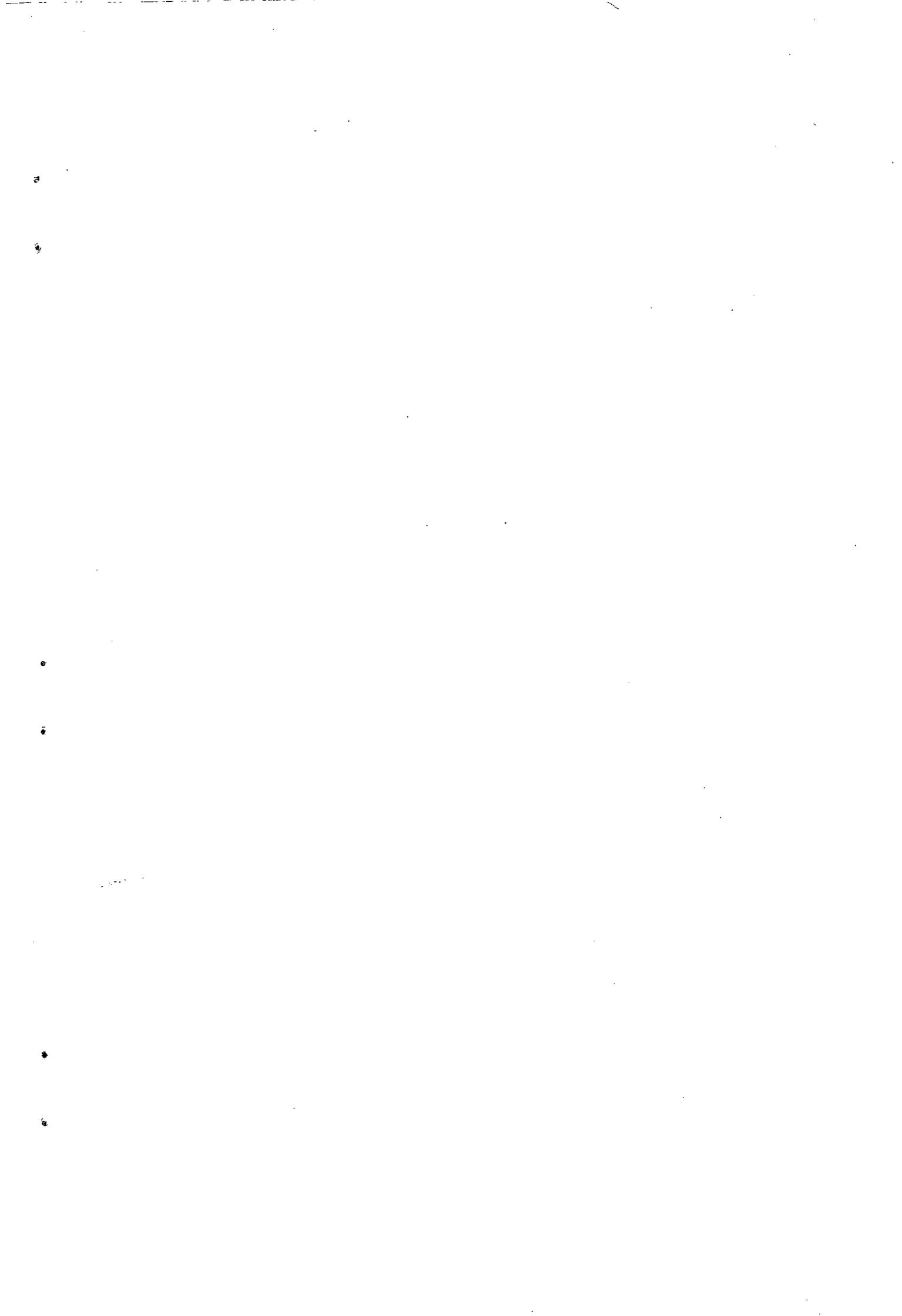
Mr Amadou DOLO
Mr Djibril SANGARE
Mr Abdel Kader TRAORE (dit DiOP)
Mr Alhousseini Ag MOHAMED
Mr. Abdoulaya K. DIALLO
Mr. Gangaly DIALLO

Gynéco-Obstétrique
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
O.R.L. Chef de DÉR
Anesthésie- Réanimation
Chirurgie Viscérale

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mme SY Aissata SOW
Mr Salif Diakité

Gynéco-Obstétrique
Gynéco-Obstétrique



4. ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUE

Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mme DIALLO Fatimata.S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie. Traumatologie
Mr Abdoulaye K.DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Tiéman COULIBALY	OrthopédieTraumatologie
Mme TRAORE J.THOMAS	Ophtalmologie
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
Mr Adama SANGARE	Orthopédie-Traumatologie
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mme Koripo Fanta TOGOLA	ORL
Mr Sanioussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophtalmologie
Mr Issa DIAPRA	Gynéco-Obstétrique
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie-Traumatologie
Mr Sadio YENA	Chirurgie Générale

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Bréhima KOUMARE	Bactériologie-Virologie
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie.Histoembryologie
Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie analytique
Mr Yéya T.TOURE	Biologie
Mr Amadou DIALLO	Biologie Chef de D.E.R.
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Mamadou KCNE	Physiologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie
Mr Anatoie TOUNKARA	Immunologie
Mr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Yénimégué A. DEMBELE	Chimie Organique
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Eakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdrahama.ie S.MAIGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie



4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sekou F.M.TRAORE	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie, Biologie Animale
Mr N'yenigue Simon KOITA	Chimie organique
Mr Abdrahamane TOUNKARA	Biochimie
Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie
Mr Benoît KOUMARE	Chimie Analytique
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Amagana DOLO	Parasitologie
Mr Kaourou DOUCOURE	Physiologie

5. ASSISTANTS

Mr Mounirou BABY	Hématologie
Mr Mahamadou A.THERA	Parasitologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne.
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie, Chef de DER
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Bal KEITA	Pneumo-Physiologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Leprologie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-enterologie

3. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Abdal Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastroenterologie
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Scharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mme Tatiana KEITA	Pédiatrie
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Séydou DIAKITE	Cardiologie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Diankiné KAYENTAO	Pneumologie
Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie



4

Mr Mamadou B. CISSE
Mr Arouna TOGORA
Mme Sidibé Assa TRAORE
Mr Siaka SIDIBE
Mr Adama D. KEITA

Pédiatrie
Psychiatrie
Endocrinologie
Radiologie
Radiologie

3. ASSISTANT

Mr Cheick Oumar GUINDO

Neurologie

D E R DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Boubacar Sidiki CISSE

Toxicologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Arouna KEITA
Mr Ousmane DOUMBIA

Matière Médicale
Pharmacie Chimique

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr. Boulkassoum HAIDARA
Mr Elimane MARIKO

Législation
Pharmacologie, **Chef de D.E.R**

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Drissa DIALLO
Mr Alou KEITA
Mr Ababacar I. MAIGA
Mr Yaya KANE

Matières Médicales
Galénique
Toxicologie
Galénique

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sidi Yaya SIMAGA

Santé Publique (chef D.E.R.)

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

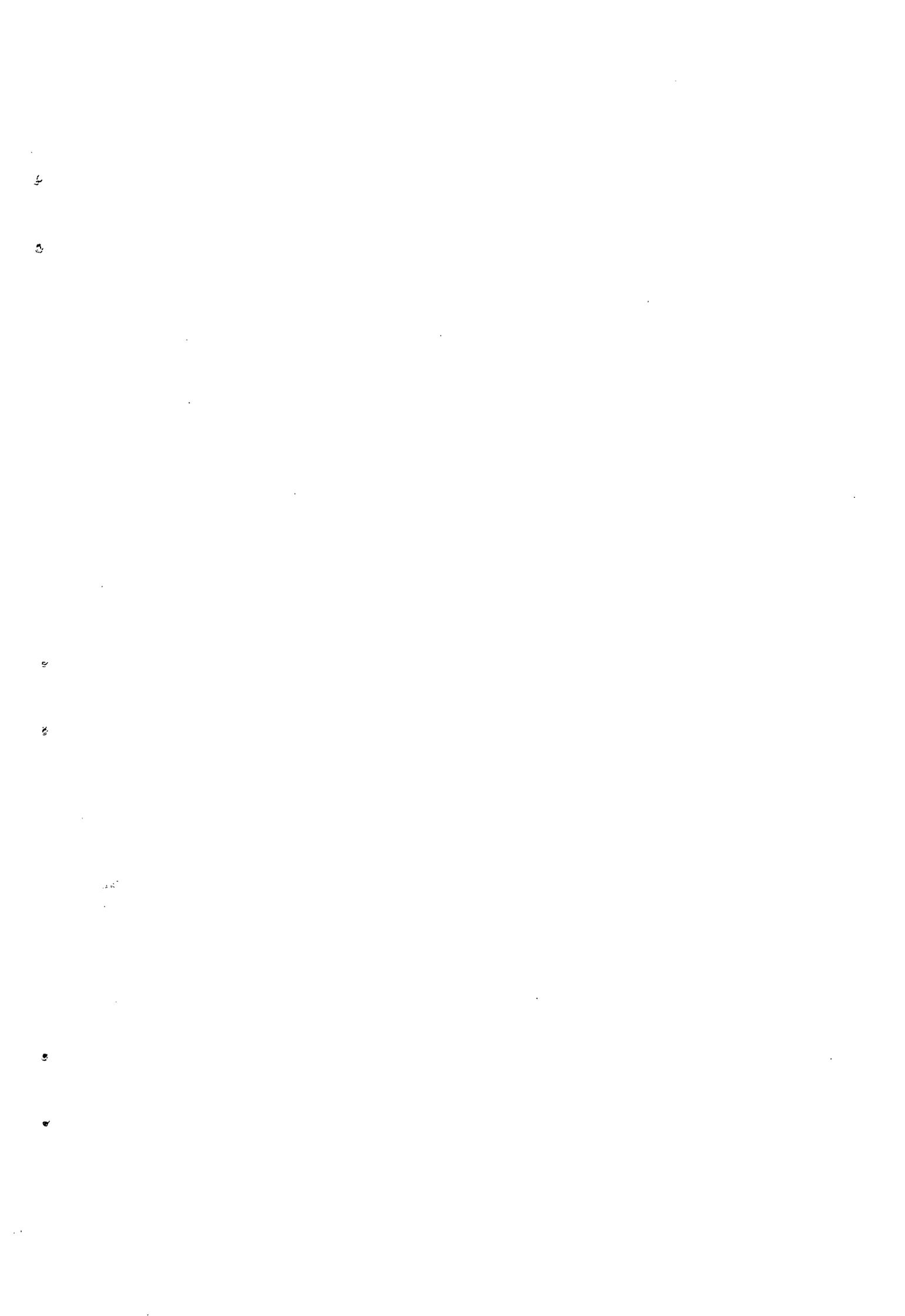
Mr Moussa A. MAIGA

Santé Publique

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Yanick JAFFRE
Mr Sanoussi KONATE

Anthropologie
Santé Publique



4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bocar G.TOURE	Santé Publique
Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique
Mr Massambou SACKO	Santé Publique

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

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 Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Nyamanto DIARRA	Mathématiques
Mr Mamadou Bocary DIARRA	Cardiologie
Mr Mahamadou Traoré	Génétique

ENSEIGNANTS EN MISSION

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



DÉDICACES

Je dédie cette thèse :

A ALLAH (swa) LE ROI DE L'UNIVERS, qui de par sa miséricorde, nous a permis d'achever cette œuvre, et, à son prophète MOHAMED (psl).

A MA TANTE, feu Assa Dembel BA

Tu as nourri nos espoirs durant toute ta vie et je dirais sans espoir la vie nous sera impossible. Tu as été et resteras "le chef éternel de la famille" qu'ALLAH LE TOUT PUISSANT guide tes pas vers le chemin de la Félicité et du bonheur éternel

A MON PÈRE (in memorium)

Que de sacrifices, n'as tu pas consentis, pour faire de nous ce que nous sommes aujourd'hui ! Très tôt, tu as compris la nécessité de l'école et tu nous as indiqué son chemin. Tu restes pour nous le père qui reçoit tout, écoute, sait conseiller et encourager. Tu sais trouver les mots et exemples qu'il faut pour les problèmes aussi personnel que ce soit avec ton sens très élevé du paternalisme. Ton apport nous a été capital. Reste toujours avec nous. Qu'ALLAH (swa) t'accorde longue vie.

A MA MÈRE

Arrachée très tôt à notre plus grande affection, tu es pourtant restée dans nos cœurs si tu étais toujours à nos côtés. Tu incarnes pour nous l'affection pure, naturelle de mère dévouée, courageuse et tolérante. Nous ne saurions oublier cette chaleur maternelle et les mots nous manquent pour exprimer tout ce que nous ressentons. Saches, en effet que l'honneur de ce travail te revient. Repose en paix.

A MES FRÈRES : Abba, Brahima, Boubacar, Sidi, Mamoudou, Hassana, Baba

A MES SŒURS : Diadji, Assa, Aminata, Deya, Tioumadjou, Mounina, Oumou, Youmahadji,

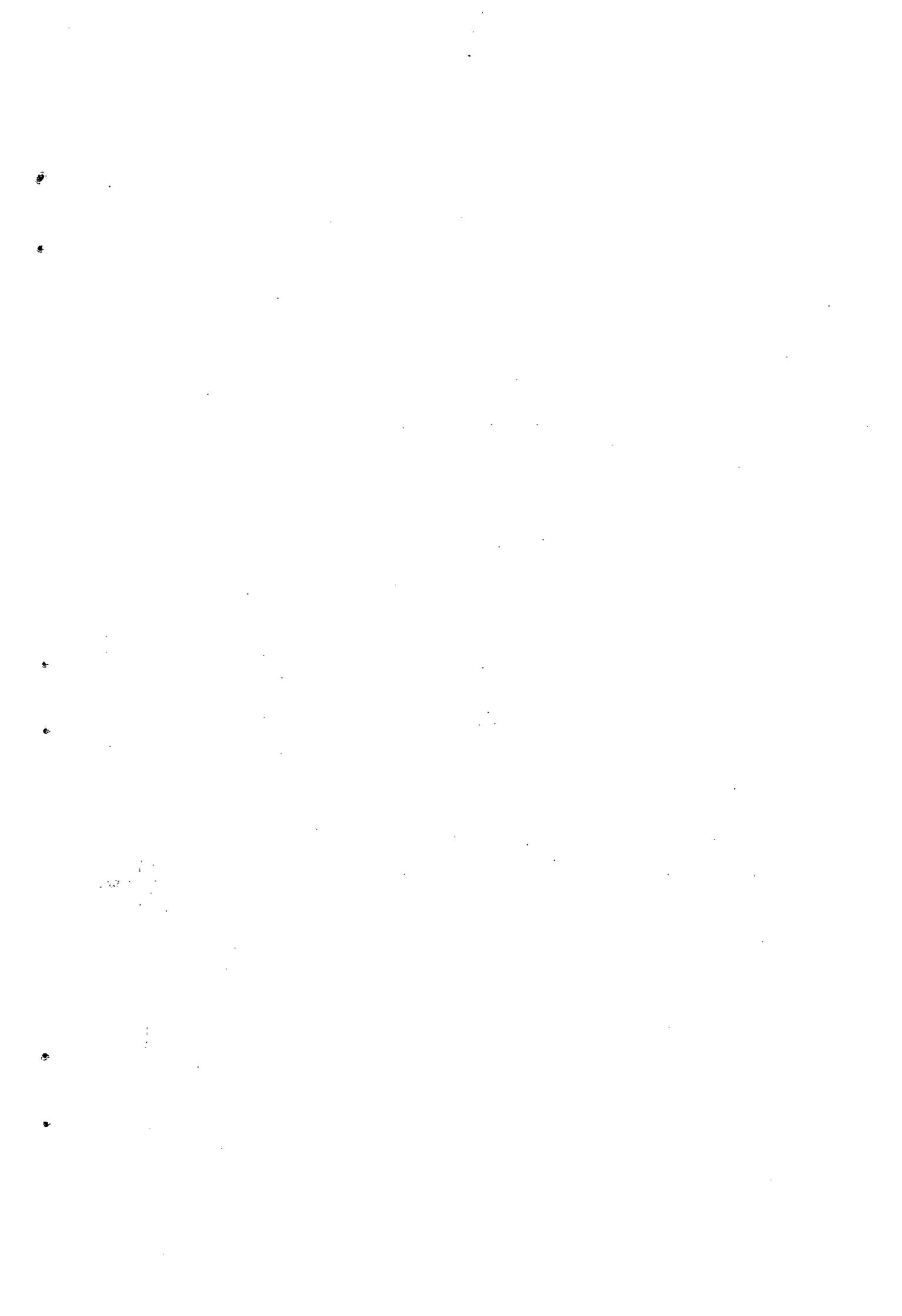
La FRATERNITÉ n'a pas de prix et reste pour nous tous un LIEN SACRÉ. Vous avez été d'une dévotion sans faille ni pareille. L'expression de mes sentiments de reconnaissances et de gratitude est indéfinissable.

A MES TANTES : Youmata, Aïssata, vous n'avez jamais failli à votre devoir de maman à notre égard. Puisse LE TOUT PUISSANT nous permettre de bénéficier de votre amour indéfectible.

A MON COUSIN : Mody Bilaly TRAORÉ, tu as été pour nous comme un guide durant toute notre période étudiante. Merci pour ton soutien moral et matériel

A MES ONCLES : Mamoudou BA, et Mobo BA, les mots me manquent pour vous exprimer toute ma gratitude et toute ma reconnaissance.

A Mr SAMBOU COULIBALY, pour votre apport matériel et moral inestimable qui a rendu possible la réalisation de cette thèse.



A MES GRAND PÈRES : feu Sidi BA, Thalibè BA, vous resterez auprès de nous pour guider nos pas.

A MA TANTE : Mme Coulibaly Rabia, pour votre contribution inestimable pour la réalisation de cette thèse, puisse LE TOUT PUISSANT vous garde auprès le plus longtemps possible.

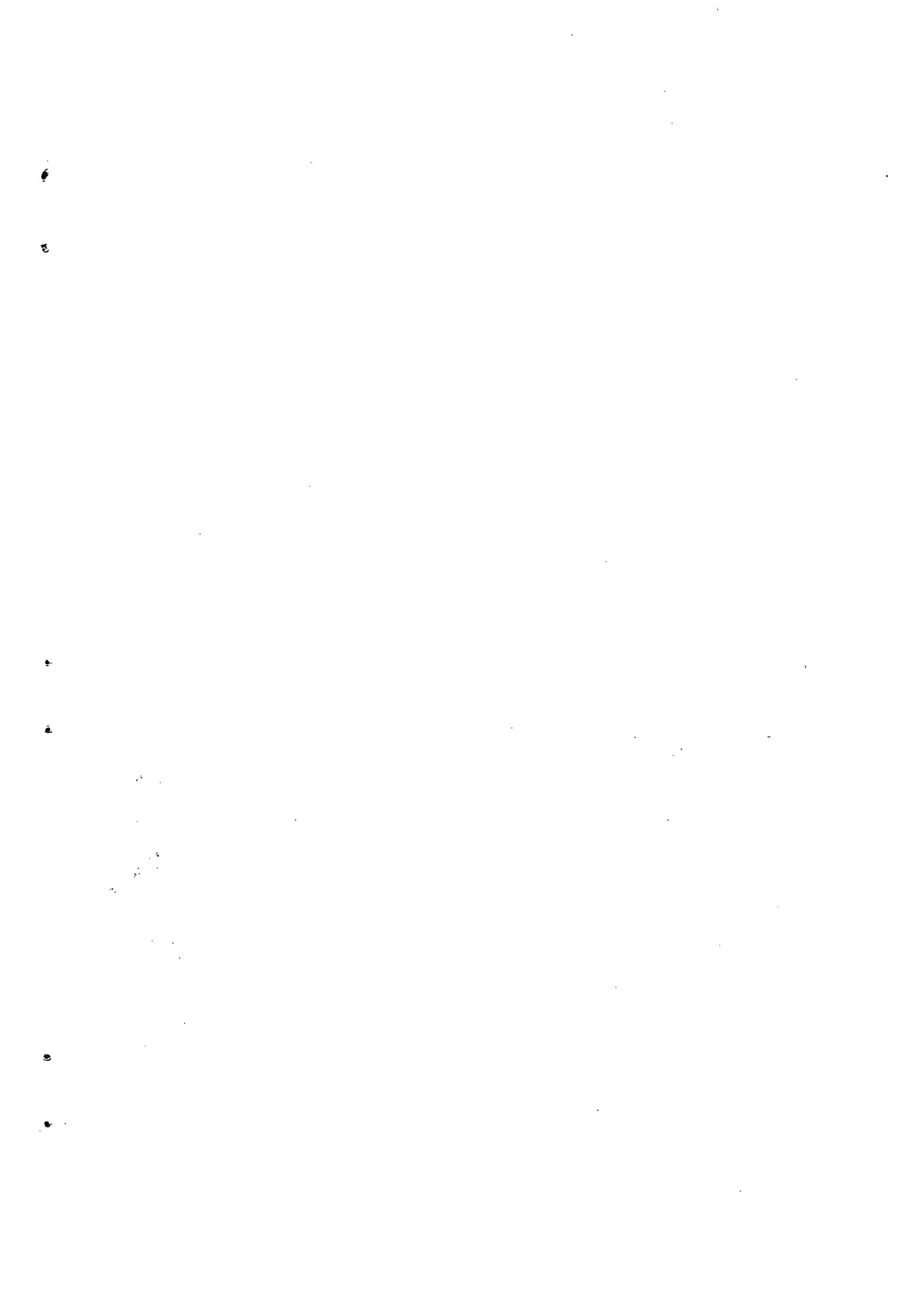
A MA TANTE : Mme Traoré Aïda N'DIAYE dont le soutien moral inestimable nous a permis de nourrir de grand espoirs

A N'golo COULIBALY : pour votre soutien constant sans lequel nous ne serons pas là.

A NOTRE BEAU PÈRE : Mamoudou DIALLO pour tous les conseils que vous n'avez jamais cessé de nous prodiguer.

A l'Adjudant- chef Mamoudou BA pour tous les sacrifices que vous avez consenti pour nos études.

A MES BELLES SŒURS pour votre engagements indéfectible à nos côtés



AUX MEMBRES DU JURY

De bon cœur vous avez accepté de siéger dans ce jury pour juger ce travail. Vos suggestions, remarques et critiques sont les bienvenues et contribueront à enrichir cette œuvre dans l'intérêt de la science.

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE JURY

PROFESSEUR Abdou Alassane TOURÉ,

Agrégé de chirurgie orthopédique et traumatologie,

Chef de service orthopédique et traumatologie de l'Hôpital GABRIEL TOURÉ,

Directeur du centre de spécialisation des techniciens de santé (CSTS),

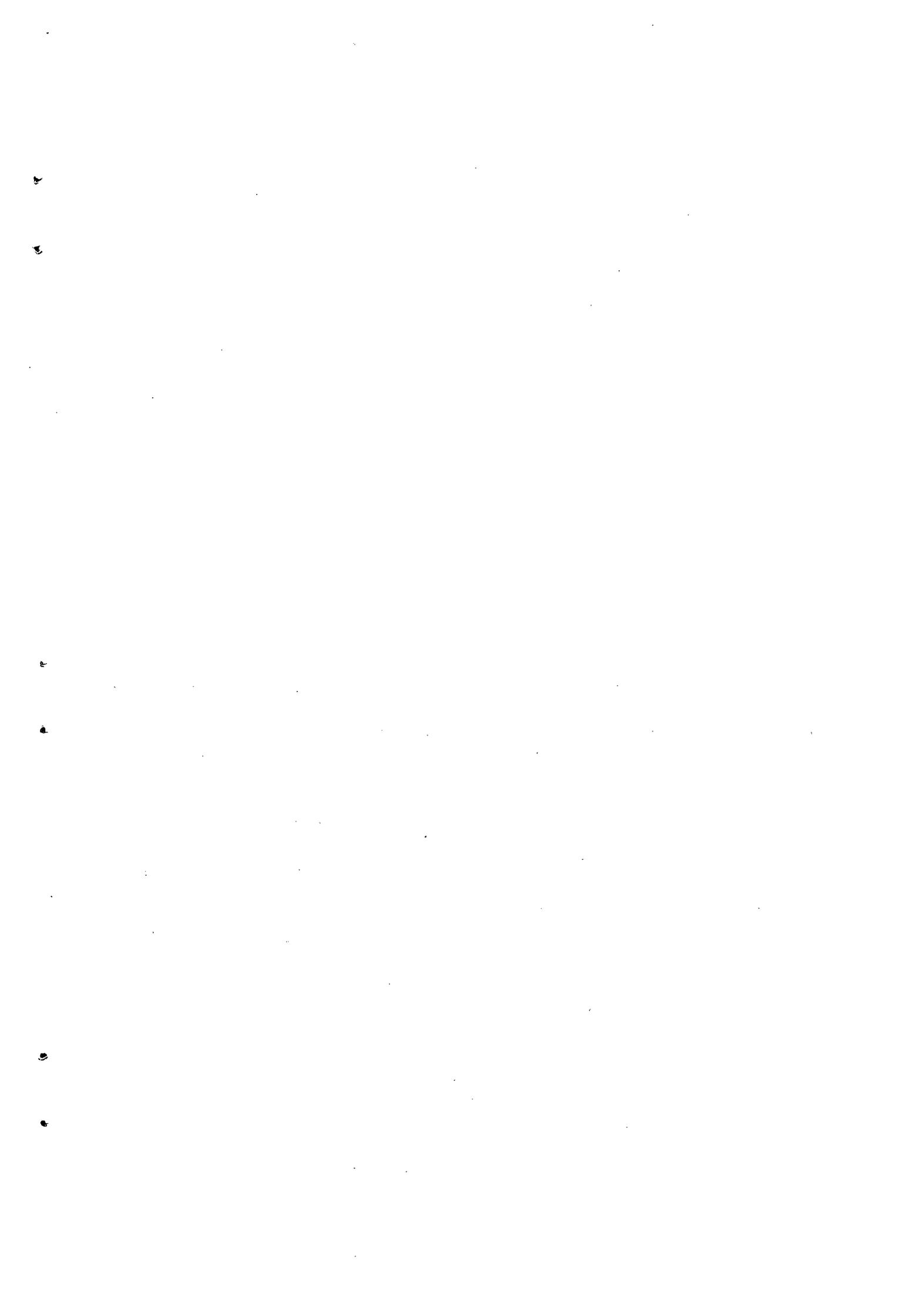
Chevalier de l'Ordre National du MALI.

Cela a été tout un honneur pour nous lorsque vous avez accepté de présider ce jury. Pédagogue, nous avons bénéficié de l'enseignement et de l'encadrement de l'homme de science et de recherche que vous êtes.

Vous nous avez marqué par vos qualités d'homme humble et de sagesse infinie.

En dépit de vos innombrables occupations, vous nous faites le grand honneur de présider le jury de cette thèse.

Nous vous assurons de notre respect et notre profonde reconnaissance.



A NOTRE MAÎTRE ET JUGE

PROFESSEUR Mamadou Marouf KÉITA

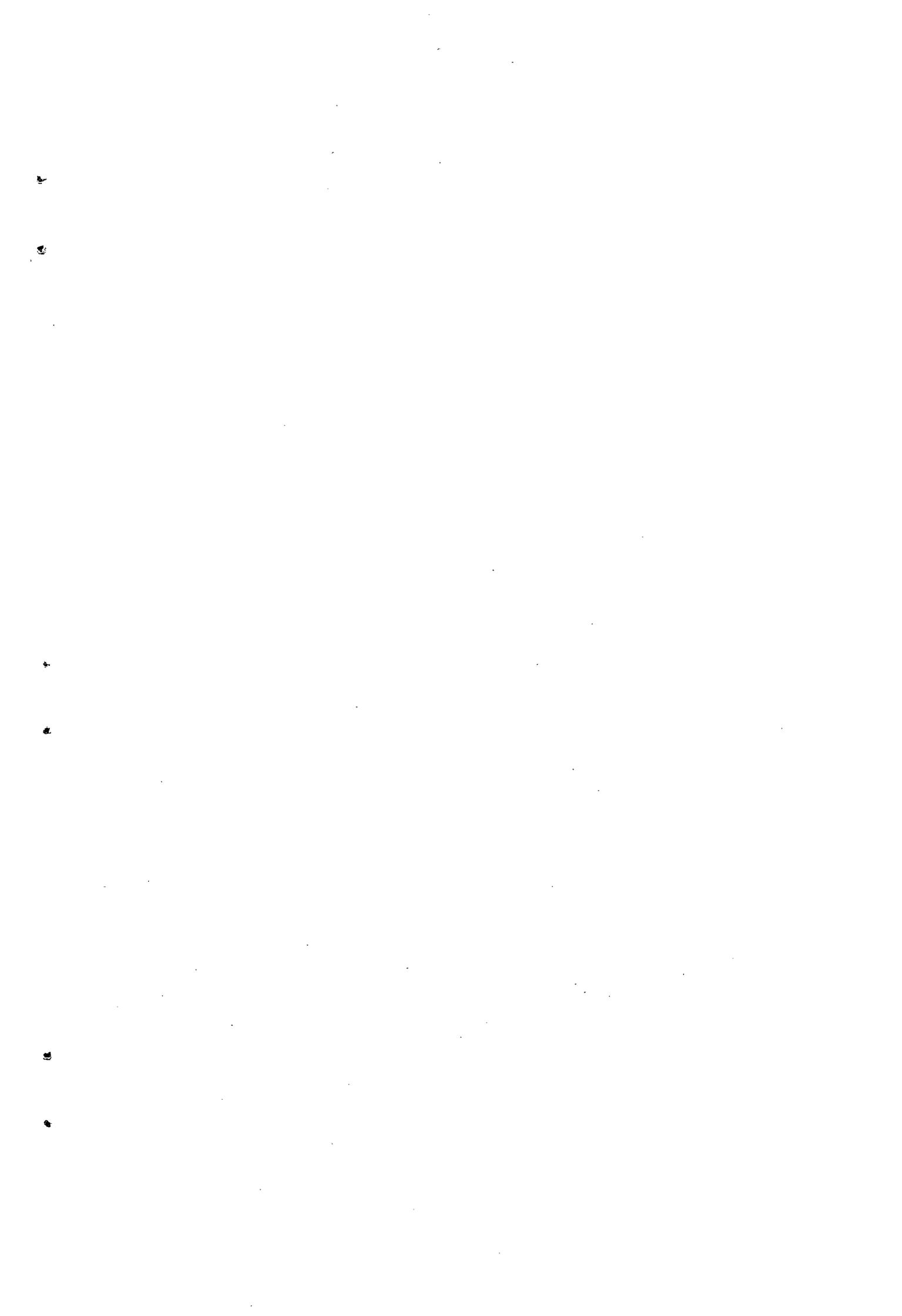
Agrégé de pédagogie,

Charge de cours à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'odontostomatologie,

Chef de service de la pédiatrie du CHU GABRIEL TOURÉ,

Président de l'association malienne de pédiatre (AMAPED).

Nous avons bénéficié de votre enseignement clair et concis. Vous nous avez toujours mis à l'aise avec une grande sympathie chaque fois que nous venions auprès de vous solliciter des renseignements ou des conseils. Votre engagement pour la survie et le bien être de l'enfant ont forcé notre admiration. Permettez-nous cher maître, de vous adresser nos vives et sincères reconnaissances et notre grand respect.



NOTRE MAÎTRE ET JUGE

PROFESSEUR Abdoul Kader TRAORÉ dit DIOP,

Maître de conférence agrégé en chirurgie générale,

Chargé de cours d'anatomie et de pathologie chirurgicale à la Faculté de Médecine de pharmacie et d'odontostomatologie,

Député à l'assemblée nationale,

C'est le moment de vous exprimer l'admiration silencieuse que nous portions pour vous aussi bien au lit du malade que pendant les cours magistraux.

Votre sensibilité ; votre capacité d'écoute, d'analyse et votre esprit critique, le tout couplé à vos qualités d'homme modeste et cultivé, font dire à certains de vos amis que vous êtes en avance sur votre temps.

Cher maître, soyez assuré de notre très grande reconnaissance et notre sincère admiration.



A NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE THÈSE

PROFESSEUR Abdel Karim KOUMARÉ,

Professeur en chirurgie viscérale et vasculaire,

Professeur en anatomie et organogénèse,

Maître des sciences en pédagogie et recherche médicale,

Chef du service de chirurgie "B" à l'Hôpital National du point G,

Consultant international,

Chevalier de l'Ordre National du MALI.

Vous nous avez fait honneur en nous acceptant dans votre service. Vous avez inspiré, guidé et suivi ce travail. Vous êtes toujours resté disponible malgré vos multiples occupations. C'est le moment et le lieu de vous rendre hommage. Nous avons bénéficié de vos savoirs médicaux inestimables et nous sommes fiers de compter par mis vos élèves. Le dogme de la modestie, la rigueur dans le travail et la recherche constante d'une médecine de haut niveau, font de vous un homme très admirable.

Veillez trouver, cher maître, dans ce modeste travail, le témoignage de notre sincère reconnaissance et notre profonde gratitude.



REMERCIEMENTS

Je profite de cette occasion solennelle, pour adressez mes vifs et sincères remerciements :

A MES AMIS ET CAMARADES DE LUTTE: Oumarou Dicko, Dr Hamadoun BA, Kassim Barry, Djibril Coulibaly, Aliou Diallo, Mohamed Ag Ayoya, pour les idéaux nobles que nous avons défendus et continuerons de défendre ensemble.

A Dadié Coulibaly pour la grande confiance réciproque que nous entretenons.

A MON AMI Moussa Baba Doucouré, tu as fait de cette thèse une affaire personnelle, merci pour tes soutiens matériels et moraux.

A MES AMIS, Mahamadoun Guindo, Sidi Mohamed Ould Ahmed, Boubacar Moussa, Salia Diallo, Boubacar Guindo, Adam Yattassaye, Adama Sissako, Abdoulaye Maïga, Kalil Sangho, Aliou Badou Traoré, Moussa Baba Doucouré, Abdoulaye Dembélé, Mohamed N'dji Bouaré, Abdourahamane Cissé, Nouhoum Bouaré, Ousmane Abdou Maïga, Lamine Cissé, Oumar Cissé, Amadou Cissé, Baba Cissé, Ibrahim Ba, Gouro Dial, Amadou Cissé, Elhadji Cissé, Bilali Cissé, Boucari Barry, Ibrahim Cissé, Aly Barry, Abou Coulibaly, El Madani Diallo, Makan Dabo, Mamba Doumbia, Ousmane Traoré, Korotoumou Dembélé, Aminata Traoré, Mariam Traoré, Aminata Camara, Awa Camara, Korotoumou Diallo, Zamilatou Thiam, Diaraba, Habibatou Bouaré, Kadidiatou Bouaré, Aminata Badou Traoré, Aminata Dolo, Assa Soumbounou, Mariam dite Gogo Sy, Ramatoulaye Cissé, pour votre grande connaissance du vrai sens de l'AMITIÉ.

A MES SŒURS: Zamilatou Cissé, Hawa dite Ouma Cissé, Mme Maïga, Mme Toure Aïssa, pour votre soutien indéfectible.

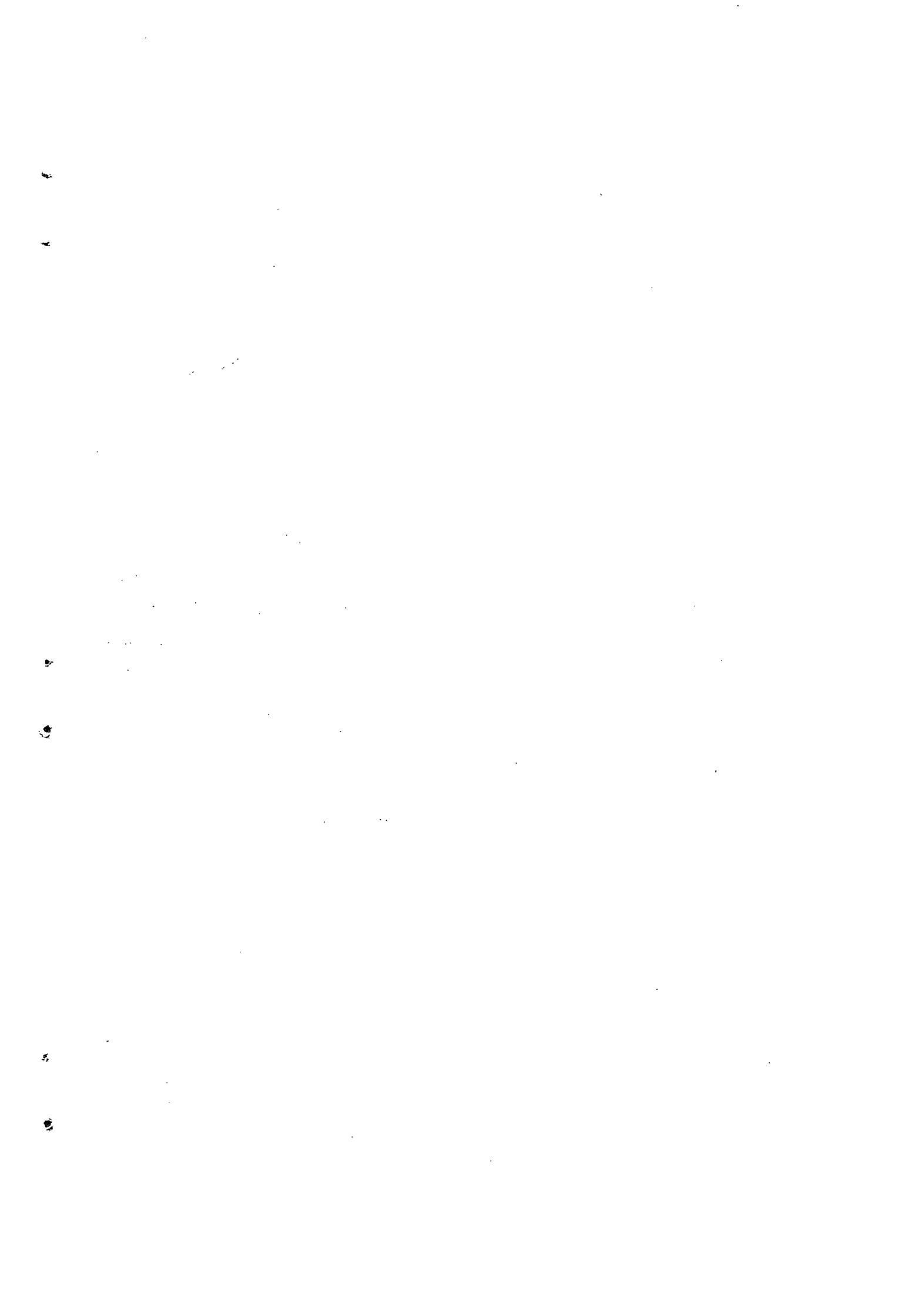
A MES FRÈRES: Mr Touré, Mr Maïga, Barou Kéïta, Abba Gakou, Mahamane Traoré, Thiero, Mohamed Ousmane, pour vos soutiens constants.

A MA PROMOTION: de Nampala, en passant par Niono, Bla, Markala, jusqu'à celle de 1990 à L'ENMP, à tous, je souhaite bonne chance dans la VIE.

A MES AINES INTERNES DU SERVICE: Baba Coulibaly, Freddy M'BIMBA VITA, Aime Sylvain GUEMTO, Moustapha Sissoko, Malick Dembélé, Abdrahamane Zerbo, Ibrahim Cissé, Aly Wélé.

A MES COLLÈGUES INTERNES DU SERVICE: Amadou Coulibaly, Thierno Bagayogo, Bakary Diarra, Alou Coulibaly, Togyem Nagorngar.

A MES CADETS INTERNES DU SERVICE: Aboubacar Kampo, Bakary Koninba Traoré, Souleymane Koumaré, Nouhoum Diarra, Oumar Coulibaly, Yacouba Diakité, Oumar Diallo, Youssouf Sidibé, Saïbou Diarra, pour votre franche collaboration.



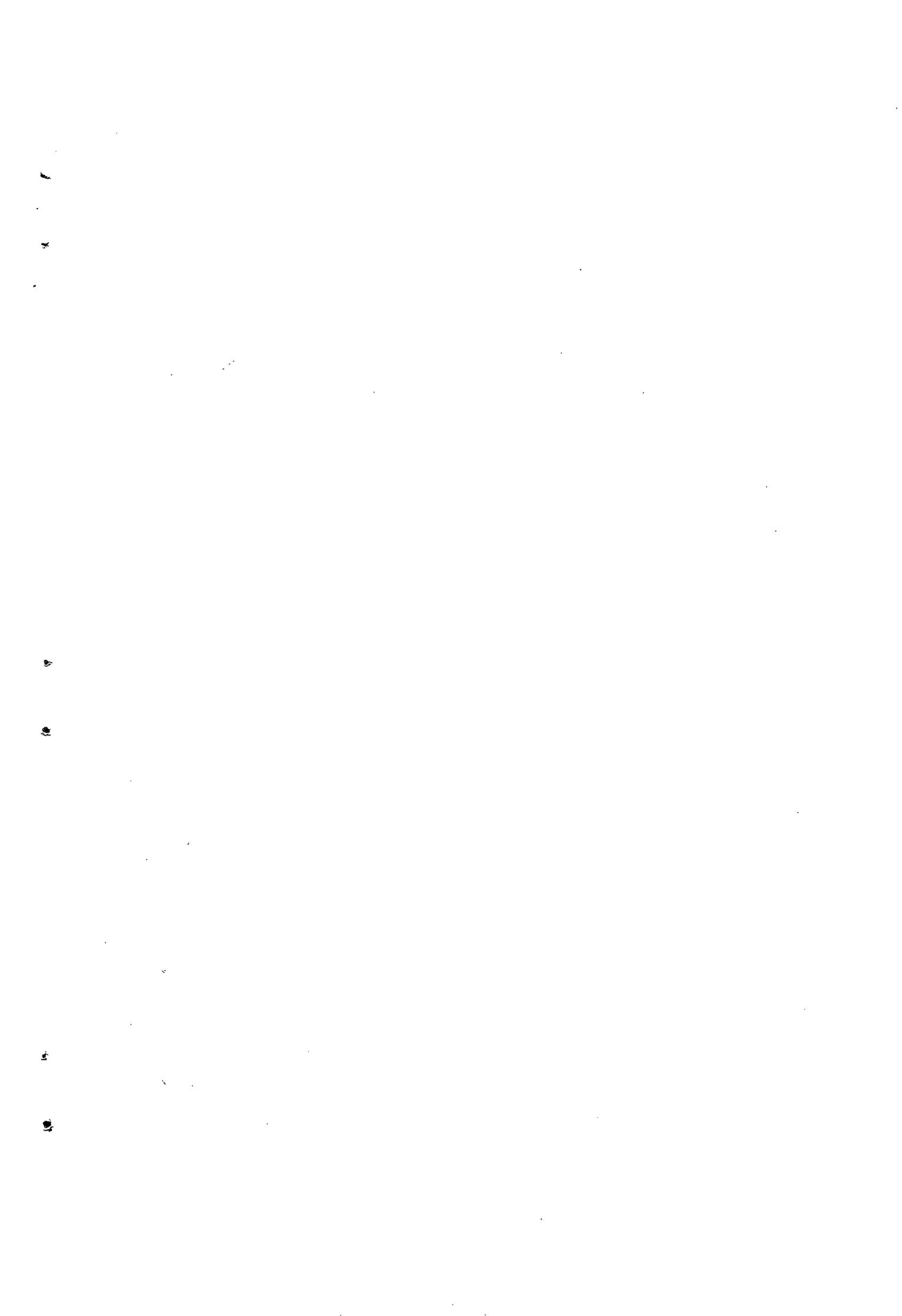
A tous le personnel de la chirurgie B.

Aux Pr. A.K.Traoré dit Diop et G.Diallo

Aux Dr. Ongoïba Nouhoum, Babou Ba et Ibrahim Cissé.

A Mme Kamano Fatoumata Camara Née Mme André.

A tout le personnel du bloc opératoire salle B.



SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION	1
II.	RAPPELS	3
	1. Procédure de l'évacuation	3
	1.1. Dossier d'évacuation	3
	1.2. Conseil de Santé	3
	1.3 Formalités d'évacuation	4
	2. Destinations	4
	3. Accueil à l'étranger	5
	4. Condition d'évacuation par avion	5
	5. Affections concernées	6
III.	METHODOLOGIE	7
IV.	RESULTATS GLOBAUX	10
V.	COMMENTAIRES ET DISCUSSION	35
VI.	CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	43

ANNEXES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Résumé

Fiche d'enquête

Serment d'HYPOCRATE

i

iv

4

8

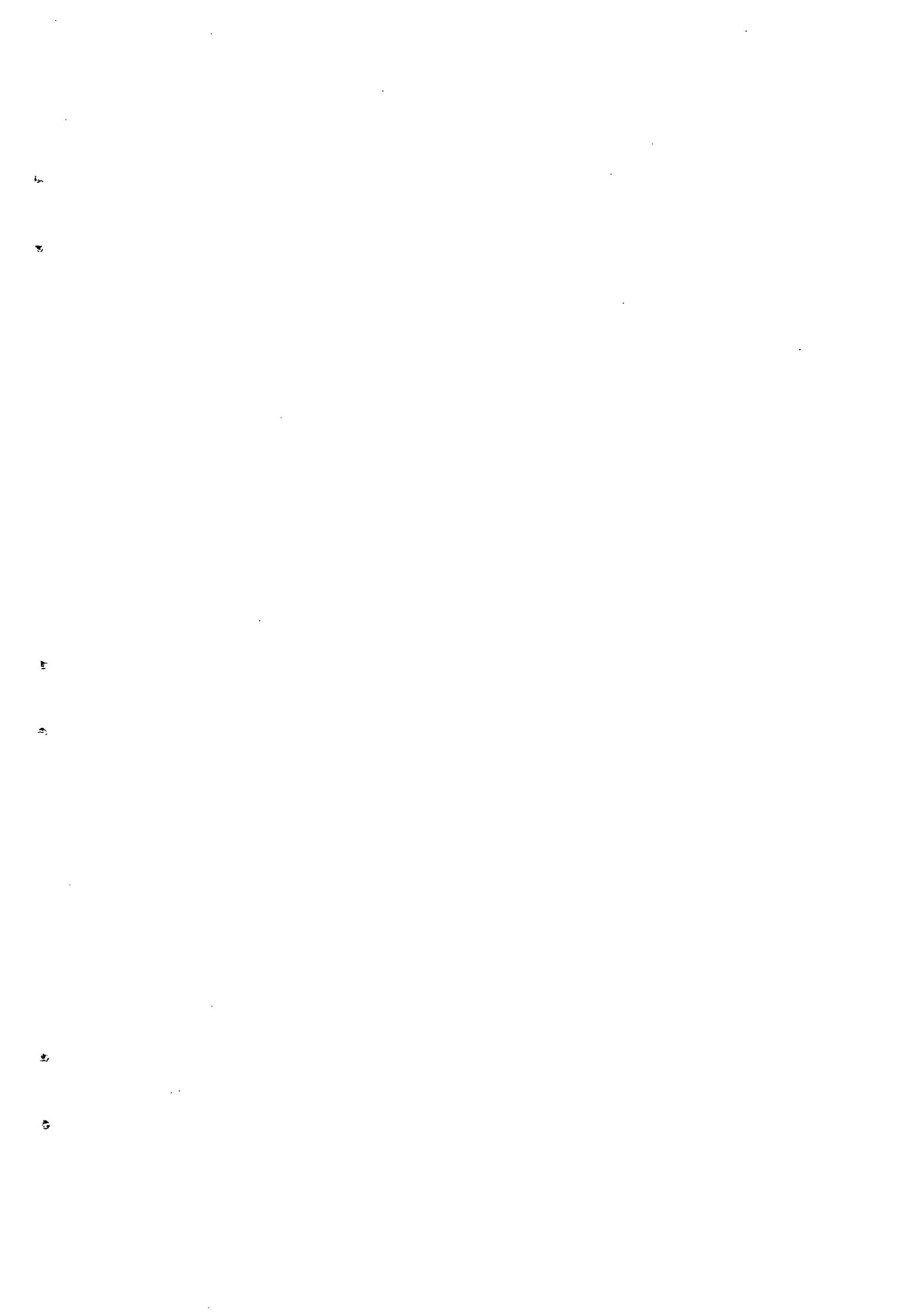
4

8

8

8

Introduction



I - INTRODUCTION :

La référence (l'évacuation) sanitaire se caractérise par la nécessité de transférer un malade d'un centre médical sur un autre centre mieux équipé ou spécialisé [8].

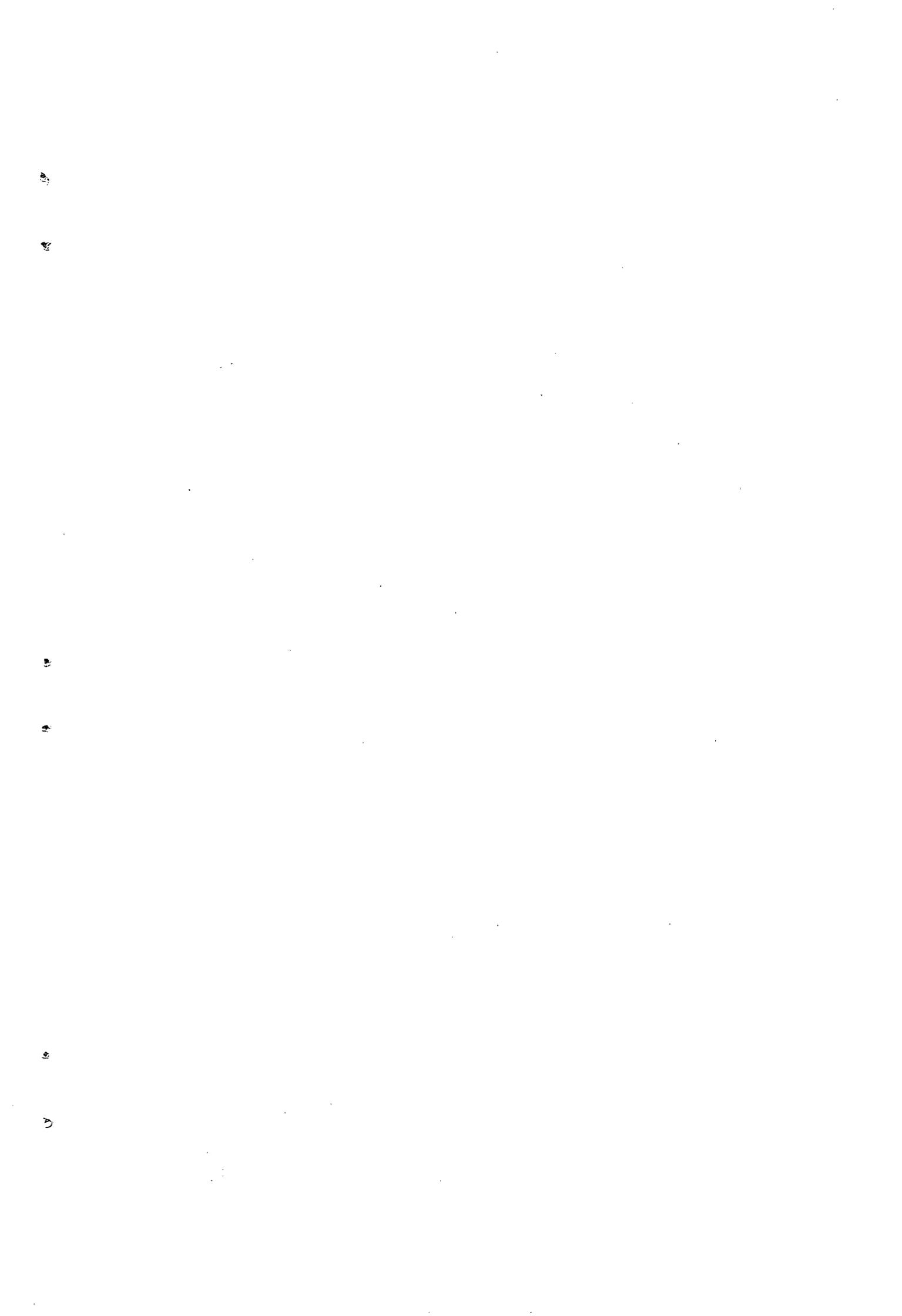
J. KYRIOPOULOS a réalisé une étude sur l'hospitalisation à l'étranger des patients grecs en 1991 portant sur 700 cas a permis l'étude financière à long terme de ce phénomène [17].

Au Mali en 1978 DIALLO M.S. a réalisé une thèse sur les évacuations sanitaires parmi lesquelles 113 cas s'effectuent du Mali vers l'extérieur de janvier 1976 à décembre 1977. Leurs coûts très élevés ont conduit à la décision du Ministre de la Santé Publique et des Affaires Sociales de suspendre toute évacuation sanitaire vers l'extérieur [7].

Cette dernière étude effectuée au Mali n'a pas porté spécifiquement sur les évacuations sanitaires vers l'extérieur. L'étude n'a pas ressorti globalement les dépenses effectuées par le gouvernement et n'a pas parlé du devenir des patients proposés pour l'évacuation.

En plus des insuffisances suscitées d'autres raisons fondamentales nous motivent à faire cette thèse à savoir : le changement du Franc malien en franc CFA et le changement de parité du franc CFA qui constituent des facteurs pouvant influencer le coût des évacuations sanitaires ; la reprise des évacuations sanitaires par le Conseil de santé en 1994 et l'absence d'étude effectuée sur ce phénomène depuis 1978.

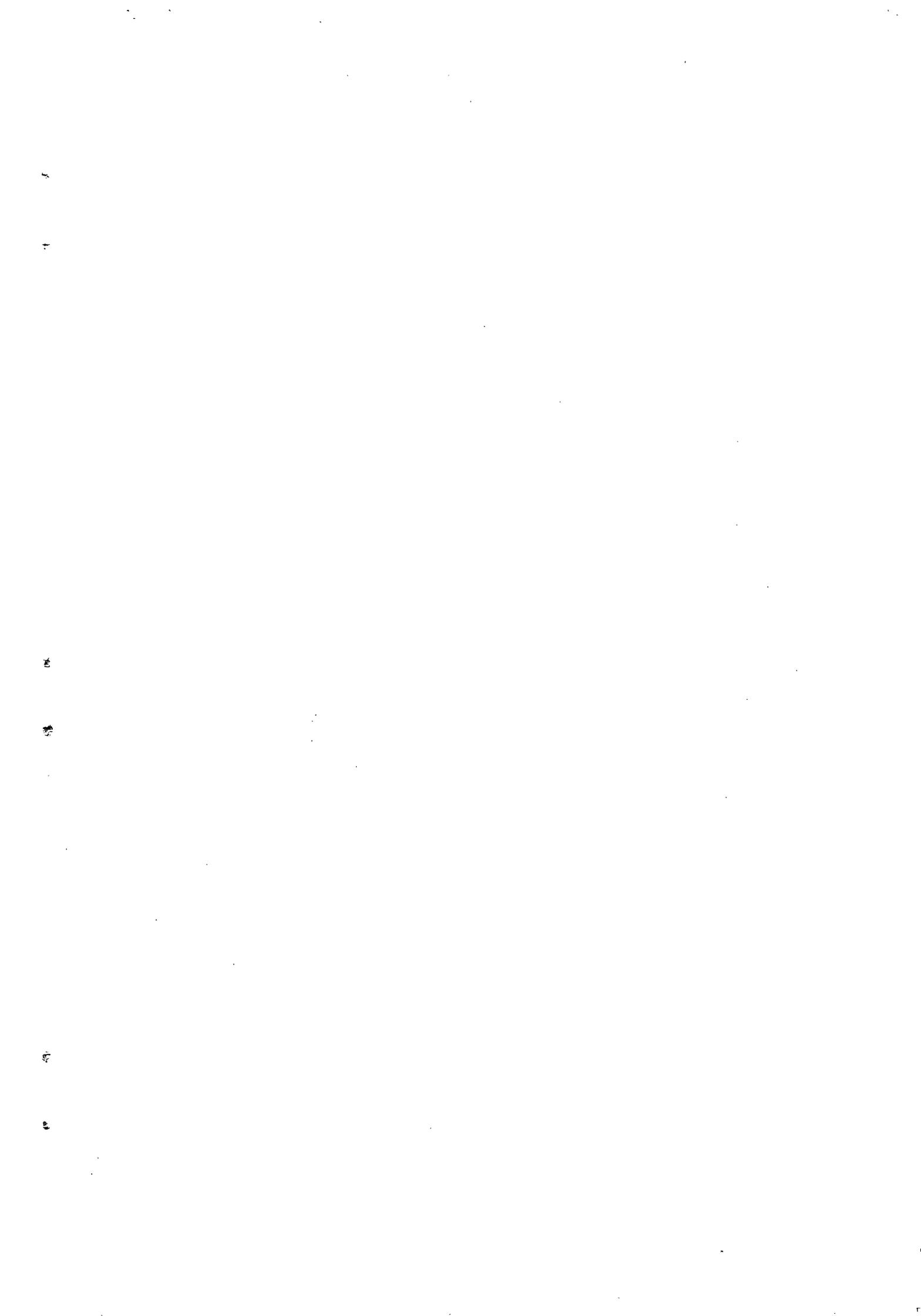
Dans cette étude nous nous sommes fixés les objectifs suivants :



- Objectif général: Etudier les évacuations sanitaires par le Conseil de Santé au Mali de 1994 à 1996.

- Objectifs spécifiques:

- Déterminer la fréquence des évacuations sanitaires par le Conseil de Santé.
- Déterminer les motifs des évacuations sanitaires par le Conseil de Santé.
- Déterminer le statut des évacués et le coût des évacuations sanitaires par le Conseil de Santé.



II - RAPPELS :

1. PROCEDURE DE L'EVACUATION:

Nous traiterons du dossier d'évacuation qu'il faut constituer, du Conseil de Santé qui statue sur ce dossier et les formalités d'évacuation.

1.1. Dossier d'Evacuation

Il est constitué par le Médecin-traitant du malade. Il ne pourra être introduit devant le Conseil de Santé sans que les conditions suivantes soient remplies:

- il doit comporter des observations détaillées sur l'affection du malade;
- toutes les investigations nécessaires possibles à Bamako doivent avoir été faites et cela en se renseignant auprès des laboratoires;
- s'adresser au spécialiste de la place si c'est un cas relevant d'une spécialité existante au Mali afin que selon les possibilités de son service, il donne son avis sur la question;
- éliminer systématiquement les dossiers des malades condamnés à court terme.

Tout dossier ne remplissant pas ces conditions sera rejeté.

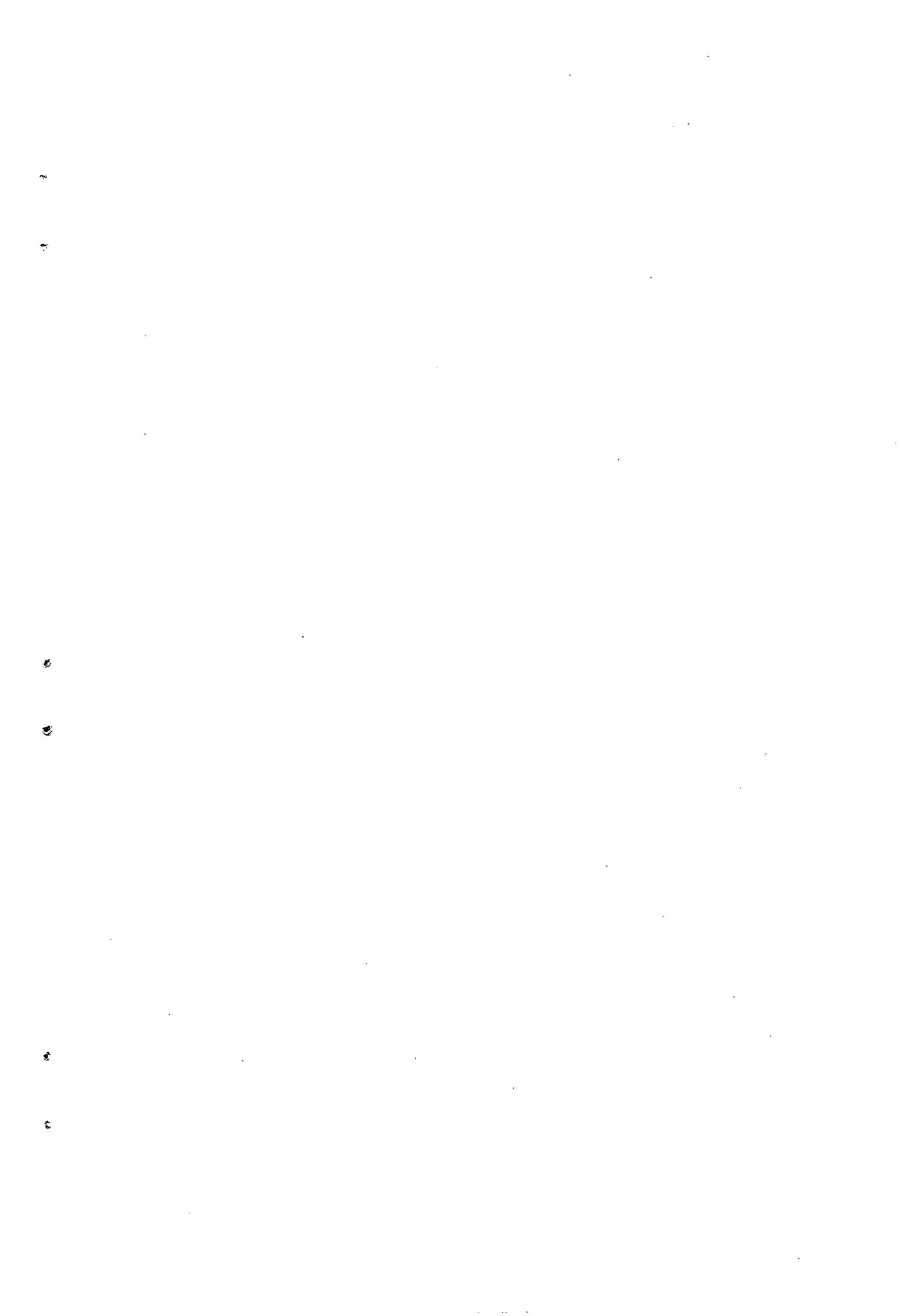
1.2. Conseil de Santé:

C'est l'instance de décision pour les évacuations sanitaires vers l'extérieur.

C'est un Conseil de 8 membres composés de spécialistes désignés par le Ministre de la Santé, des Personnes Agées et de la Solidarité.

Il se réunit tous les jeudi matin dans la salle du Conseil de Santé au Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales.

A l'issue de ses délibérations, le Conseil délivre le certificat de visite n° 1 (certificat d'évacuation).



1.3. Les formalités d'évacuation:

Dès que l'accord d'évacuation est obtenu, les services compétents du Département concerné établissent un appel d'offre à plusieurs centres capables de prendre la pathologie en charge puis les services du Ministère choisissent le centre d'accueil. Les services compétents du département concerné établissent un ordre de mission à faire signer par la Présidence du Gouvernement. Cet ordre de mission permet la délivrance du titre de voyage aller et retour.

Le Département concerné doit ensuite informer par télex, sous-couvert du Ministère des Affaires Etrangères, l'Ambulance du Mali dans le pays de destination de l'arrivée du patient, de la date et du numéro du vol qu'il doit emprunter.

Enfin, le malade au départ devra être en possession de son dossier médical du certificat délivré par le Conseil de Santé et de son ordre de mission, tout ceci sous pli cacheté qui lui sera remis par la Direction Nationale de la Santé.

2. DESTINATION:

Le Gouvernement de la République du Mali avait signé le 20 Février 1967 avec le Gouvernement de l'ex URSS et de l'ex RDA un accord sur la coopération dans le domaine de la Santé Publique.

Le Département de la Santé sollicitait auprès du Gouvernement Soviétique et Allemand l'autorisation d'évacuation, dont la suite devait être communiquée sans délai [7].

Grâce à cet accord, le Gouvernement de la République du Mali ne supporte que les frais du titre de voyage aller. Le retour et tous les frais afférents aux soins étant à la charge de l'URSS et de la RDA. Il faut signaler que ces accords n'existent plus.

Actuellement, les destinations se font essentiellement vers la France, la Côte d'Ivoire, le Sénégal et l'Algérie. Il n'y a pas d'accords spéciaux concernant les évacuations sanitaires entre le Mali et ces pays.



3. ACCUEIL A L'ETRANGER:

A l'aéroport de la ville de destination, les patients seront pris en charge par l'ambassade du Mali dans ce pays.

Tous les évacués sanitaires seront reçus par le médecin conseil du Mali. Il est habilité à orienter les malades vers une formation spécialisée.

4. Conditions d'Evacuation par Avion :

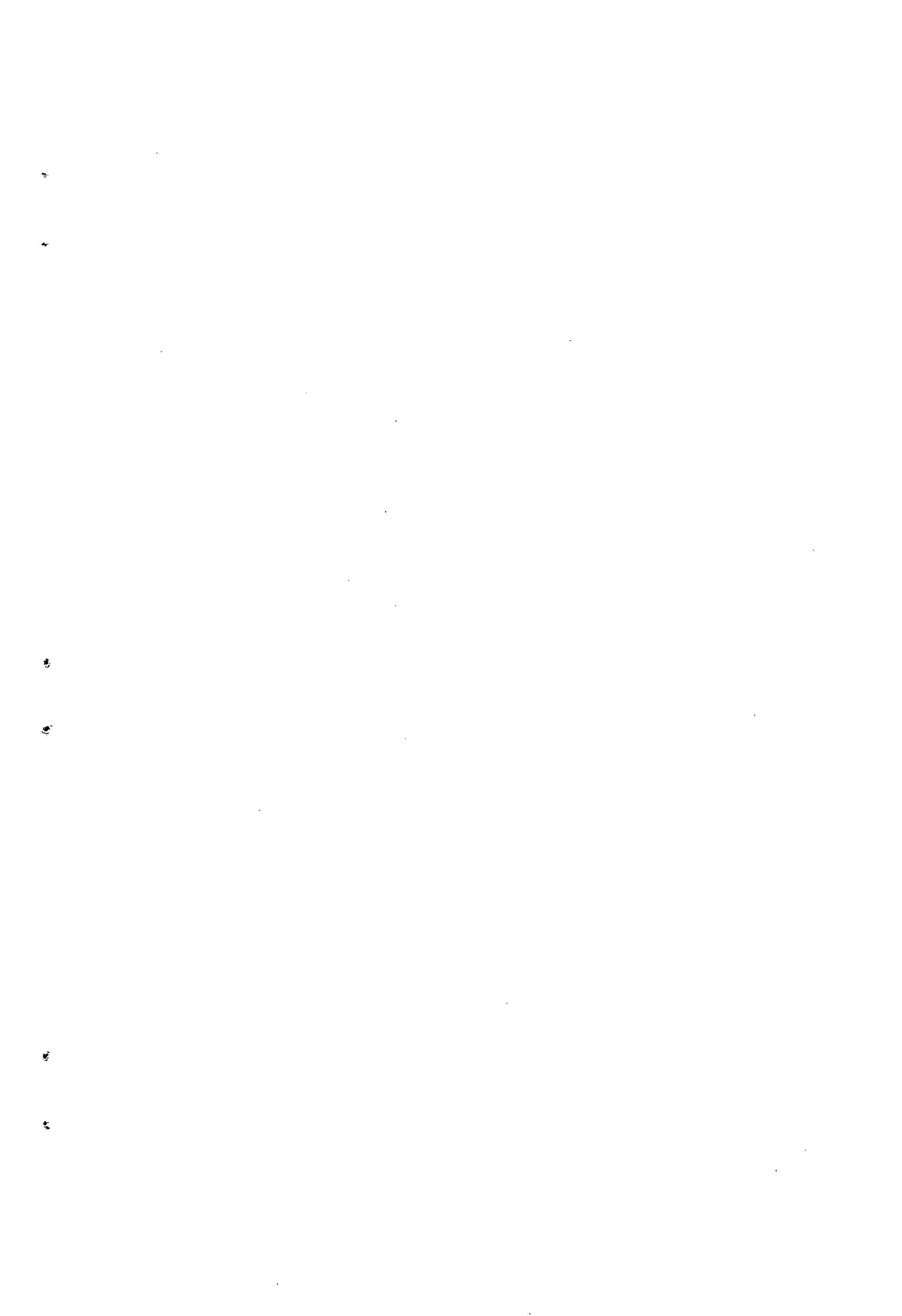
Il est évident que ce genre d'évacuation doit obéir à certaines règles:

- Tous les malades convoyés doivent être stabilisés tout au moins sur le plan circulatoire et respiratoire.
- Il existe quelques contre indications:
 - Infarctus myocardique au stade initial.
 - Embolie pulmonaire massive récente.
 - Hémorragie digestive grave poursuivant ou récidivant malgré la réanimation.

Certaines compagnies aériennes, soucieuses du confort du malade et de celui de leurs passagers, ont aménagé des compartiments spéciaux démontables dans les cabines et cela à partir du 1er mars 1972 [7].

Cet appartement s'appelle «le kit sanitaire». Il permet d'isoler le malade du reste de la cabine procurant ainsi de bonnes conditions de surveillance pendant le vol et empêchant ainsi toute possibilité de contamination.

- Enfin, ces évacuations se faisant d'une nation à l'autre, et sur des avions de ligne, l'IATA (International Air Transport Association) exigent un «certificat médical d'aptitude au voyage aérien» signé par le médecin-traitant dégageant ainsi la responsabilité du transporteur.



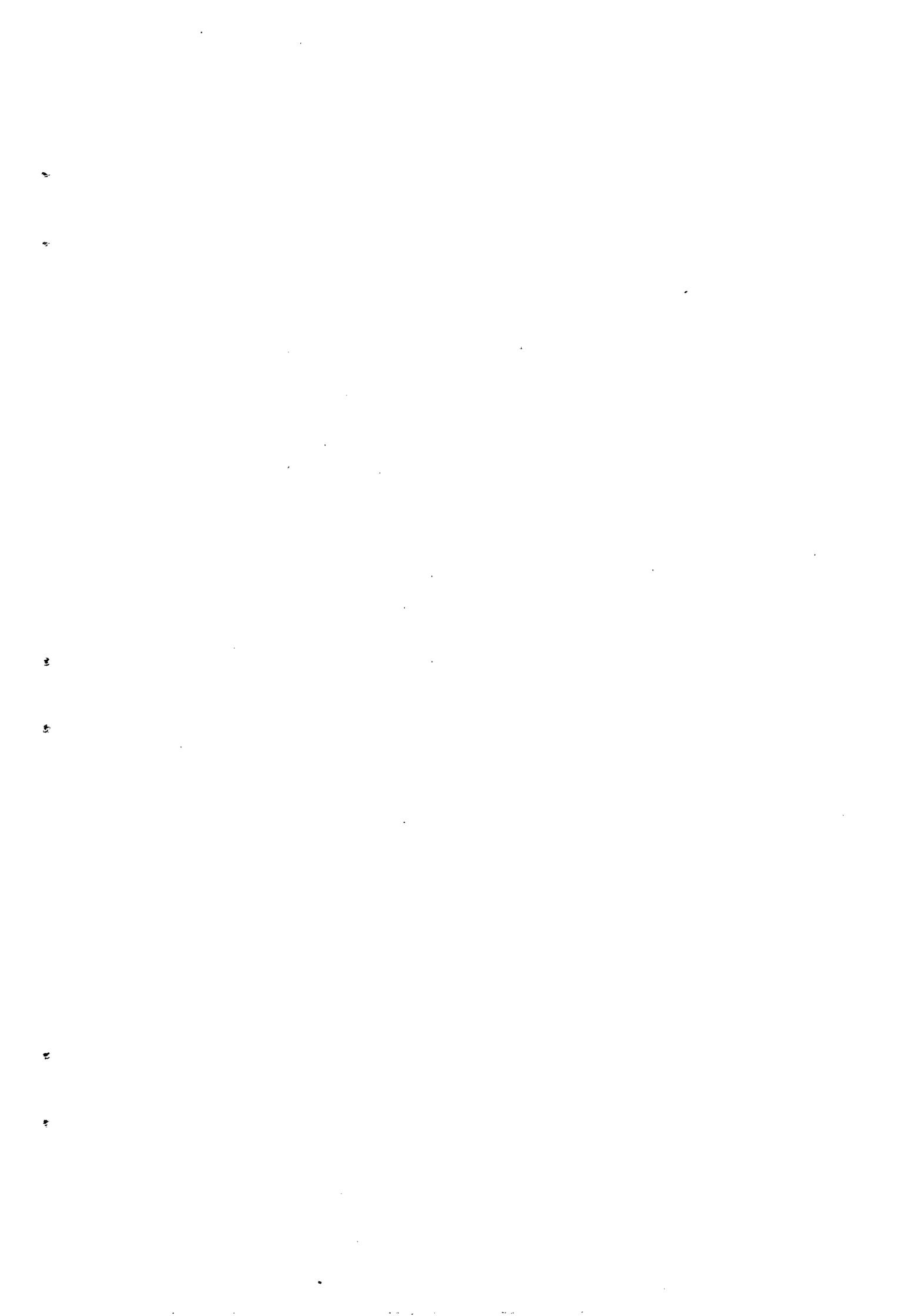
5. AFFECTATIONS CONCERNEES

Le procès-verbal d'une réunion du Conseil de Santé est clair à ce sujet: l'évacuation sanitaire sera accordée pour:

- les interventions chirurgicales, appareillages et traitements impossibles à faire techniquement à Bamako.
- Les explorations para cliniques spécialisées techniquement impossibles à faire à Bamako.



Methodologie



III - METHODOLOGIE

Notre travail est une étude rétrospective. Elle couvre une période de 3 ans allant de Janvier 1994 à Décembre 1996. Il s'agit d'une compilation d'anciens dossiers des malades dont les médecins traitant ont fait une demande d'évacuation sanitaire au Conseil de Santé du Mali.

1. CRITERES D'INCLUSION:

Tous les malades dont les médecins traitant ont fait une demande d'évacuation sanitaire au Conseil de Santé du Mali a été établie (par un médecin ou non) au cours de notre période d'étude.

2. CRITERE DE NON-INCLUSION:

- Tous les malades ayant fait l'objet d'évacuation sanitaire sans passer par le Conseil de Santé du Mali ;
- Tous les malades dont les dossiers sont parvenus avant le 1^{er} janvier 1994 et après le 31 décembre 1996.

3. L'ENQUETE:

Pour l'élaboration de notre travail, plusieurs étapes ont été suivies.

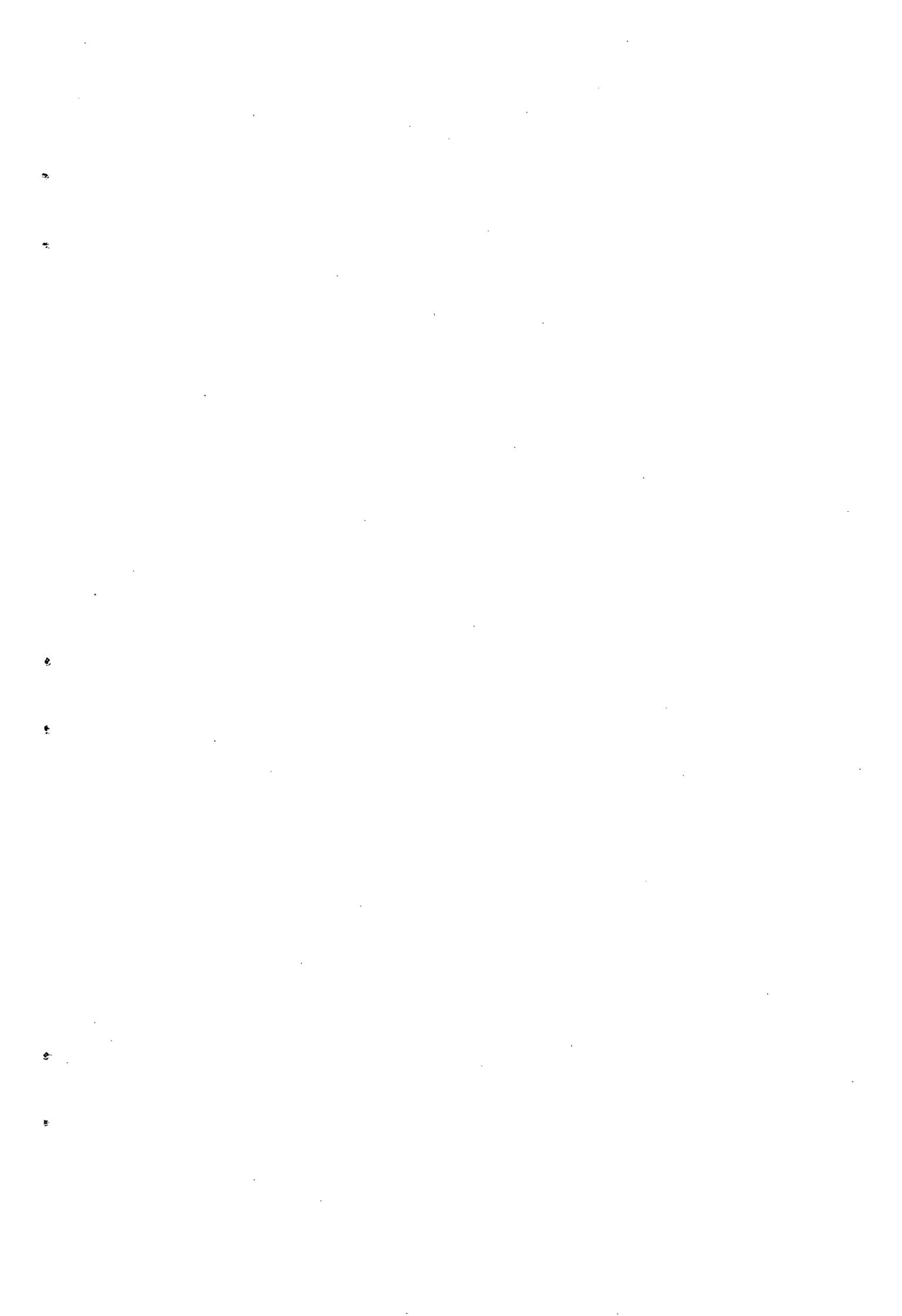
3.1. La Revue de La Littérature:

Elle a été faite essentiellement à la bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie et a consisté à une lecture des périodiques, des publications et des livres qui sont surtout en rapport avec notre sujet d'étude.

3.2. La Phase de Conception et de Confection de la Fiche d'Enquête:

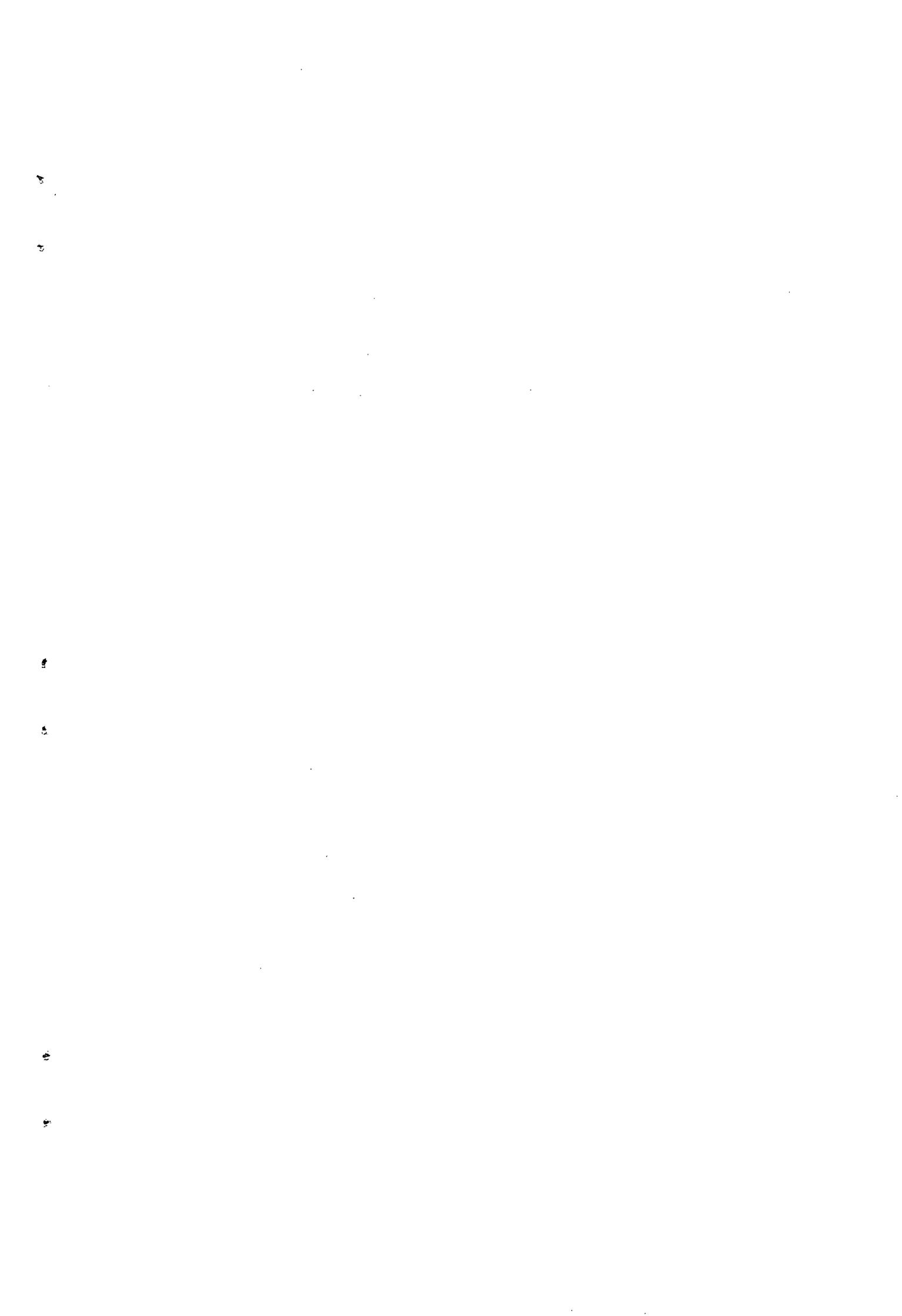
Elle a été faite par nous même puis corrigée par notre Directeur de Thèse. C'est une fiche comprenant 63 variables réparties en 8 rubriques:

- Une partie administrative: permettant de collecter les renseignements sur l'état civil du patient et son adresse.



- Une partie sur le médecin ou tout autre demandeur de l'évacuation: permettant de nous renseigner essentiellement sur son titre, sa fonction, sa spécialité et sur la structure (service) dans laquelle travaille la personne.
- Une partie clinique au Mali : permettant de nous renseigner essentiellement sur:
 - le diagnostic posé par le médecin demandeur de l'évacuation, la classification de ce diagnostic dans les différents groupes de pathologie et de spécialités ;
 - la durée d'évolution de la maladie;
 - les antécédents médicaux et chirurgicaux du malade;
 - le diagnostic posé dans le pays d'accueil.
- Une partie relative à «l'acte d'évacuation» permettant de nous édifier sur:
 - le mode d'évacuation,
 - le pays d'accueil,
 - la nature de l'évacuation,
 - la durée de séjour.
- Une partie paraclinique: permettant de nous renseigner sur les examens complémentaires surtout radiologiques effectués au pays d'accueil.
- Une partie thérapeutique: permettant de nous renseigner globalement sur la nature du traitement effectué avant l'évacuation, c'est-à-dire par le médecin traitant, les suites de ce traitement et le traitement effectué au pays d'accueil.
- Une partie financière: permettant de nous renseigner sur le coût financier des évacuations et la prise en charge de ce coût.

Une partie traitant du suivi des patients au retour; elle s'étale sur une période de 3 ans.



3.3. L'étape de collecte des données:

Ces données sont collectées à partir, des dossiers des malades qui sont au niveau du secrétariat du Conseil de Santé du Mali, des dossiers qui sont au niveau des services des médecins demandeurs de l'évacuation sanitaire, des dossiers de compte rendu d'hospitalisation des patients à l'étranger. Les données financières nous ont été transmises par la Direction Administrative et Financière du Ministère de la Santé Publique, des Personnes Âgées et de la Solidarité.

3.4. La Phase d'Enquête sur le Terrain:

L'enquête sur le terrain avait pour objet de retrouver tous les patients ou les «personnes-contact» résidant à Bamako, les adresses précises de domicile et ou du service ont rendu possible cette phase d'enquête. Dans le cas où l'adresse n'a pas été bien précise, nous avons fait du porte à porte dans la zone ou dans le quartier indiqué.

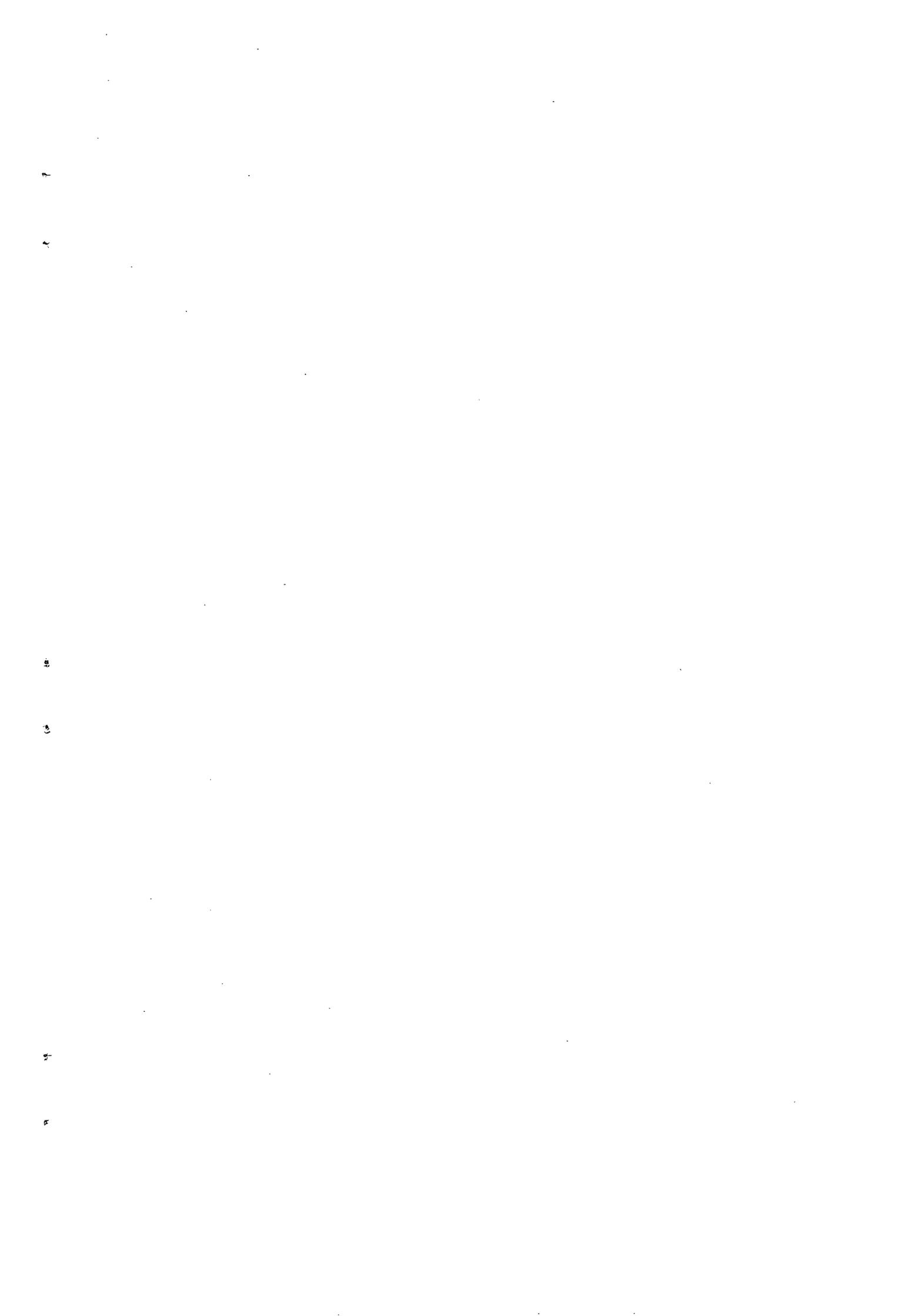
Lorsque l'intéressé ou la personne contact résidait hors de Bamako, nous nous sommes limités aux renseignements fournis par le dossier du malade et par le médecin traitant résidant à Bamako.

3.5. La phase de saisie et d'analyse des données:

Elle a duré un mois et a été effectuée dans les cellules informatiques de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomologie, de la Chirurgie «B» et de l'Institut Marchoux par nous même sur logiciel EPI-INFO après une formation pratique en informatique.

Le traitement de texte a été fait avec le logiciel WINWORD 6.0.

Les tests statistiques utilisés ont été le khi2 et l'exact Fischers pour les petits effectifs.



Resultats Globaux

7

11

20

14

18

22

IV. RESULTATS GLOBAUX

1. ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES

1.1. Répartition des malades selon la fréquence :

Tableau 1 : Répartition des malades selon l'année

Années	Dossiers Acceptés		Dossiers Refusés		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
1994	42	24,00%	11	6,29%	53	30,29%
1995	60	34,29%	4	2,29%	64	36,57%
1996	49	28,00%	9	5,14%	58	33,14%
TOTAL	151	86,29%	24	13,71%	175	100,00%

Durant notre période d'étude, 175 dossiers ont été examinés par le conseil de santé. 151 dossiers ont eu un avis favorable soient 86,29%; 24 dossiers ont été rejetés soient 13,71%. Nous avons eu une moyenne de 58,33 dossiers examinés par an.

Tableau 2 : Répartition des malades selon leur âge

Tranche d'âge	Effectif	%
0-14 ans	31	17,71%
15-25 ans	21	12,00%
30-44 ans	53	30,29%
45-59 ans	49	28,00%
60 ans et plus	21	12,00%
TOTAL	175	100,00%

L'âge est précisé sur l'ensemble des dossiers et a montré:

- Une moyenne d'âge de 37,19 ans
- Un écart-type de 18,78 ans
- Une classe modale [30-44]
- Un âge maximum de 76 ans
- Un âge minimum d'un an

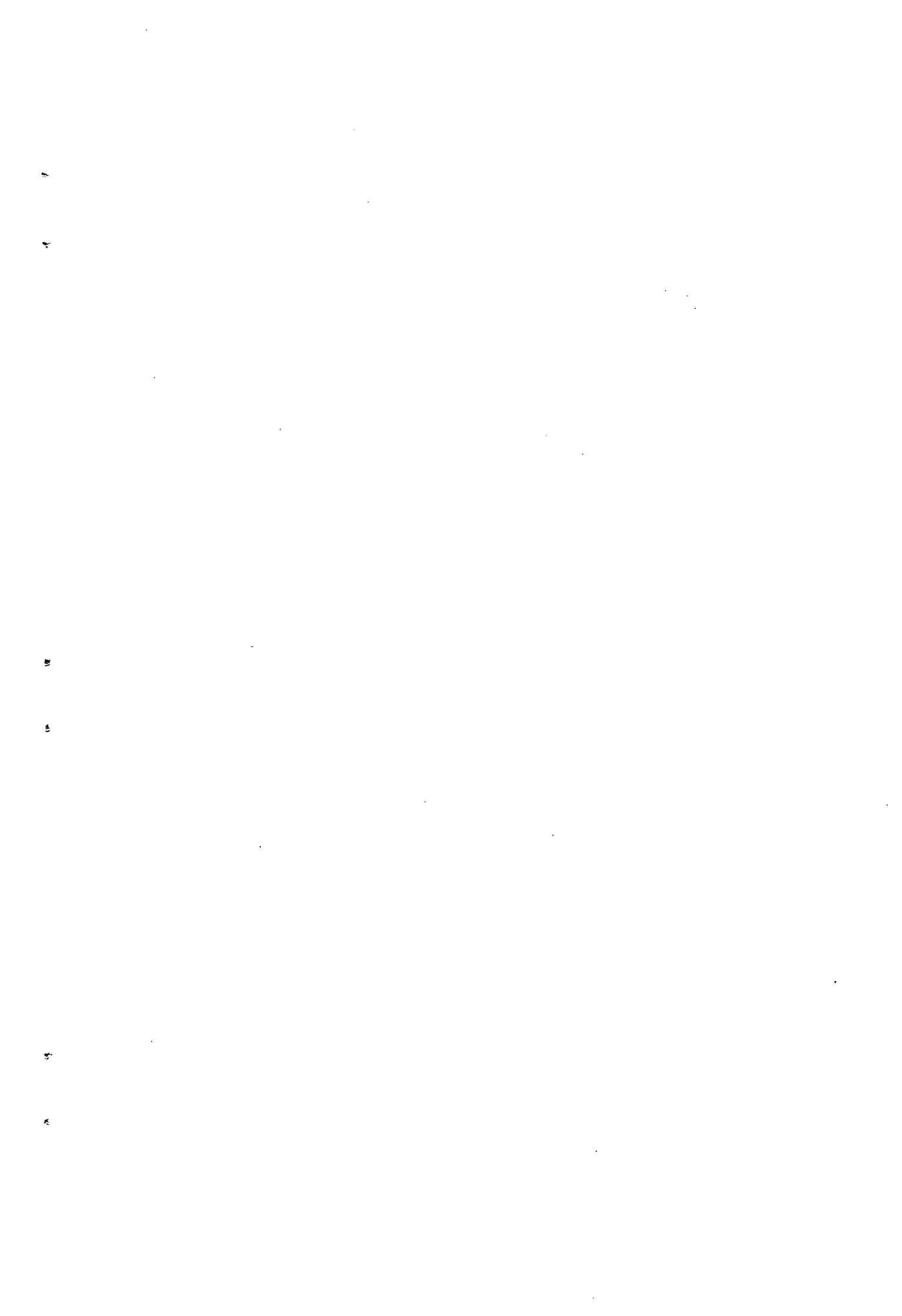


Tableau 3 : Répartition des malades selon leur sexe

Sexe	Effectif	%
Masculin	110	62,86%
Féminin	65	37,14%
TOTAL	175	100,00%

Le sexe ratio a été de 1,69 en faveur des hommes

Tableau 4 : Répartition des malades selon leur âge et leur sexe

Age	Femmes		Hommes		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
0-14 ans	17	9,71%	15	8,57%	32	18,29%
15-25 ans	7	4,00%	16	9,14%	23	13,14%
30-44 ans	22	12,57%	28	16,00%	50	28,57%
45-59 ans	17	9,71%	32	18,29%	49	28,00%
60 ans et plus	2	1,14%	19	10,33%	21	12,00%
Total	65	37,14%	110	62,86%	175	100,00%

Test statistique (Exact-Fisher) non significatif $P < 0,005$. Les malades âgés de 30 à 44ans ont été les plus nombreux dont 22 femmes et 28 hommes.

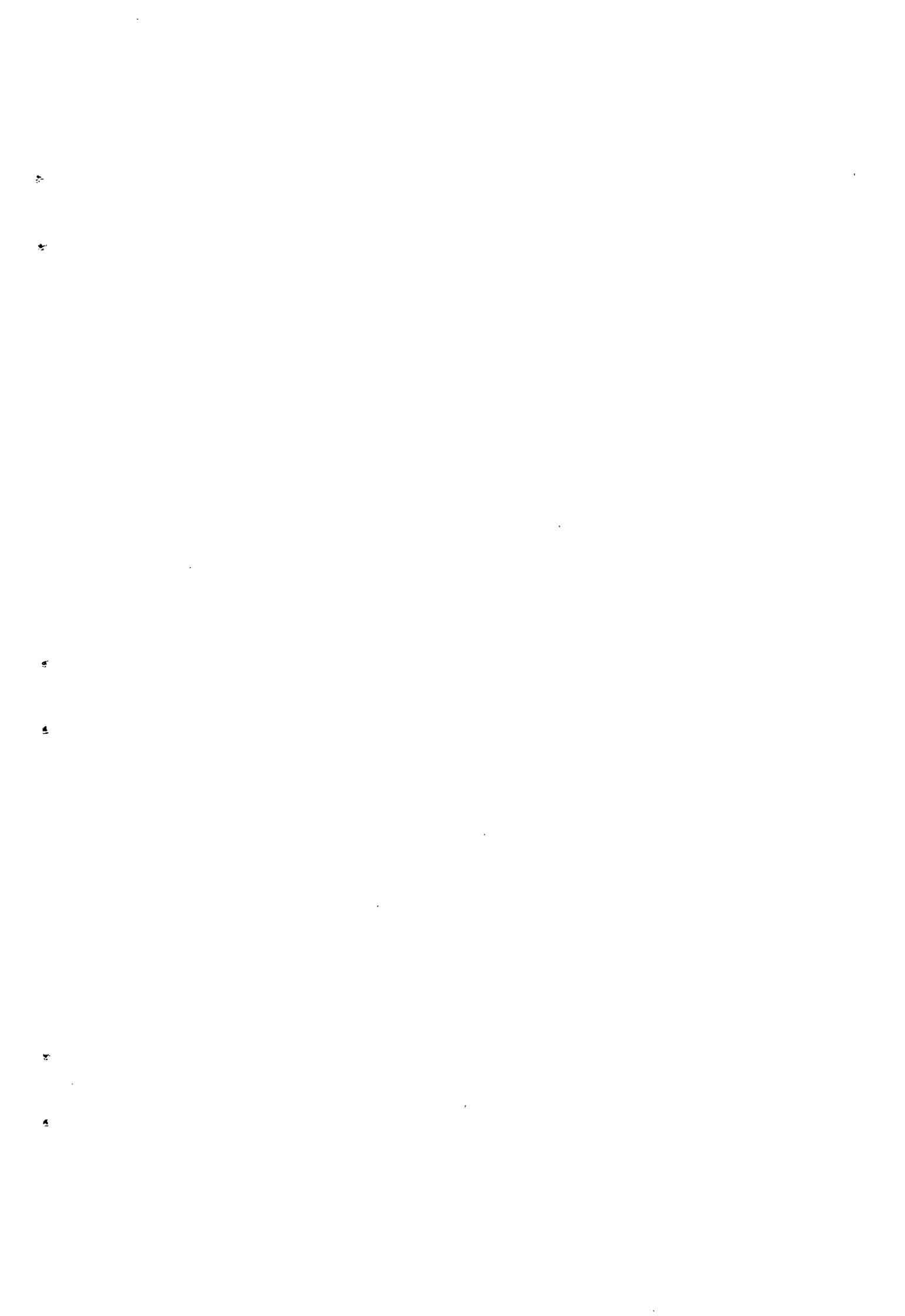


Tableau 5 :

Répartition des malades selon
leur ethnie

Ethnies	Effectif	%
Bambara	74	42,29%
Peulh	36	20,57%
Malinké	21	12,00%
Sonrhaï	18	10,29%
Sarakolé	16	9,14%
Dogon	8	4,57%
Indéterminés	2	1,14%
Total	175	100,00%

Dans notre série, les Bambaras ont représentés 42,29% des cas, suivis des Peulhs avec 20,57%

Tableau 6 :

Répartition des malades selon
leur principale occupation

Principale Occupation	Effectif	%
Cadres Supérieurs	69	39,43%
Elèves et étudiants	40	22,86%
Cadres moyens	34	19,43%
Militaires	15	8,57%
Enfants (< 5 ans)	10	5,71%
Ménagères	7	4,00%
Total	175	100,00%

Les cadres supérieurs ont été les plus nombreux avec 39,43% des cas. A noter qu'il y a eu 4,00% des cas qui étaient des ménagères.

18

19

20

21

22

23

Tableau 7 :

Répartition des malades selon leur résidence

Résidence	Effectif	%
Bamako	156	89,14%
Ségou	6	3,43%
Kayes	5	2,86%
Koulikoro	4	2,29%
Gao	2	1,14%
Tombouctou	1	0,57%
Kidal	1	0,57%
Total	175	100,00%

Tous nos patients ont été de nationalité malienne et 89,14% résidaient à Bamako.

Tableau 8 :

Répartition des malades selon leur état matrimonial

Etat matrimonial	Effectif	%
Célibataires	53	30,29%
Mariés	119	68,00%
Divorcés	0	0,00%
Veufs	3	1,71%
Total	175	100,00%

68,00% de nos malades étaient mariés. A noter que 1,71% étaient veufs et aucun malade n'était divorcé

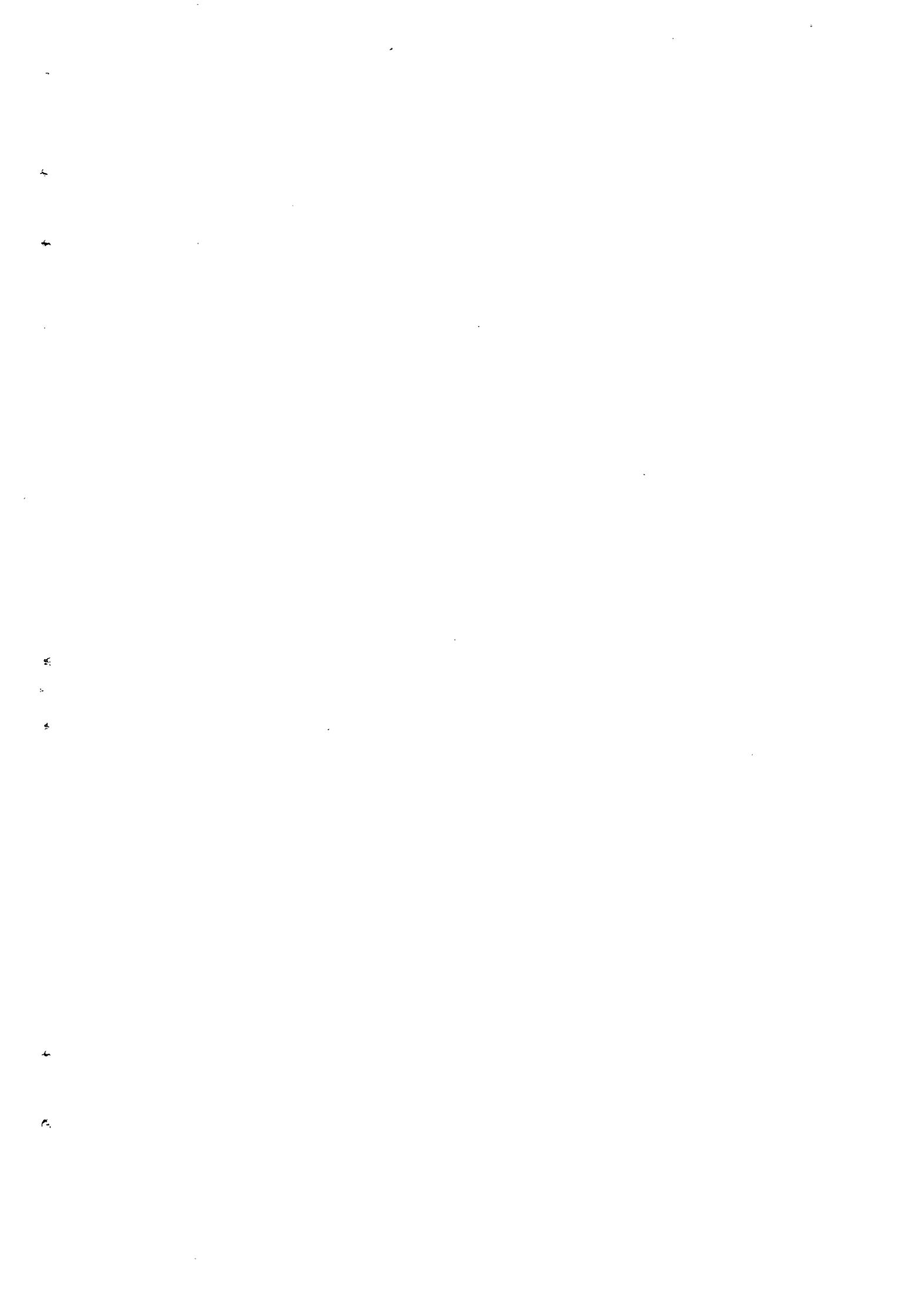


Tableau 9 : Répartition des malades selon le titre du médecin demandeur de l'évacuation

Titre	Effectif	%
Professeur	124	70,86%
Assistant chef clinique	46	26,29%
Medecin Généraliste	5	2,86%
Total	175	100,00%

Le plus grand nombre de nos patients (70,86%) ont eu un médecin traitant qui a le titre de Professeur titulaire ou agrégé

Tableau 10 : Répartition des malades selon la fonction du médecin demandeur de l'évacuation

Fonction du demandeur	Effectif	%
Chef de Service	133	76,00%
Adjoint du Chef de Service	31	17,71%
Autres	11	6,29%
Total	175	100,00%

Dans notre série, 76,00% des patients ont été adressés au conseil de santé par des chefs de service. A noter que 6,29% étaient des médecins travaillant dans l'administration.

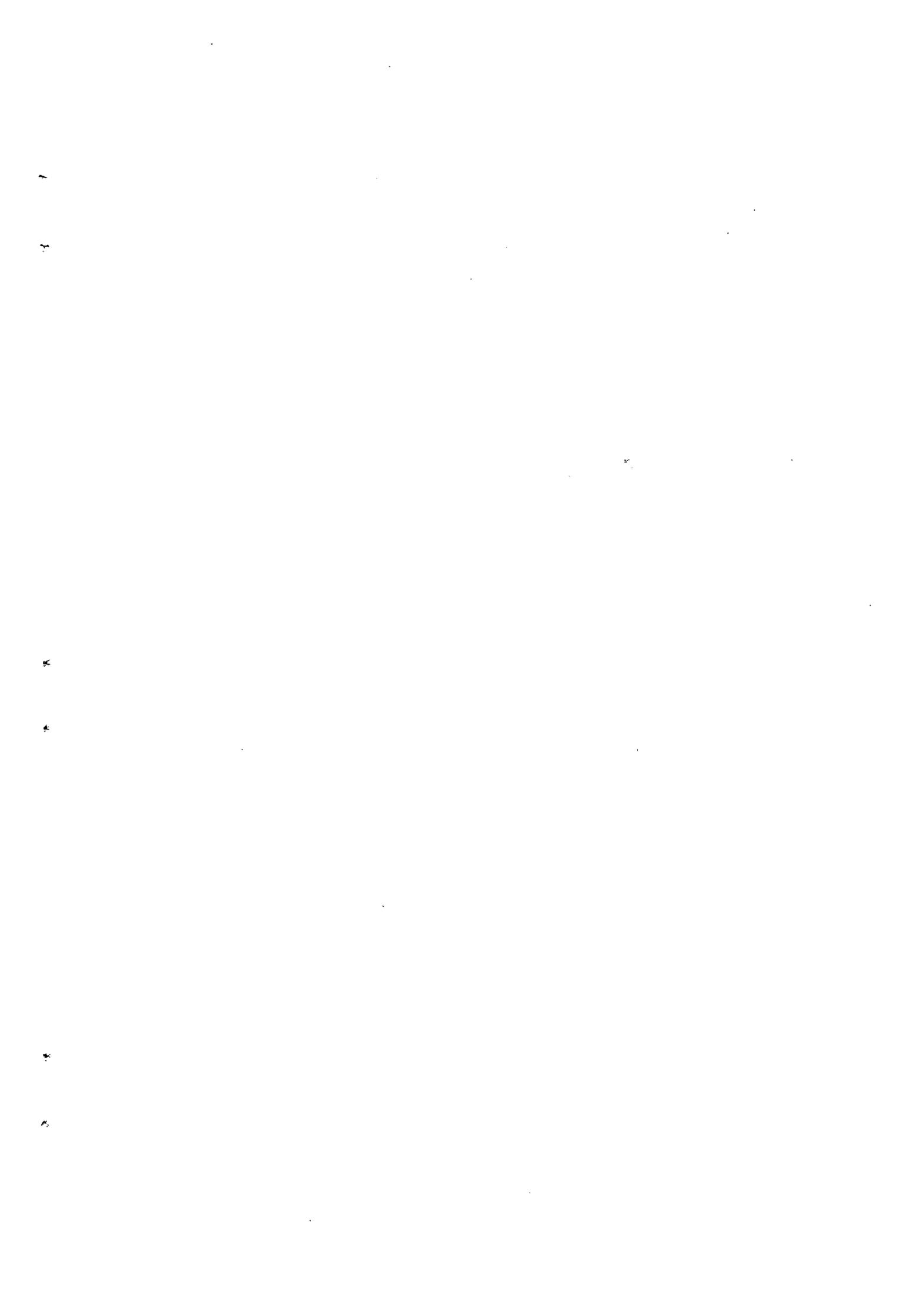


Tableau 11 : Répartition des malades selon la spécialité du médecin demandeur de l'évacuation

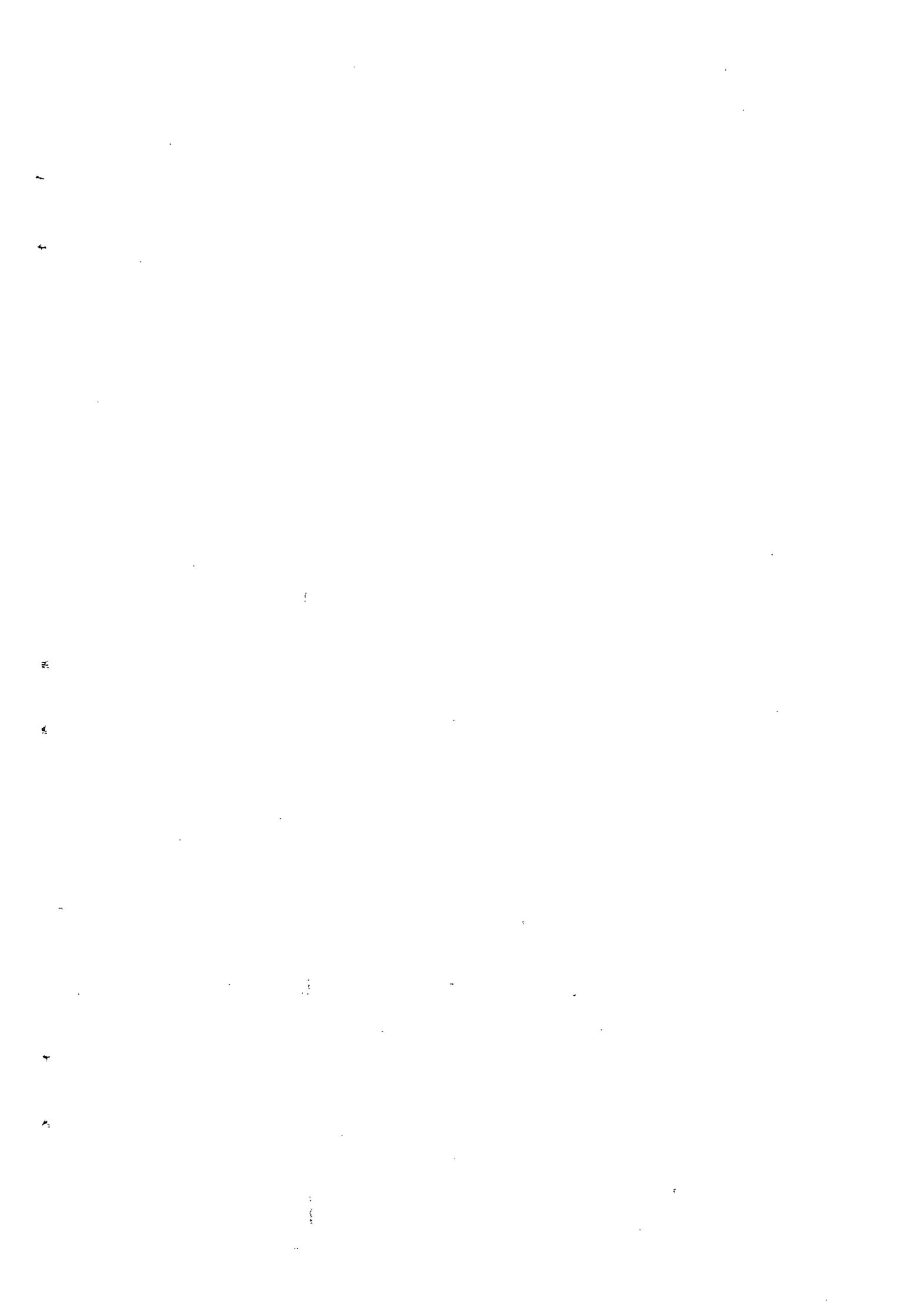
Spécialité	Effectif	%
Spécialiste	170	97,14%
Non-Spécialiste	5	2,86%
Total	175	100,00%

2,86% des malades ont été adressés au conseil de santé par des médecins qui ne sont pas spécialistes de la pathologie qui a motivé l'évacuation.

Tableau 12 : Répartition des malades selon les structures sanitaires de provenance

Structures sanitaires	Effectif	%
Hopital Gabriel TOURE	83	47,43%
Hopital du Point G	64	36,57%
Hopital de Kati	11	6,29%
IOTA	15	8,57%
Hopitaux Régionaux	2	1,14%
Total	175	100,00%

47,43% de nos malades provenaient de l'Hopital Gabriel TOURE; 8,57% de l'IOTA et 1,14% des hopitaux régionaux.



2. ASPECTS CLINIQUES ET PARACLIQUES

Tableau 13 : Répartition des malades selon leurs pathologies

Pathologies	Effectif	%
Cardiopathies	43	24,57%
Affections traumatologiques	39	22,29%
Affections neurologiques	28	16,00%
Cancers	21	12,00%
Affections urologiques et néphrologiques	17	9,71%
Affections oculaires	17	9,71%
Maladies congénitales	7	4,00%
Affections ORL	3	1,71%
Total	175	100,00%

Dans notre série, les cardiopathies ont été les plus nombreuses avec 24,57% des cas. Les cancers ont représentés 12,00% et les affections ORL: 1,71%

Tableau 14 : Répartition des malades selon la durée d'évolution de leur maladie

Evolution (mois)	Effectif	%
Moins d'un (01) mois	6	3,43%
1-5 mois	24	13,71%
7-12 mois	37	21,14%
13-18 mois	16	9,14%
19-24 mois	24	13,71%
25-30 mois	10	5,71%
31-36 mois	19	10,86%
37 mois et plus	36	22,29%
Total	175	100,00%

22,29% de nos patients ont eu une durée d'évolution de leur maladie supérieure ou égale à 37 mois. La durée moyenne d'évolution a été de 27,88 mois. La durée d'évolution la plus longue a été de 156 mois (13 ans) et la plus courte a été d'un (1) mois.

L'écart-type = 26,82 mois.

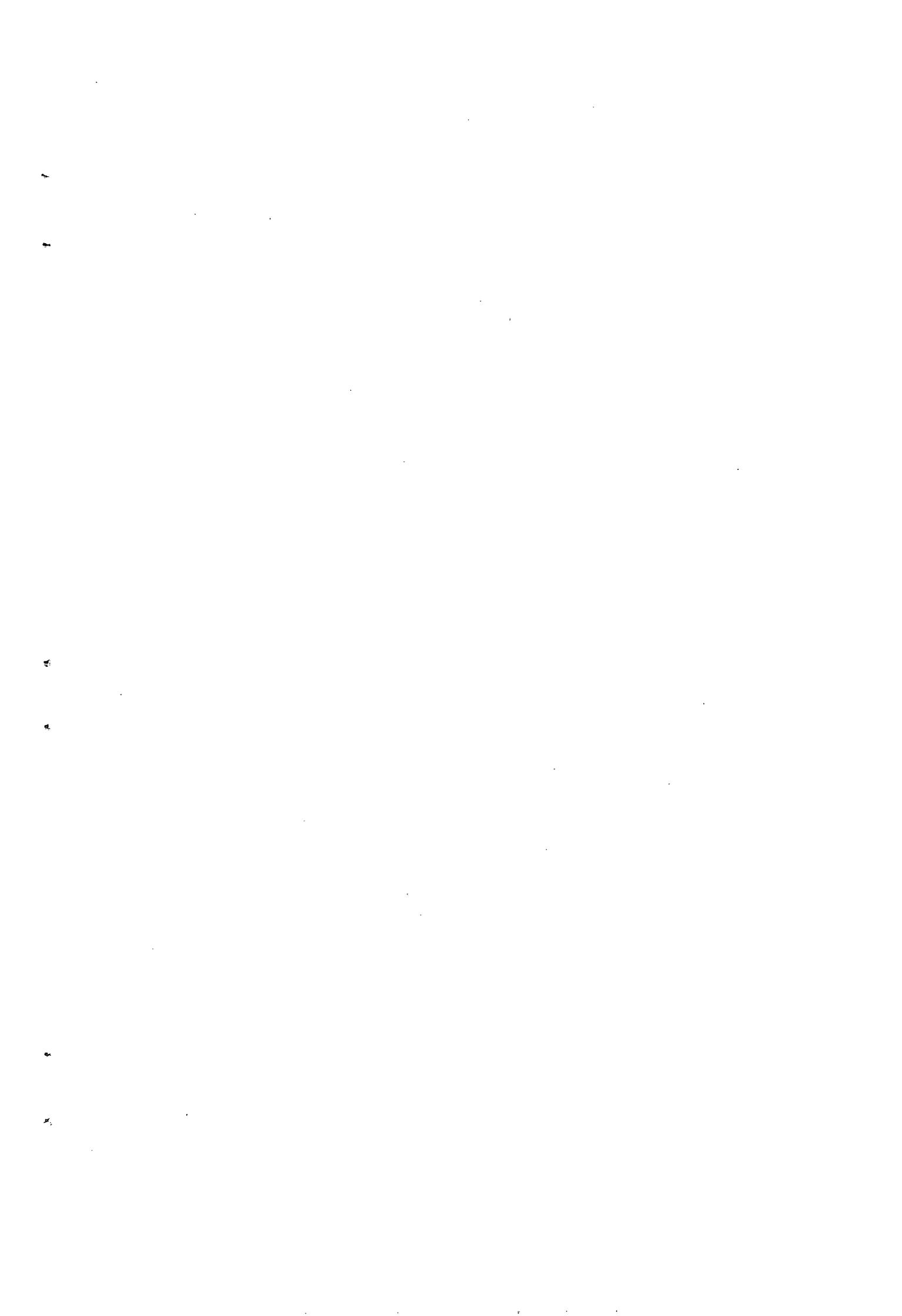


Tableau 15 : Répartition des malades selon l'urgence
de l'évacuation

En fonction de l'urgence	Effectif	%
Urgentes	21	13,91%
Plus ou moins urgentes	33	41,72%
Pas urgentes	67	44,37%
Total	151	100,00%

Les évacuations urgentes ont représenté 13,91%. 44,37% des évacuations n'étaient pas urgentes

Tableau 16 : Répartition des malades selon la nature
des examens complémentaires effectués
au pays d'accueil

Examens complémentaires	Effectif	%
ECG+RX+Echo	50	33,11%
Scanner	54	35,76%
RX	28	13,54%
EEG	10	6,32%
Echo+RX	9	5,96%
Total	151	100,00%

Le scanner a été effectué chez 33,11% des malades. 5,96% ont fait l'échographie plus la radiographie.

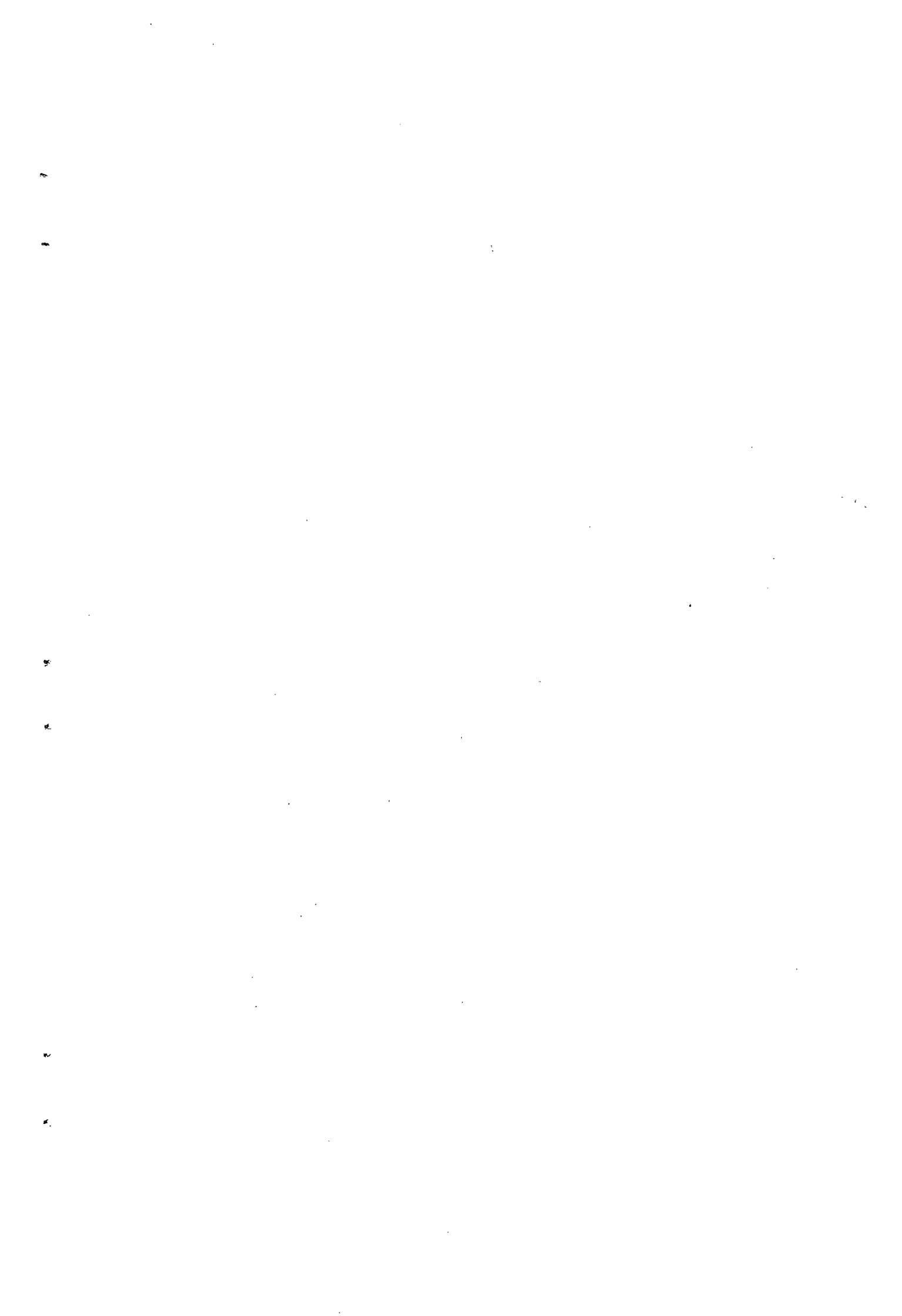
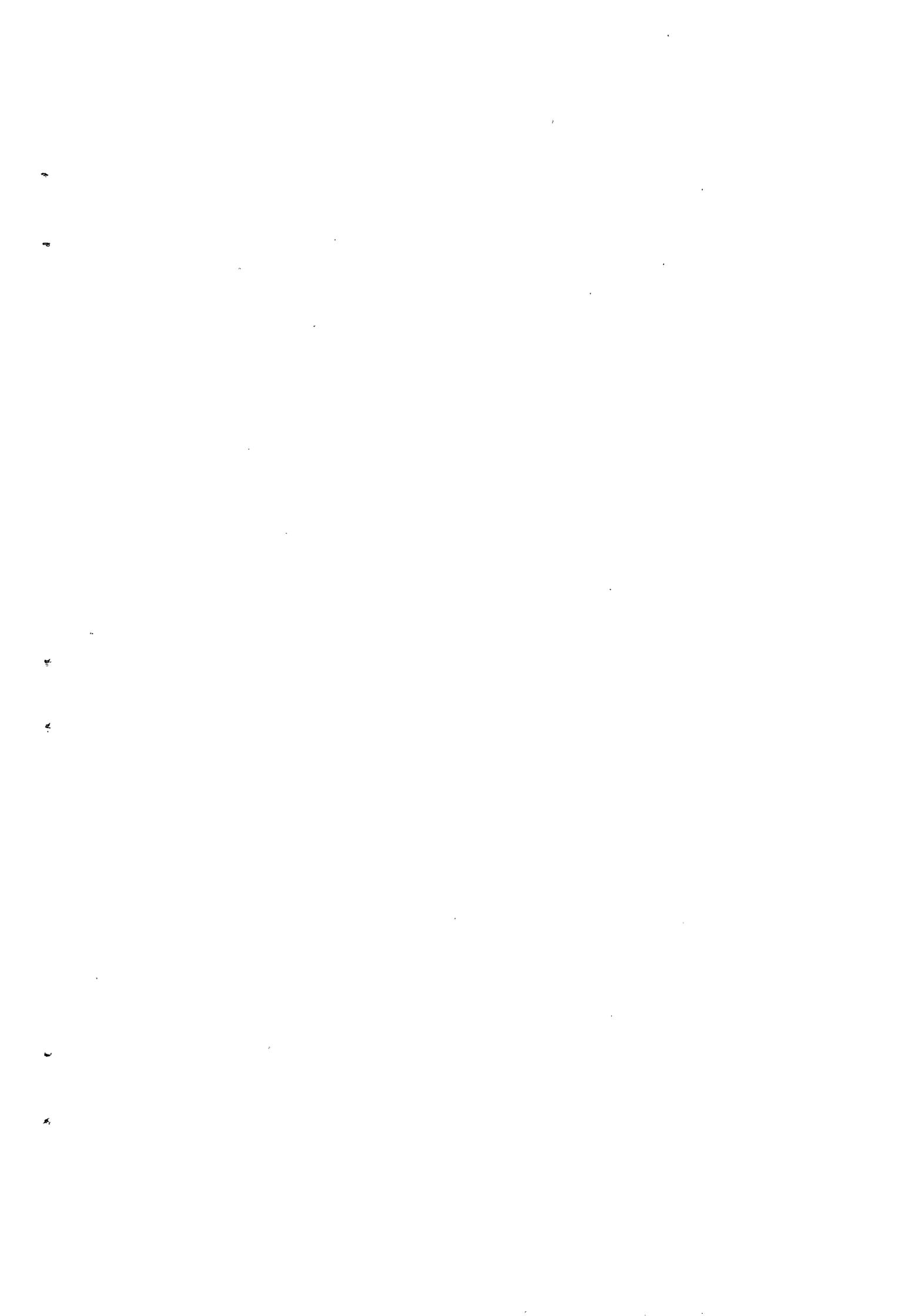


Tableau 17 :

Répartition des malades selon la nature du traitement effectué au pays
d'accueil

Nature du traitement	Chirurgical		Médical		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Cardiopathies	35	23,18%	2	1,32%	37	24,50%
Affections traumatologiques	34	22,52%	0	0,00%	34	22,52%
Affections neurologiques	19	12,52%	5	3,31%	24	15,89%
Cancers	13	8,61%	8	5,30%	21	13,91%
Affections urologiques et néphrologiques	8	5,30%	5	3,31%	13	8,61%
Affections oculaires	13	8,61%	0	0,00%	13	8,61%
Maladies congénitales endocriniennes	2	1,32%	4	2,65%	6	3,97%
Affections ORL	3	1,99%	0	0,00%	3	1,99%
Total	127	34,11%	24	15,89%	151	100,00%

84,11% des malades ont été traités chirurgicalement; 15,89% ont été traités médicalement.



3. PRISE EN CHARGE

Tableau 18 : Répartition des malades en fonction de la source de la prise en charge des frais

Prise en charge	Effectif	%
Gouvernement	137	90,73%
Entreprises autonomes	8	5,30%
Organismes humanitaires	4	2,65%
Frais personnels	2	1,32%
Total	151	100,00%

90,73% des malades ont été pris en charge entièrement par le gouvernement du MALI. 1,32% sont partis de leur propre frais et 2,65% ont été pris en charge par des organismes humanitaires

Tableau 19 : Répartition des malades selon le pays d'accueil

Pays d'accueil	Effectif	%
France	76	50,33%
Côte d'Ivoire	52	34,41%
Sénégal	9	5,96%
Algérie	7	4,64%
Allemagne	2	1,32%
Suisse	2	1,32%
Maroc	2	1,32%
USA	1	0,65%
Total	151	100,00%

50,33% de nos malades ont été évacués en France. Un (1) seul cas a été évacué aux ETATS UNIS D'AMERIQUE.

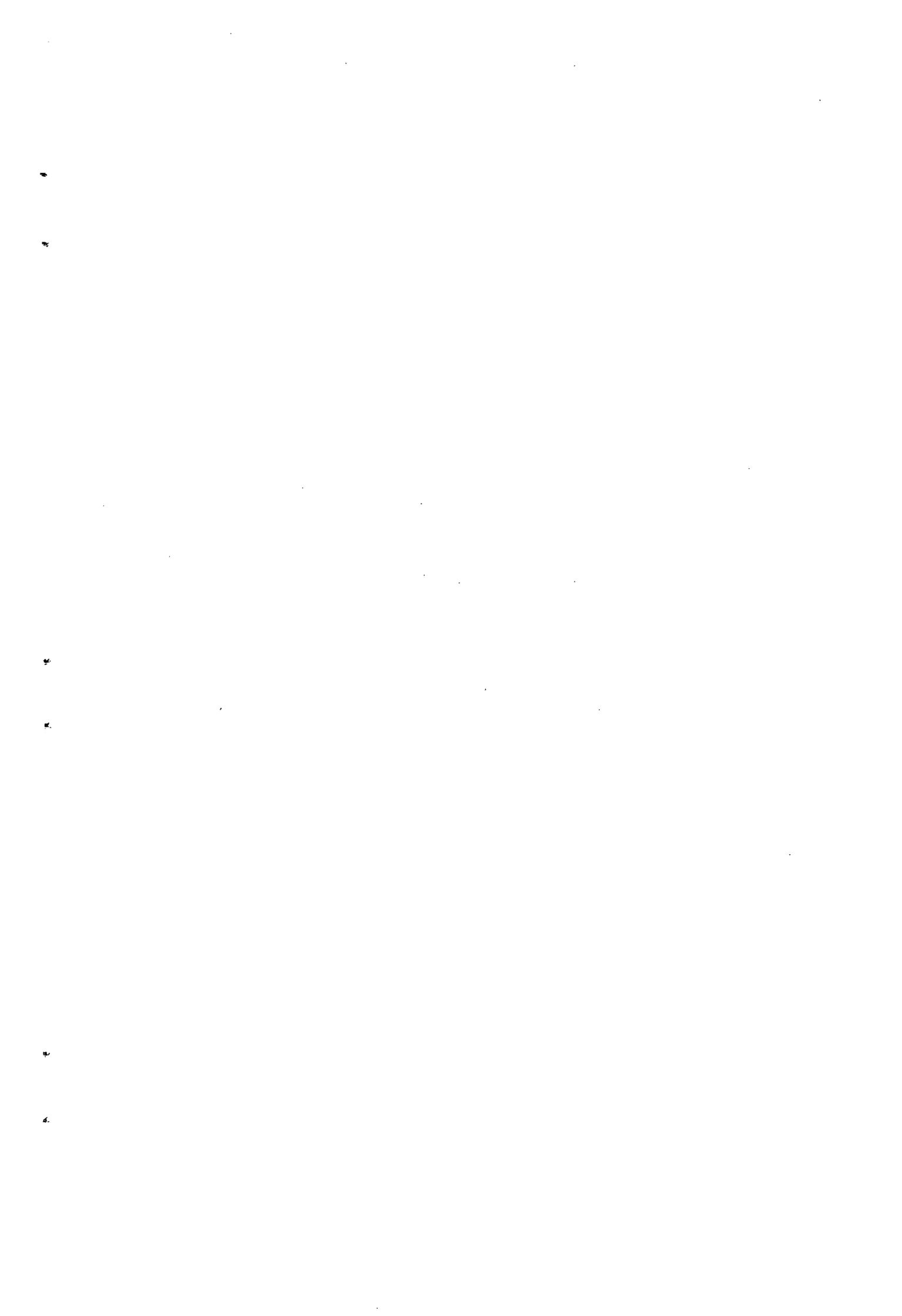


Tableau 20 : Répartition des malades en fonction de la durée
de leur séjour

Durée de séjour (jours)	Effectif	%
18-28 jours	18	11,92%
29-39 jours	65	43,05%
40-50 jours	56	37,09%
51 jours et plus	12	7,95%
Total	151	100,00%

La durée de séjour était comprise entre 18 et 80 jours avec une moyenne de 38,68 jours; écart-type = 9,94 jours. 88,09% de nos malades ont eu une durée de séjour supérieure ou égale à 29 jours.

Tableau 21 : Répartition des coûts en fonction de la somme
totale payée

Prise en charge	Effectif	Montant (F CFA)	% (Montants)
Gouvernement	137	460556093	87,78%
Entreprises autonomes	8	29205700	5,57%
Organismes humanitaires	4	11075000	2,10%
Propres Frais	2	23806400	4,54%
Total	151	524643193	100,00%

La moyenne= 3 474 458 F CFA
 L'écart-type = 2 756 000 F CFA
 Le minimum= 157 800 F CFA
 Le maximum= 14 466 400 F CFA
 La moyenne annuelle= 174 881 064 F CFA

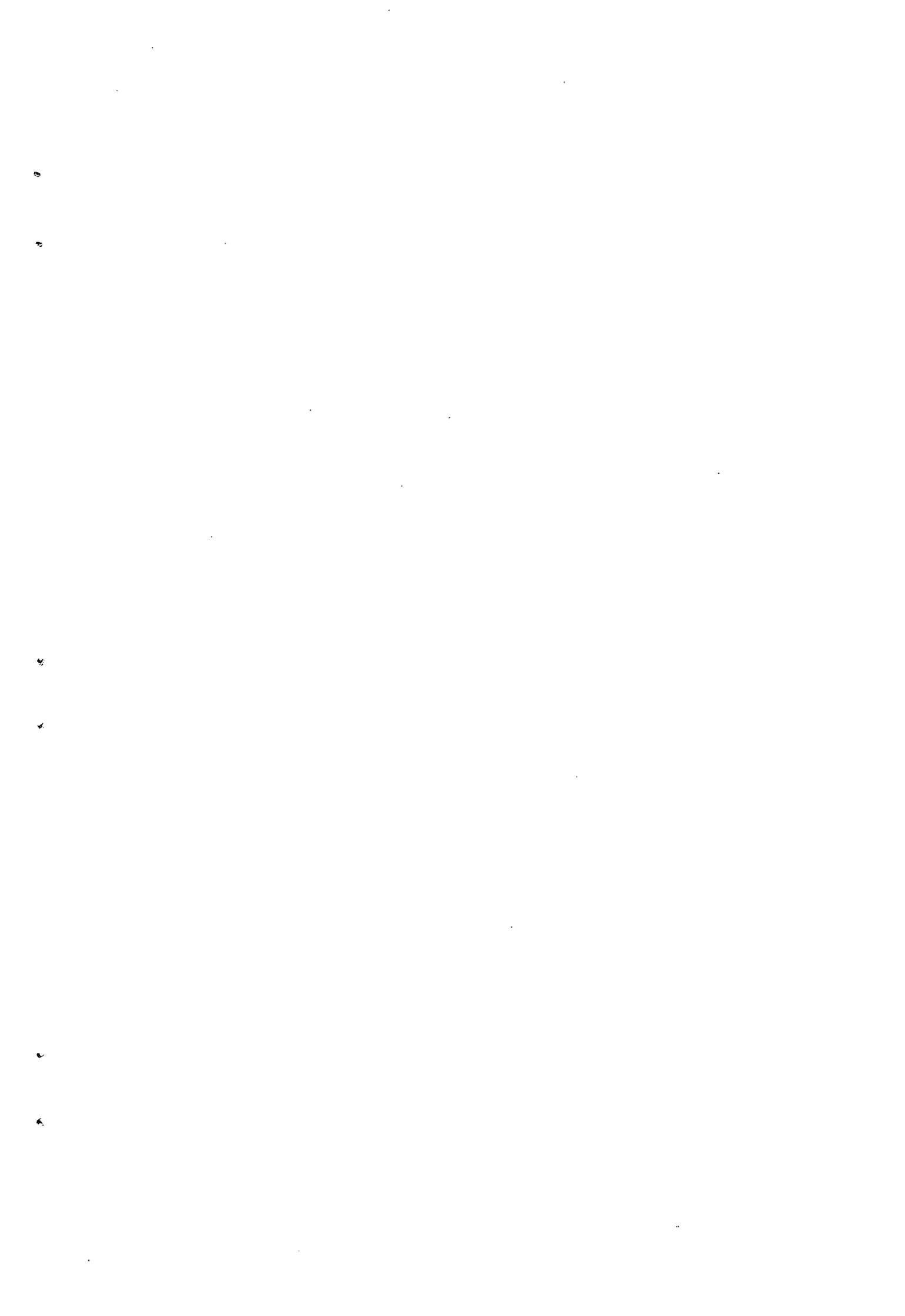


Tableau 22 :

Répartition des coûts selon l'année

Coût/Nombre de malades	Effectif	%	Coût (CFA)	%
Année				
1994	42	27,81%	144 705 901	27,58%
1995	60	39,74%	192 942 492	36,78%
1996	49	32,45%	186 994 800	35,64%
Total	151	100,00%	524 643 193	100,00%

Le coût en 1995 a été le plus cher avec 36,78%

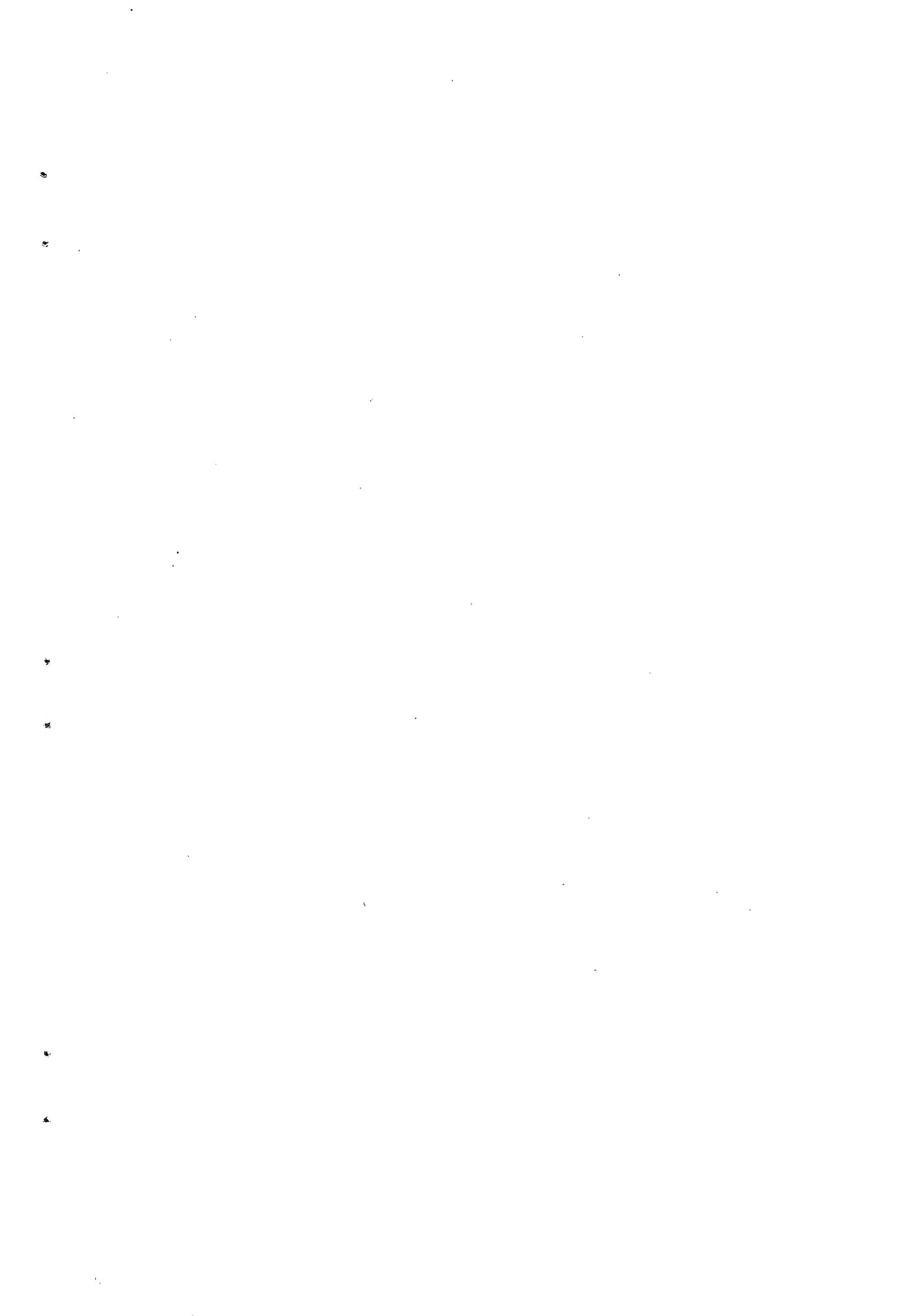


Tableau 23 :

Répartition des coûts selon les pathologies

Coûts Pathologies	Effectif	%	Coût Global (CFA)	%	Coût moyen
Cardiopathies	37	24,50%	101 750 000	19,39%	2 750 000
Affections Traumatologiques	34	22,52%	147 050 000	28,03%	4 325 000
Affections Neurologiques	24	15,89%	92 221 493	17,58%	3 842 562
Cancers	21	13,91%	39 051 600	7,44%	1 859 600
Affections Uro et Néphro.	13	8,61%	31 274 100	5,96%	2 405 700
Affections Oculaires	13	8,61%	68 295 500	13,02%	5 253 500
Affections Cong. et Endo.	6	3,97%	27 301 800	5,20%	4 550 300
Affections ORL	3	1,99%	17 698 700	3,37%	5 899 567
Total	151	100,00%	524 643 193	100,00%	3 474 458

Les Affections Traumatologiques ont été les plus chères avec 28,03%. Les Affections ORL ont représenté 3,37% du coût total.

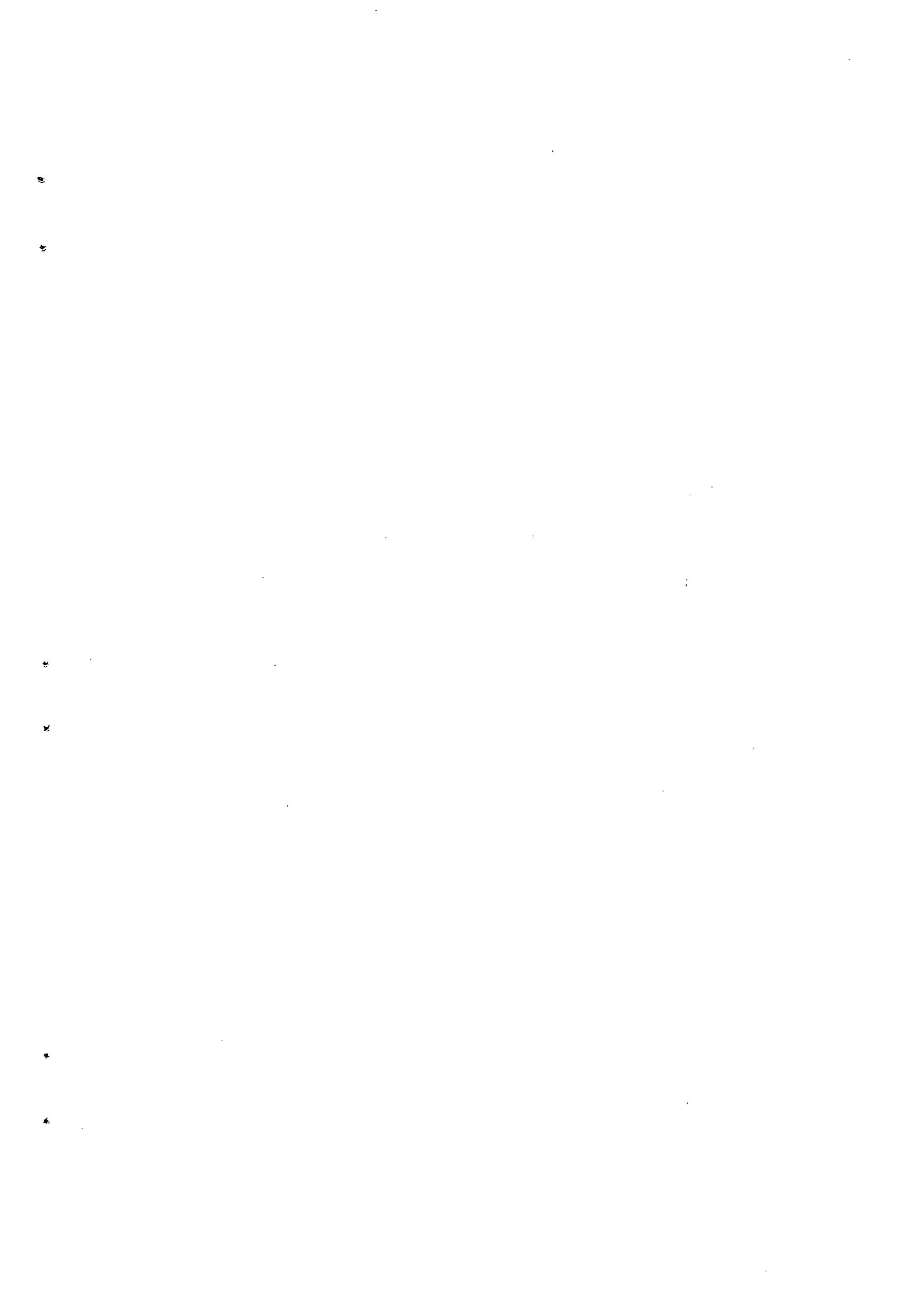
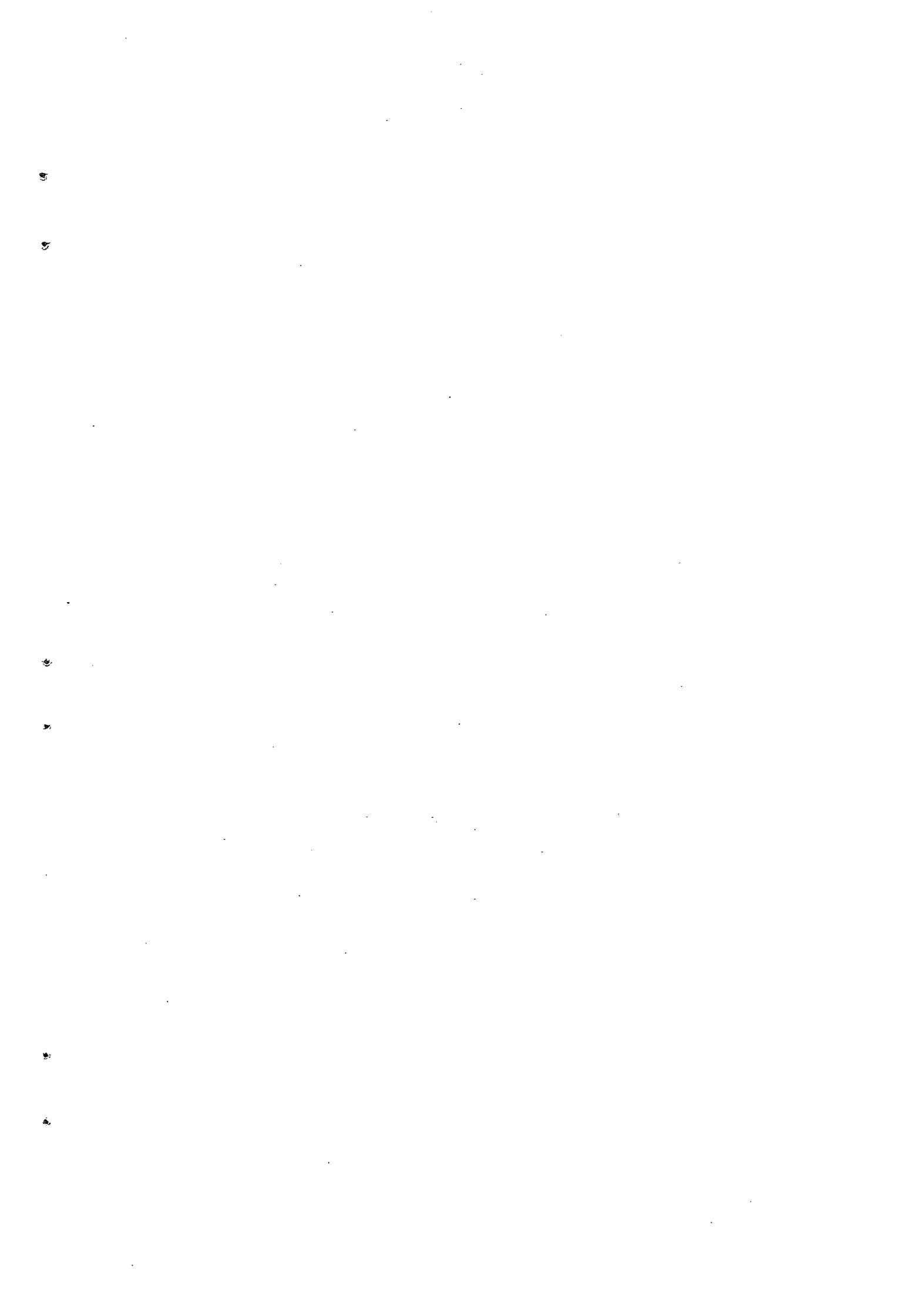


Tableau 24 : Prix du billet aller-retour selon la position
d'évacuation du malade à la compagnie AIR-
AFRIQUE
(en CFA)

	Malades	Assis	Couché
Villes			
Bamako-Paris-Bamako		414 300 F	1 662 900 F
Bamako-Abidjan-Bamako		198 800 F	370 500 F
Bamako-Dakar-Bamako		211 600 F	402 900 F
Bamako-Alger-Bamako		654 400 F	1 425 900 F
Bamako-Berlin-Bamako		862 800 F	1 798 500 F

Le billet le moins cher est celui de Bamako-Abidjan-Bamakon et le plus cher est celui de Bamako-Berlin-Bamako



4. EVOLUTION ET SUITES

Tableau 25 :

Répartition des malades selon les suites
immédiates au retour à Bamako

Suites immédiates	Effectif	%
Guérison	117	77,48%
Amélioration	28	18,54%
Stabilisation	4	2,65%
Récidives	0	0,00%
Décès	2	1,32%
Total	151	100,00%

77,48% de nos malades sont guéris. A noter qu'il ya eu 2 décès avants un mois dont un (01) au pays d'accueil et l'autre à Bamako.

Les suites à un mois ont été les mêmes que les suites immédiates.

Tableau 26 :

Répartition des malades selon les suites
à 3 mois à Bamako

Suites à 3mois	Effectif	%
Guérison	117	77,48%
Amélioration	26	17,22%
Stabilisation	4	2,65%
Récidives	0	0,00%
Décès	4	2,65%
Total	151	100,00%

A 3 mois, on a eu 4 décès (2,65%). Le taux de guérison est resté stable (77,48%).

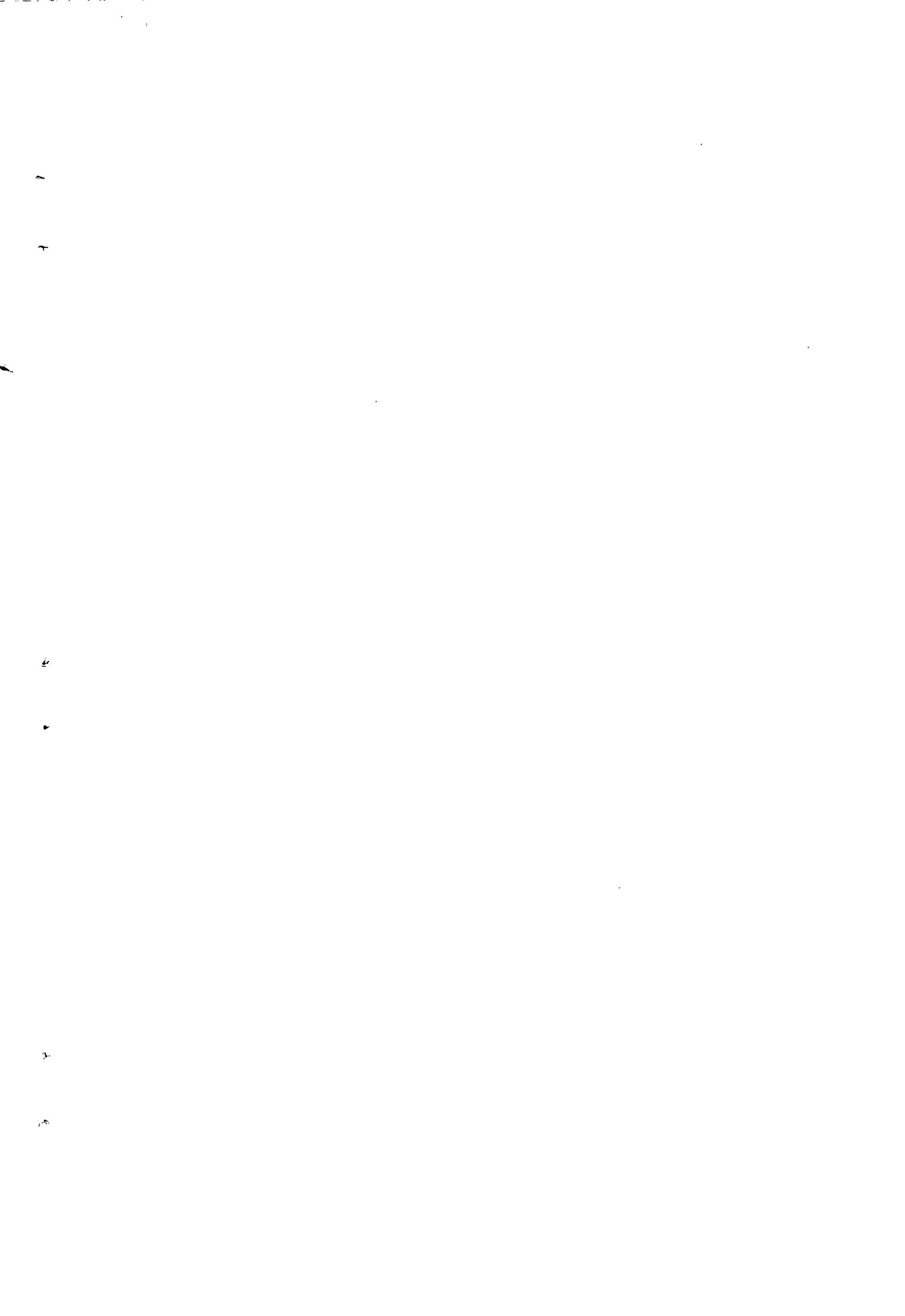


Tableau 27 : Répartition des malades selon les suites à 6 mois

Suites à 6mois	Effectif	%
Guérison	117	77,48%
Amélioration	24	15,89%
Stabilisation	3	1,99%
Récidives	1	0,66%
Décès	6	3,97%
Total	151	100,00%

A 6 mois, le taux de guérison est resté stable (77,48%). Il y a eu 3,97% de décès. Le taux de récurrence est égal à 0,66%.

Tableau 28 : Répartition des malades selon les suites à 1 an

Suites à 1an	Effectif	%
Guérison	117	77,48%
Amélioration	24	15,89%
Stabilisation	2	1,32%
Récidives	1	0,66%
Décès	7	4,64%
Total	151	100,00%

A un an, le taux de guérison a été de 77,48% et le taux de récurrence: 0,66%.



Tableau 29 : Répartition des malades selon les suites
à 2 ans

Suites à 2ans	Effectif	%
Guérison	78	69,03%
Amélioration	23	20,35%
Stabilisation	1	0,88%
Récidives	2	1,77%
Décès	9	7,96%
Total	113	100,00%

Seuls 113 de nos malades ont un recul de 2 ans.
Le taux de guérison a été de 69,03%.

Tableau 30 : Répartition des malades selon les suites
à 3 ans

Suites à 3ans	Effectif	%
Guérison	44	78,57%
Amélioration	5	8,93%
Stabilisation	1	1,79%
Récidives	3	5,36%
Décès	3	5,36%
Total	56	100,00%

Seuls 56 de nos malades ont un recul de 3 ans. Le taux de guérison a été de 78,57%. Le taux de décès a été de 5,36%.



**RECAPITULATIF DES DOSSIERS MEDICAUX PRESENTES AUX
CONSEIL DE SANTE DE JANVIER 1994 A DECEMBRE 1996**

1. Dossiers acceptés.

N° du dossier	Année	Diagnostic	Commentaires
1	1994	Traumatisme crânien (AVP)	Lésions cérébrale accessible à la chirurgie
2	1994	Insuffisance rénale globale	Evacué pour dialyse
3	1994	Cancer du sein droit	Chimiothérapie et radiothérapie
4	1994	Séquelle de piqûre de la hanche droite	Traitement techniquement impossible à Bamako
5	1994	Rétrécissement majeur de l'urètre postérieur	Traitement techniquement impossible à Bamako
6	1994	Insuffisance rénale globale	Evacué pour dialyse
7	1994	Atrophie de la jambe gauche.	Traitement techniquement impossible à Bamako
8	1994	Sténose caustique de l'œsophage cervico-thoracique	Traitement techniquement impossible à Bamako
9	1994	Cardiopathie ischémique sévère	Traitement techniquement impossible à Bamako
10	1994	Fistule intarissable en regard de la malléole interne	Traitement techniquement impossible à Bamako
11	1994	Lombocruralgie évolutive et arthrose lombaire L1-L2, tassement L2 synthétisé par tige Roy-Camille	Traitement techniquement impossible à Bamako
12	1994	Hémiplégie gauche	Traitement techniquement impossible à Bamako
13	1994	Urétérohydrônéphrose gauche avec rein droit muet	Dialyse
14	1994	Séquelles douloureuses de laminectomie de L2,L5, adénocarcinome de la prostate avec métastases	Traitement techniquement impossible à Bamako
15	1994	Cancer du sein gauche	Chimiothérapie + radiothérapie
16	1994	Cancer du sein gauche opéré en France en 1982 et en 1987	Chimiothérapie + radiothérapie
17	1994	Maladie aortique + insuffisance mitrale	Traitement techniquement impossible à Bamako
18	1994	Sarcome du Fémur gauche	Traitement techniquement impossible à Bamako
19	1994	Toxoplasmose en insuffisance cardiaque globale	Traitement techniquement impossible à Bamako
20	1994	Infarctus du myocarde, statut après pontage aorto-coronarien en 1990	Traitement techniquement impossible à Bamako
21	1994	Macro Adénome à prolactine	Traitement techniquement impossible à Bamako
22	1994	Séquelles de traumatisme crâniens	Traitement techniquement impossible à Bamako

1

1

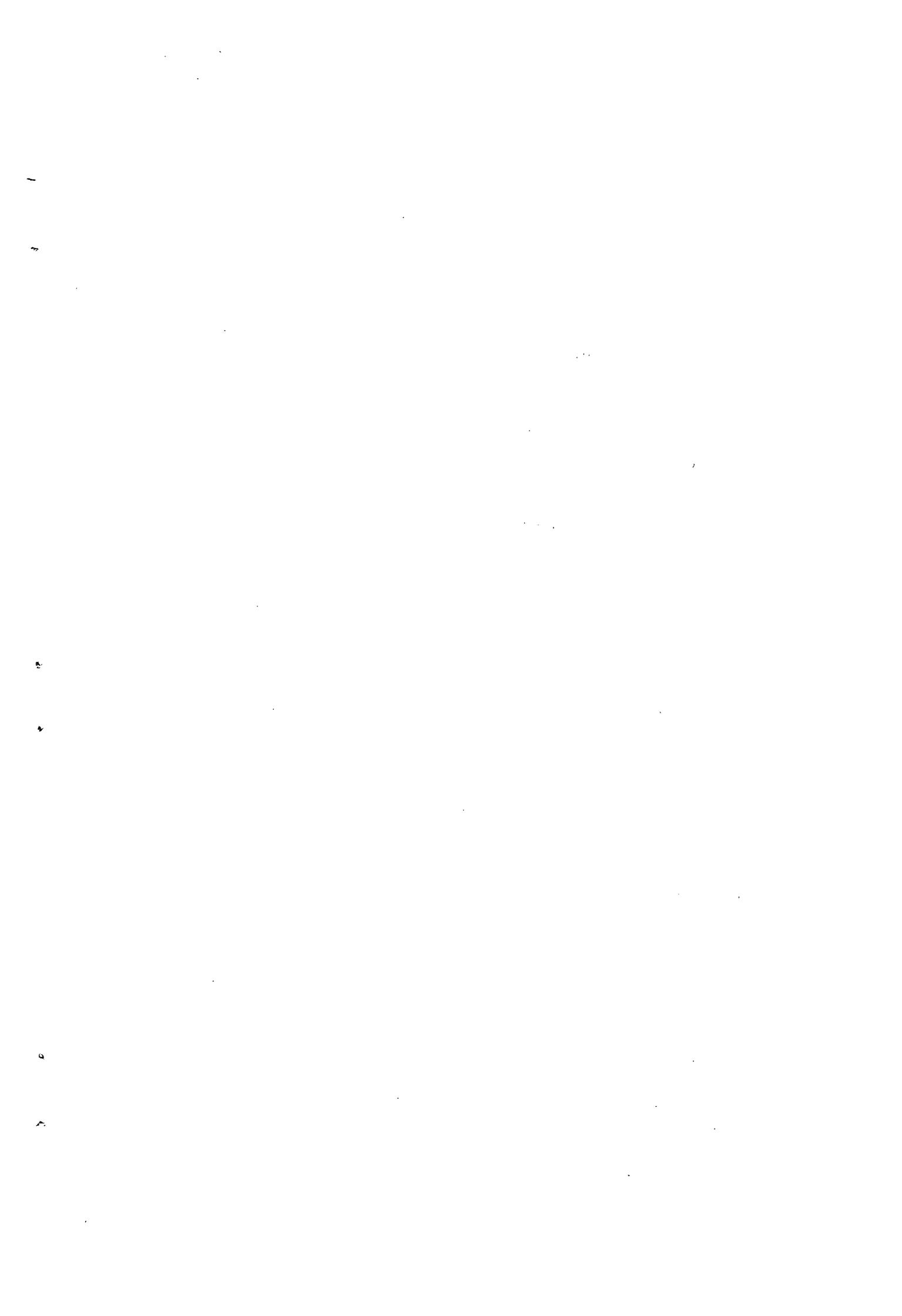
1

1

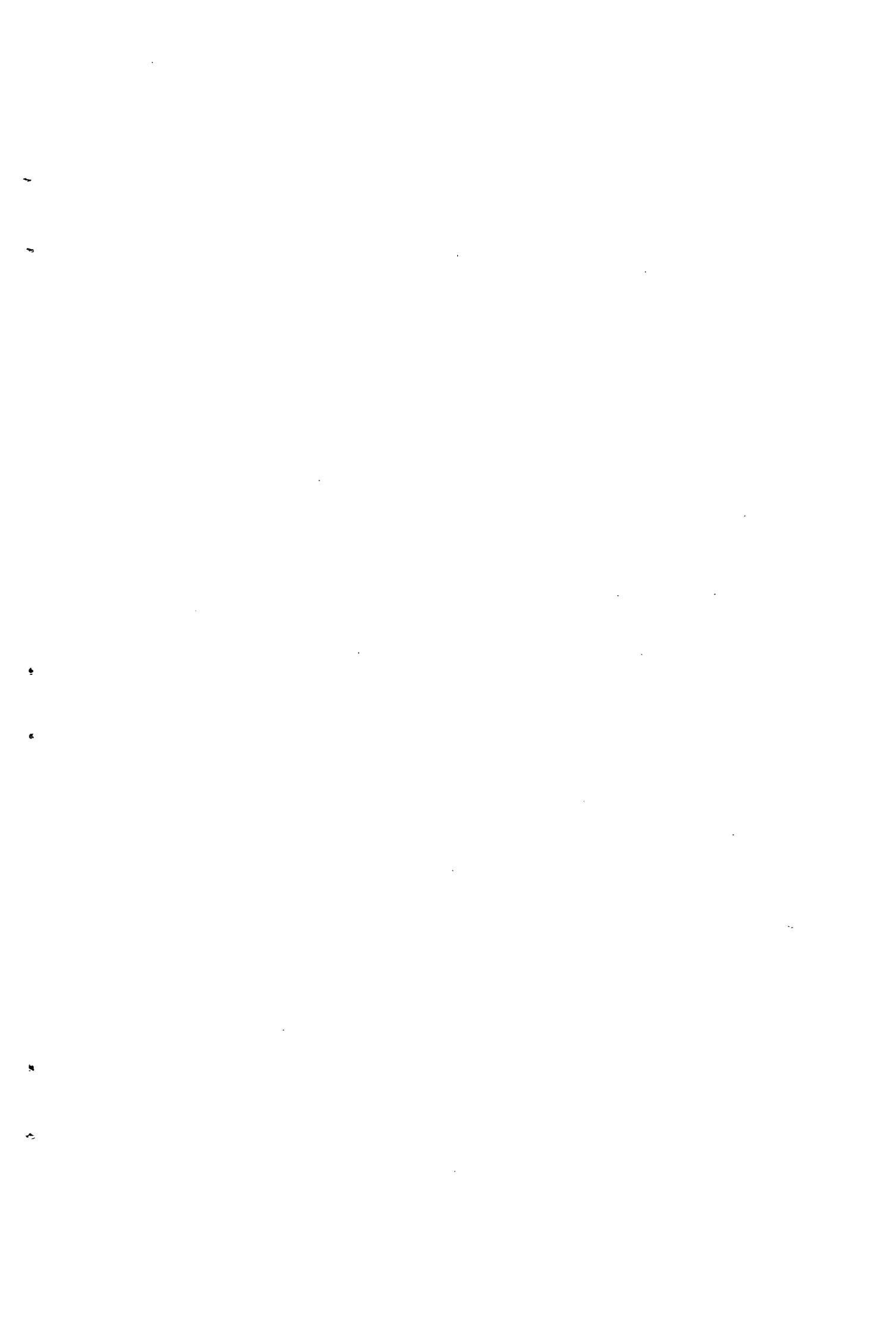
1

1

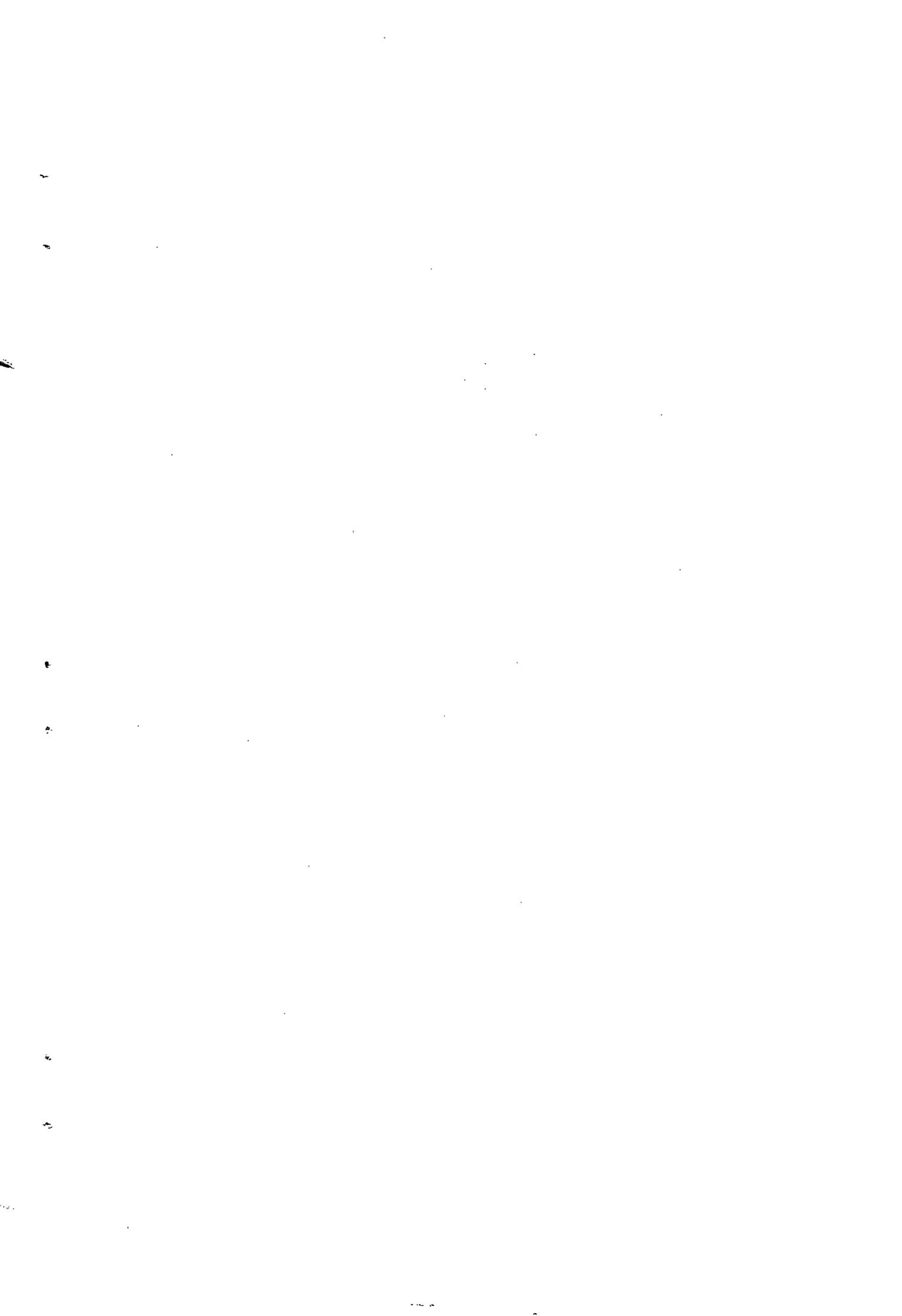
N° du dossier	Année	Diagnostic	Commentaires
23	1994	Cancer des cordes vocales	Traitement techniquement impossible à Bamako
24	1994	Contrôle après traitement toxoplasmose	Evacué pour contrôle
25	1994	Kyste liquidien retrobulbaire supéro-nasal	Traitement techniquement impossible à Bamako
26	1994	Coxarthrose bilatérale, Ankylose de la hanche	Traitement techniquement impossible à Bamako
27	1994	Carcinome canalaire infiltrant du sein gauche, métastases ganglionnaire	Chimiothérapie + radiothérapie
28	1994	Cardiopathie aortique sévère	Traitement techniquement impossible à Bamako
29	1994	Occlusion de la veine centrale de la rétine sur l'œil unique	Traitement techniquement impossible à Bamako
30	1994	Insuffisance cardiaque globale	Traitement techniquement impossible à Bamako
31	1994	Lombosciatalgie avec discopathie dégénérative	Traitement techniquement impossible à Bamako
32	1994	Syndrôme de jonction, hydronéphrose gauche	Chirurgie et dialyse
33	1994	Tumeur des cordes vocales + insuffisance cardiaque globale	Traitement techniquement impossible à Bamako
34	1994	Cancer du sein droit	Chimiothérapie + radiothérapie
35	1994	Thrombose de la veine centrale de la rétine sur glaucome	Traitement techniquement impossible à Bamako
36	1994	Oreillette unique + dysplasie valvulaire mitrale	Traitement techniquement impossible à Bamako
37	1994	Adénome hypophysaire	Traitement techniquement impossible à Bamako
38	1994	Maladie mitro-aortique sévère	Traitement techniquement impossible à Bamako
39	1994	HTA maligne + insuffisance rénale chronique préterminale	Dialyse
40	1994	Calcul rénal récidivé	Evacué pour lithiatripsie, à défaut la chirurgie
41	1994	Insuffisance cardiaque gauche chez un diabétique hypertendu sévère	Traitement techniquement impossible à Bamako
42	1994	Nécrose aseptique coxo-fémorale bilatérale	Traitement techniquement impossible à Bamako
43	1995	Hypertension intra crânien	Evacué pour diagnostic et traitement
44	1995	Traumatisme crânien	Lésions cérébrales accessibles à la chirurgie
45	1995	Kyste liquidien retrobulbaire supéro nasal	Traitement techniquement impossible à Bamako
46	1995	Statut post commissurotomie, maladie mitrale, insuffisance ventriculaire	Traitement techniquement impossible à Bamako
47	1995	Syndrôme vestibulaire central	Traitement techniquement impossible à Bamako
48	1995	Tétralogie de Fallot	Traitement techniquement impossible à Bamako



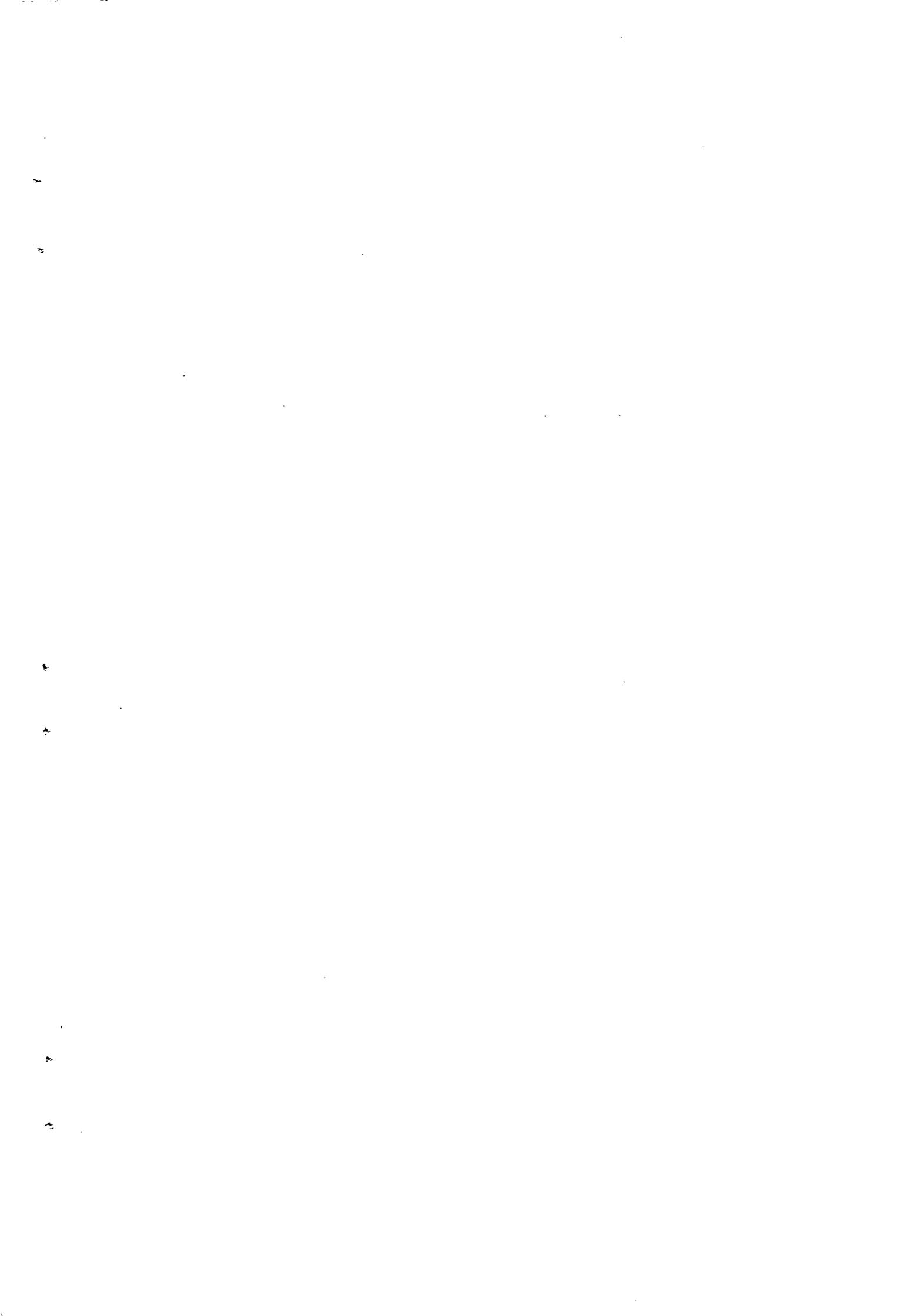
N° du dossier	Année	Diagnostic	Commentaires
49	1995	Processus expansif intra crânien	Traitement techniquement impossible à Bamako
50	1995	Compression médullaire	Traitement techniquement impossible à Bamako
51	1995	Syndrôme de Landan Kleffner	Traitement techniquement impossible à Bamako
52	1995	Fente de l'aile nasale gauche, obstruction de la fosse nasale gauche	Traitement techniquement impossible à Bamako
53	1995	Récidive de hernie discale lombaire	Traitement techniquement impossible à Bamako
54	1995	Luxation de l'implant de l'œil gauche	Traitement techniquement impossible à Bamako
55	1995	Dystrophie cornéenne bilatérale héréditaire	Traitement techniquement impossible à Bamako
56	1995	Arthrose de la hanche gauche	Implantation d'une prothèse de la hanche droite
57	1995	Pyélonéphrite chronique	Evacué pour examens complémentaires et traitement
58	1995	Cancer du larynx	Traitement techniquement impossible à Bamako
59	1995	Glaucome chronique bilatéral chez un diabétique hypertendu	Traitement techniquement impossible à Bamako
60	1995	Surdité post infectieuse	Traitement techniquement impossible à Bamako
61	1995	Insuffisance mitrale	Traitement techniquement impossible à Bamako
62	1995	Histoplasmose à petites cellules avec atteintes pulmonaire, péricardique et ganglionnaire	Evacué pour examen complémentaires et traitement
63	1995	Traumatisme grave du rachis cervical et dorso-lombaire	Traitement techniquement impossible à Bamako
64	1995	Pseudarthrose du coude gauche	Traitement techniquement impossible à Bamako
65	1995	Insuffisance mitrale	Traitement techniquement impossible à Bamako
66	1995	Néoplasie du sein gauche	Chimiothérapie + radiothérapie
67	1995	Complication de la drépanocytose: condensation vitréenne, trous rétinien et néovaisseaux de l'œil gauche	Traitement techniquement impossible à Bamako
68	1995	Cardiopathie congénitale	Traitement techniquement impossible à Bamako
69	1995	Cancer du col de l'utérus	Chimiothérapie
70	1995	Insuffisance hépato-renal	Traitement techniquement impossible à Bamako
71	1995	Rétrécissement mitral serré	Traitement techniquement impossible à Bamako
72	1995	Maladie mitro-aortique, décompensation cardiaque globale	Traitement techniquement impossible à Bamako



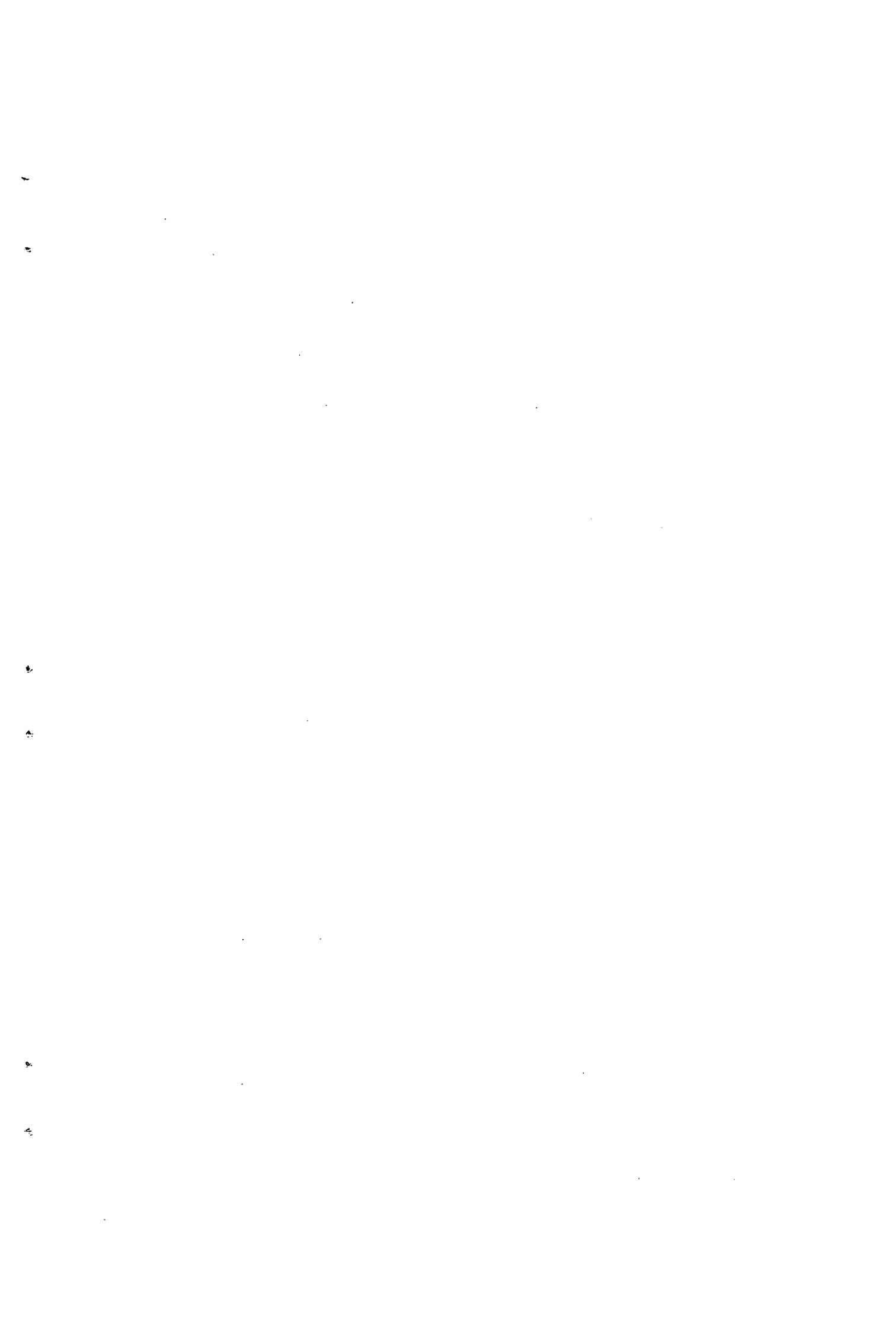
N° du dossier	Année	Diagnostic	Commentaires
73	1995	Insuffisance mitrale, insuffisance aortique, insuffisance cardiaque globale	Traitement techniquement impossible à Bamako
74	1995	Coxarthrose gauche	Traitement techniquement impossible à Bamako
75	1995	Otite chronique bilatérale avec mise en place d'un implant cochléaire en 1994	Contrôle
76	1995	Paralysies faciales répétitives	Evacué pour examens complémentaires et traitement
77	1995	Bloc auriculo-ventriculaire	Traitement techniquement impossible à Bamako
78	1995	Polytraumatisme	Traitement techniquement impossible à Bamako
79	1995	Cancer du larynx avec atteinte du sinus piriforme droit	Traitement techniquement impossible à Bamako
80	1995	Cancer de l'œsophage	Traitement techniquement impossible à Bamako
81	1995	Maladie mitrale	Traitement techniquement impossible à Bamako
82	1995	Séquelles hernie discale C5-C6	Traitement techniquement impossible à Bamako
83	1995	Chéloïdes presternales secondaire à une brûlure	Evacué à ses propres frais
84	1995	Rétinopathie diabétique proliférante	Traitement techniquement impossible à Bamako
85	1995	Maladie mitrale	Traitement techniquement impossible à Bamako
86	1995	Cancer du larynx opéré sous surveillance	Contrôle
87	1995	Maladie mitrale	Traitement techniquement impossible à Bamako
88	1995	Bloc auriculo-ventriculaire, cardiopathie ischémique	Traitement techniquement impossible à Bamako
89	1995	Sténose étendue du tiers inférieur de l'œsophage, rechute après 2 séances de dilatation et une intervention chirurgicale	Traitement techniquement impossible à Bamako
90	1995	Syndrome de VOLGMAN	Traitement techniquement impossible à Bamako
91	1995	Adénocarcinome prostatique stade C-D selon Whitmore	Traitement techniquement impossible à Bamako
92	1995	Fracture du tiers inférieur des 2 os de la jambe avec interposition musculaire	Traitement techniquement impossible à Bamako
93	1995	Maladie mitro-aortique	Traitement techniquement impossible à Bamako
94	1995	Maladie de la queue de cheval	Traitement techniquement impossible à Bamako
95	1995	Diabète insulino-dépendant, hoquets incoercibles	Evacué pour bilan complémentaire endocrinien approfondis



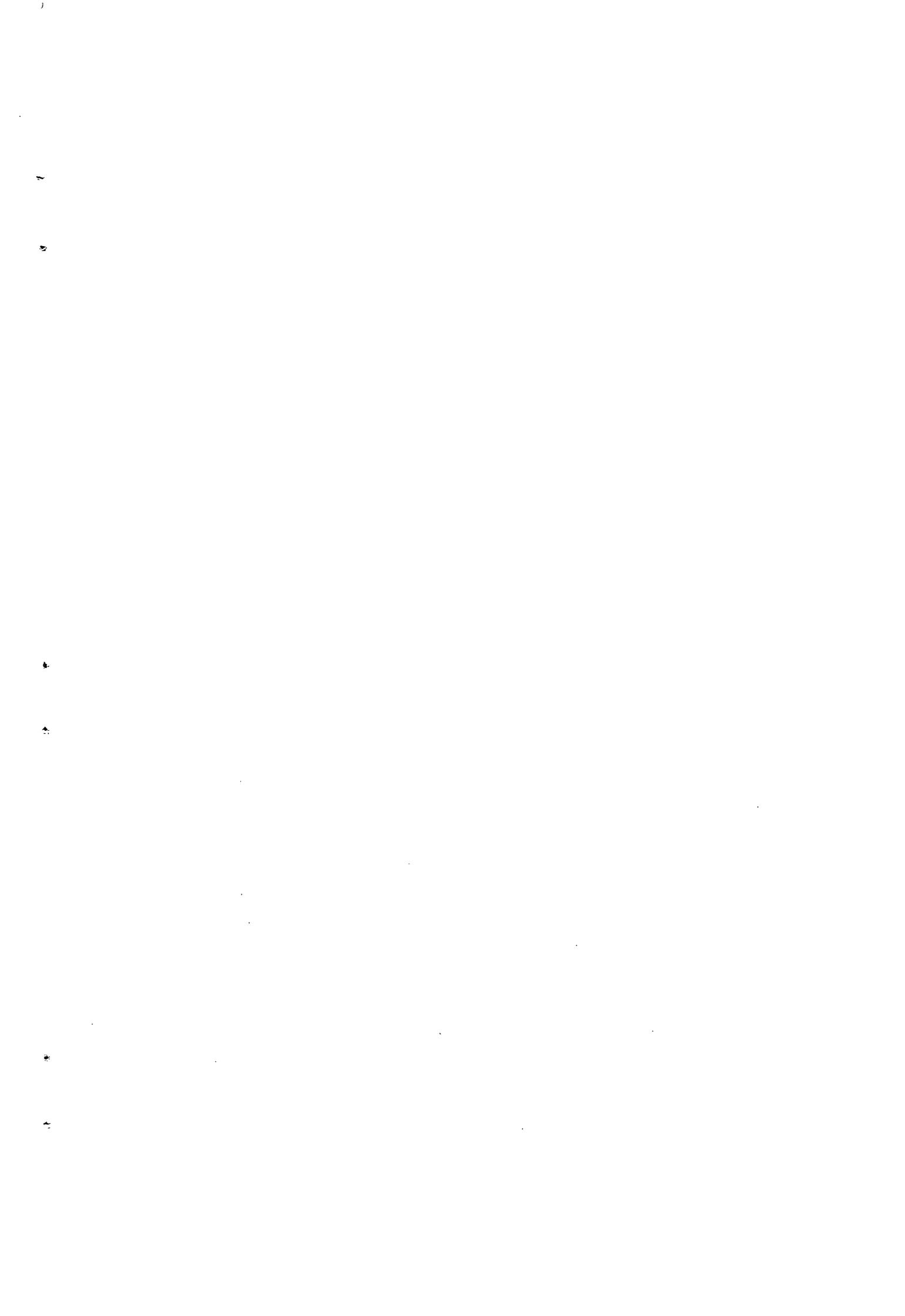
N° du dossier	Année	Diagnostic	Commentaires
96	1995	Déchirure rétinienne périphérique de l'œil gauche	Traitement techniquement impossible à Bamako
97	1995	Hémorragie vitréenne de l'œil droit	Traitement techniquement impossible à Bamako
98	1995	Tétralogie de Fallot	Traitement techniquement impossible à Bamako
99	1995	Tumeur paravertébrale en regard de D5 D6	Traitement techniquement impossible à Bamako
100	1995	Tumeur astrocytaire bénigne de la fosse postérieure	Traitement techniquement impossible à Bamako
101	1995	Insuffisance cardiaque globale	Traitement techniquement impossible à Bamako
102	1995	Suspicion d'hyalinose segmentaire et focale à glomérulonéphrite extra membraneuse	Traitement techniquement impossible à Bamako
103	1996	Fracture ouverte occipital avec embarrure	Traitement techniquement impossible à Bamako
104	1996	Hydrocéphalie	Evacué pour examens complémentaires
105	1996	Insuffisance rénale + rétrécissement aortique	Traitement techniquement impossible à Bamako
106	1996	Cancer du sein	Chimiothérapie + Radiothérapie
107	1996	Contrôle pour intervention endoscopique effectuée à Rabat le 23/10/95	Contrôle
108	1996	Nécrose aseptique de la tête fémorale gauche	Traitement techniquement impossible à Bamako
109	1996	Maladie mitrale + myocardiopathie valvulaire	Traitement techniquement impossible à Bamako
110	1996	Exophtalmie maligne oedémateuse bilatérale hyperthyroïdie	Evacué pour bilan endocrinien approfondi
111	1996	Tétralogie de Fallot	Traitement techniquement impossible à Bamako
112	1996	Hémangiome cérébelleux (opéré à Alger en 1991)	Contrôle
113	1996	Trouble du rythme cardiaque	Evacué pour examens approfondis et traitement
114	1996	Traumatisme crânien cérébrale avec déficit gauche	Traitement techniquement impossible à Bamako
115	1996	Néuralgie faciale droite paroxystique consécutive à une irritation de ganglion de Gasser	Traitement techniquement impossible à Bamako
116	1996	Corps étranger thoracique	Traitement techniquement impossible à Bamako
117	1996	Arthrose cervicale avec hémiparésie gauche	Traitement techniquement impossible à Bamako
118	1996	Rupture méniscale et ligamentaire du genou droit avec déroberment	Traitement techniquement impossible à Bamako
119	1996	Arthrose cervicale avec néuralgie cervico-brachiale	Traitement techniquement impossible à Bamako



N° du dossier	Année	Diagnostic	Commentaires
120	1996	Brûlure étendue et profonde 40% 3ème degré	Traitement techniquement impossible à Bamako
121	1996	Fracturé basi-cervicale gauche avec pseudarthrose	Traitement techniquement impossible à Bamako
122	1996	Myasthénie stade III	Evacué pour examens approfondis et traitement
123	1996	Glaucome chronique de l'œil gauche avec néovaisseaux rétiens post drépanocytose	Traitement techniquement impossible à Bamako
124	1996	Fracturé luxation de la hanche gauche	Traitement techniquement impossible à Bamako
125	1996	Otite moyen chronique, cholésie atomateuse bilatérale	Traitement techniquement impossible à Bamako
126	1996	Hyperplasie congénitale des surrénales	Investigation pour rechercher des troubles endocriniens
127	1996	Rétrécissement mitrale serré	Traitement techniquement impossible à Bamako
128	1996	Suspicion aberration chromosomique, rein gauche muet	Traitement techniquement impossible à Bamako
129	1996	Maladie aortique, insuffisance mitrale, insuffisance cardiaque globale	Traitement techniquement impossible à Bamako
130	1996	Glaucome néovasculaire avec rétinopathie diabétique proliférante	Traitement techniquement impossible à Bamako
131	1996	Hémiplégie droite	Traitement techniquement impossible à Bamako
132	1996	Hernie discale L4-L5	Traitement techniquement impossible à Bamako
133	1996	Carcinome de la paroi postérieure du pharynx	Traitement techniquement impossible à Bamako
134	1996	Gangrène de l'avant bras gauche	Evacué pour amputation du ¼ inférieur du bras gauche
135	1996	Urétérohydronephrose droit + sténose urétérale droite	Contrôle
136	1996	Otite chronique bilatérale ayant entraînée une surdité totale	Traitement techniquement impossible à Bamako
137	1996	Communication inter-ventriculaire	Traitement techniquement impossible à Bamako
138	1996	Communication inter-ventriculaire importante	Traitement techniquement impossible à Bamako
139	1996	Syndrome strie corne antérieur	Traitement techniquement impossible à Bamako
140	1996	Arthrodèse lombaire L3,L4,L5	Traitement techniquement impossible à Bamako
141	1996	Rupture prématurée des membranes sur grossesse de 32 semaine d'aménorrhée avec ATCD de trois Laparotomies	Evacuée pour bilan approfondi et traitement
142	1996	Arthrose bilatérale de la hanche	Traitement techniquement impossible à Bamako

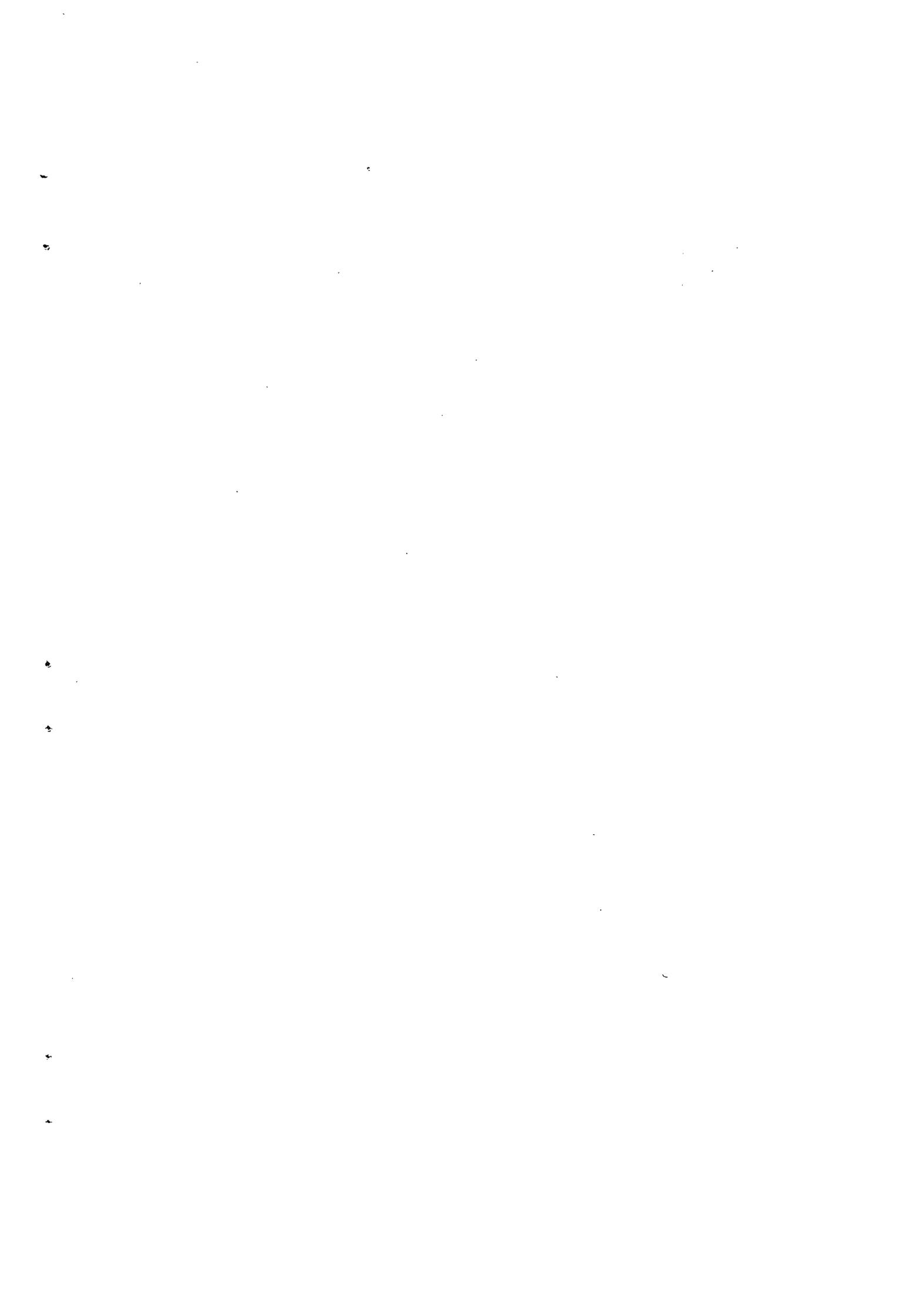


N° du dossier	Année	Diagnostic	Commentaires
143	1996	Double cardiopathie congénitale (CIA + CIV)	Traitement techniquement impossible à Bamako
144	1996	Carcinome inflammatoire du sein droit	Chimiothérapie + radiothérapie
145	1996	Maladie mitrale, sténose aortique	Traitement techniquement impossible à Bamako
146	1996	Tumeur desmoïde multirécidivée située en thoracocervicale gauche	Traitement techniquement impossible à Bamako
147	1996	Hydronéphrose droite sur sténose de la jonction pyelo-urétérale	Contrôle
148	1996	Contrôle après prothèse urétrale de Wallstent	Contrôle
149	1996	Hémangioblastome du cervelet	Traitement techniquement impossible à Bamako
150	1996	Cancer récidivé du sein gauche après mastectomie totale effectuée en France en 1983	Chimiothérapie + radiothérapie
151	1996	Suspicion de maladie polykystique rénale et hépatique	Traitement techniquement impossible à Bamako

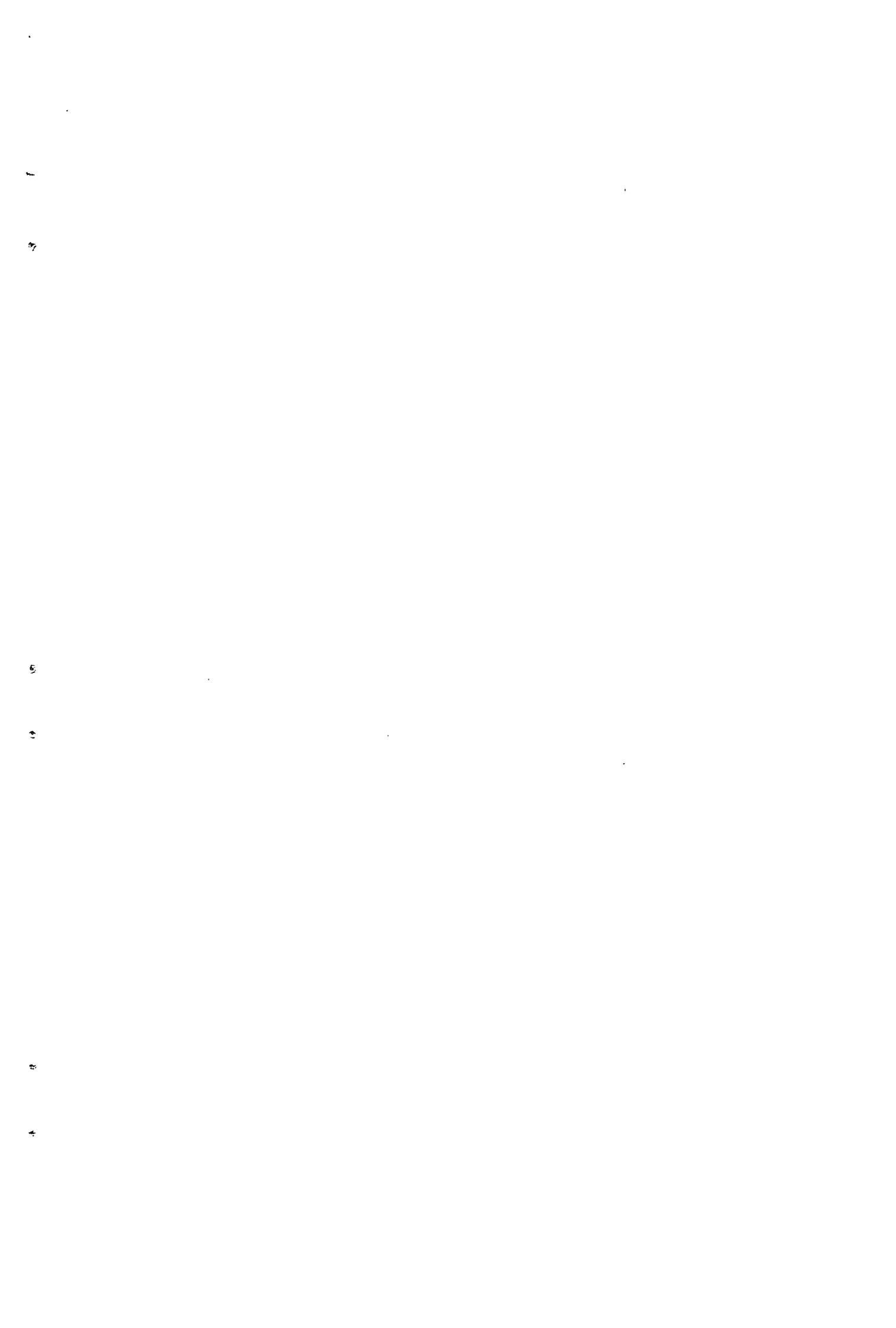


2. Dossiers rejetés.

N° du dossier	Année	Diagnostic	Commentaires
1	1994	Plaie traumatique du pavillon de l'oreille gauche avec amputation de l'hélix	Prise en charge par le service de chirurgie à Bamako
2	1994	Lipothymie avec syncope à répétition	Adressé en médecine interne au Point G pour explorations plus approfondies
3	1994	Hernie discale	Prise en charge par le neurologue de la place
4	1994	Hydrocéphalie	Prise en charge par le neurologue de la place
5	1994	Récidive de maladie hémorroïdaire	Adressé au proctologue de la place
6	1994		Pas de dossier médical
7	1994	Artériopathie diffuse probablement de type Takayasu	Décédé avant la décision du C.S.
8	1994	Déficit immunitaire humorale congénital	Prise en charge en médecine interne au Point G
9	1994	Hypocalcémie	Prise en charge en médecine interne au Point G
10	1994	Insuffisance cardiaque globale compensée	Prise en charge par le cardiologue de la place
11	1994	Maladie de Basedow	Prise en charge en médecine interne au Point G
12	1995	Luxation récidivante des deux épaules	Prise en charge en traumatologie à Bamako
13	1995	Stérilité secondaire	Voire gynécologue de la place
14	1995	Compression médullaire	Il n'est pas agent d'état
15	1995	Ostéonécrose aseptique de la fémorale gauche	Rééducation correcte et traitement chirurgical éventuel sur place
16	1996	Cardiomyopathie hypertensive ayant évolué vers un AVC	Il n'est pas agent d'état
17	1996	Syndrôme d'hypertension intracrânien	Le père de l'enfant travaille dans une société privée
18	1996	Tuberculose pulmonaire + retrovirose	Il n'est pas agent d'état, prise en charge dans un service de médecine à Bamako
19	1996	Tuberculose péritonéale	Dossier incomplet
20	1996	Tuberculose pulmonaire	Dossier incomplet et prise en charge par le service de pneumophysiologie à Bamako
21	1996	Diabète type II + amputation du 2ème doigt gauche avec impotence fonctionnelle	Prise en charge dans un service de médecine interne à Bamako
22	1996	Insuffisance mitrale	Non conformité avec le décret N°81PGP du 24 mai 1969
23	1996	Gonarthrose bilatérale des genou	Possibilité au malade d'être opéré sur place
24	1996	Tumeur bénigne de la mâchoire supérieure droite	Dossier incomplet, à mettre en instance, lettre adressée au médecin traitant



Commentaires
&
Discussions



Commentaires et discussions

1. Methodologie

Notre étude rétrospective a consisté en un recensement des patients dont les dossiers de demande d'évacuation ont été consultés par le conseil de santé du Mali de janvier 1994 à décembre 1996.

L'enquête de suivi après évacuation nous a permis de revoir tous les malades et/ou leur *personne contact*. Ce succès dans l'enquête de suivi est dû à la précision des adresses des malades ou de leur *personne contact* au niveau du secrétariat du conseil de santé du Mali. Ces adresses comportent le plus souvent le numéro de la rue et de la porte, le numéro de téléphone, la boîte postale, l'adresse du service du travail.

La convocation par écrit, masse média (radio, télévision) ou le classique rendez-vous pour contrôle a été jugé inefficace au cours des enquêtes antérieurement effectuées dans le service de chirurgie 'B' de l'Hôpital National du Point G (Toukara A. : 0,6%) (30).

Dans les pays développés, la méthodologie utilisée pour retrouver des patients opérés consiste à convoquer les malades par écrit. Wassmer (31) en utilisant cette méthodologie a revu 69% de ces patients, de la même façon que Young (32) 62,5%.

Dans notre travail, la méthodologie utilisée était de rechercher les malades résidants à Bamako et/ou les personnes contact. Notre méthode, qui a consisté à aller chercher les malades à domicile ou leurs "personnes contact" semble mieux indiquée dans le suivi, mais elle demande de gros efforts de la part des enquêteurs.



2. Aspects épidémiologiques.

2.1. Place des évacuations sanitaires au conseil de santé.

Durant notre période d'étude, nous avons eu 175 dossiers d'évacuation sanitaire sur un total de 455 dossiers examinés traités par le conseil de santé, qui sont entre autres des dossiers pour la réforme, les congés, la nécessité d'une mutation.

Parmi les 175 dossiers d'évacuation, 24 ont été rejetés, car les patients pouvaient être traités à Bamako.

Diallo M.S : en 1978 a eu 113 cas durant la période allant de janvier 1976 à décembre 1977 sans les dossiers rejetés(8).

Ces 2 chiffres montrent l'importance de la place des évacuations sanitaires au conseil de santé du Mali.

Kyriopoulos J. En Grèce a eu dans sa série 700 évacuations sanitaires en 1991 et 839 cas en 1992 (17).

2.2. Age.

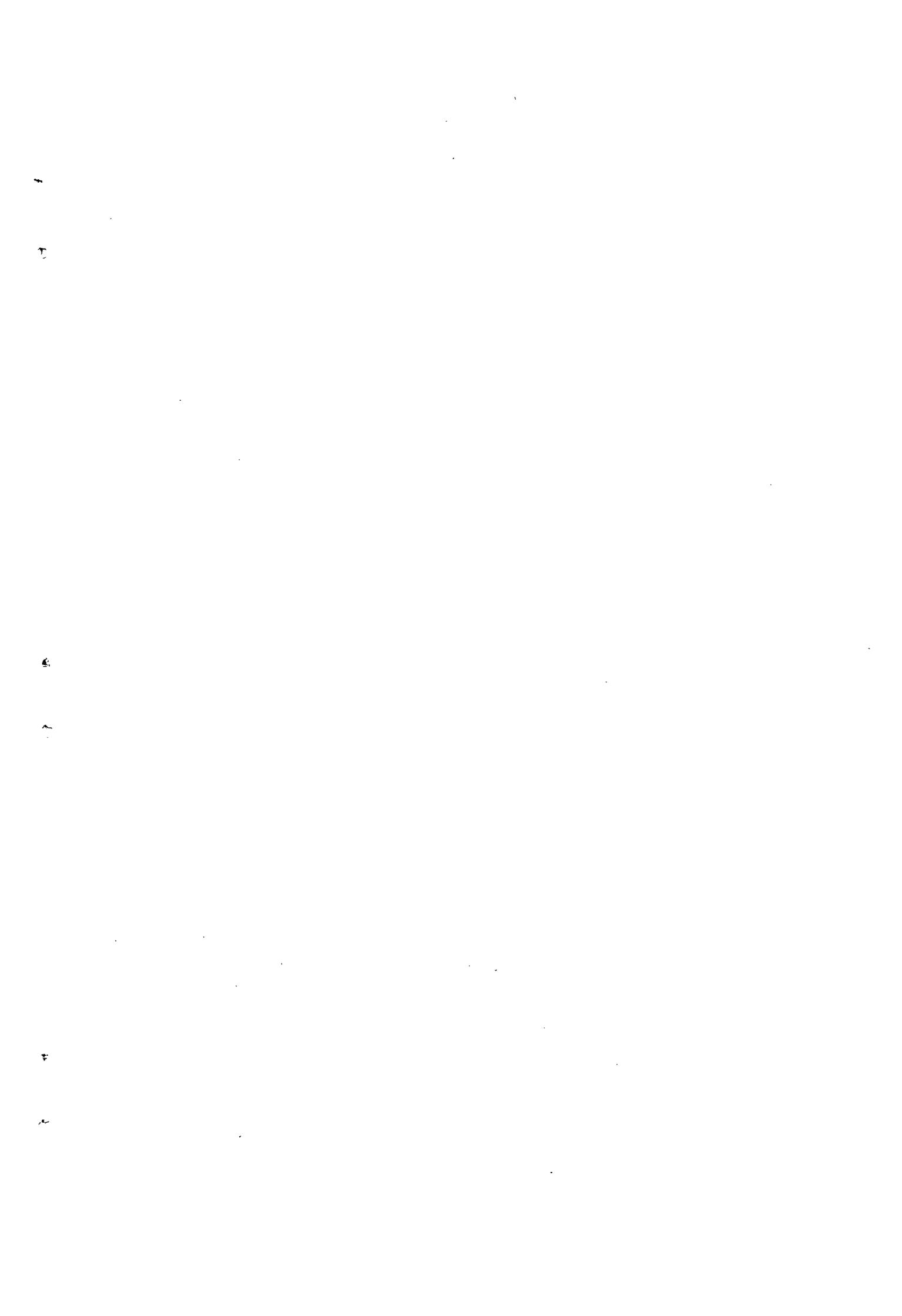
Nos malades avaient un âge jeune. 60,00% de nos patients avaient moins de 45 ans. L'âge moyen était de 37,19 ans avec un écart type égal à 18,78 ans. L'âge maximum est de 76 ans et l'âge minimum est d'1 an. Cette forte prédominance avant 45 ans pourrait s'expliquer par l'espérance de vie courte de la population africaine au sud du Sahara dont la moyenne est de 49 ans (3).

2.3. Sexe.

Dans notre série, le sexe ratio a été de 1,66 en faveur des hommes. Ce rapport pourrait être lié à la prédominance des hommes dans fonction publique malienne.

2.4. Principale occupation.

Dans notre étude les cadres supérieurs ont représenté le plus grand nombre de cas, soit 39,43%. A noter la présence des élèves et étudiants (22,86%), des enfants n'ayant pas l'âge de scolarisation (5,71%) et des ménagères (4,00%). Ces différentes couches sociales sont



généralement sous couvert d'un fonctionnaire d'état, qui peut être mari, père, mère, frère ou sœur.

2.5. Résidence.

156 de nos malades, soit 89,14% des cas résidaient à Bamako. Cela pourrait s'expliquer par leur proximité aux hôpitaux nationaux, où il est plus facile de voir un spécialiste et par la résidence d'un grand nombre de fonctionnaires à Bamako.

2.6. Titre, fonction, spécialité du médecin demandeur de l'évacuation.

124 de nos malades, soit 70,86% ont des médecins demandeurs, qui ont le titre de professeur agrégé ou titulaire. 76,00% des médecins demandeurs de l'évacuation sont des chefs de service et 97,14% sont des spécialistes. A noter que 6,29% exerçaient la fonction d'administrateur, soit dans des hôpitaux ou au ministère de la santé, des personnes âgées et de la solidarité. Ce pourcentage élevé de spécialistes pourrait s'expliquer par le fait, que si le patient a été adressé pour la première fois par un médecin généraliste, le conseil de santé demande toujours l'avis d'un spécialiste de la place. Il faut noter, que les médecins demandeurs de l'évacuation sont en général les médecins traitant.

2.7. Structures sanitaires de provenance.

La grande majorité (84,00%) de nos malades proviennent de l'Hôpital Gabriel Touré (47,43%) et de l'Hôpital Point G (36,57%). Cela pourrait s'expliquer par la grande fréquentation de ces hôpitaux par les malades et par la présence des plus grands spécialistes dans ces hôpitaux.

1

2

3

4

5

6

3. Aspects cliniques

3.1. Pathologies cardiaques

Tableau 31 : Répartition des pathologies cardiaques selon les auteurs.

Auteur	Effectif	%	TOTAL
Diallo M.S.(Mali, 1978)	10	8,85	113
Kyriopoulos (Grèce, 1991)	344	49,20	700
Notre série	43	24,57	151

$\text{Khi}^2 = 50,28$

$P = 0,46$

La fréquence élevée des cardiopathies en Europe par rapport à l'Afrique, pourrait expliquer la différence, qui existe entre les rapports des études effectuées au Mali et celle de Kyriopoulos J.

L'avènement de l'échographie comme moyen diagnostique des pathologies cardiaques pourrait expliquer l'augmentation de la fréquence des cardiopathies dans notre série, par rapport à celle de Diallo M.S..

3.2. Pathologies malignes

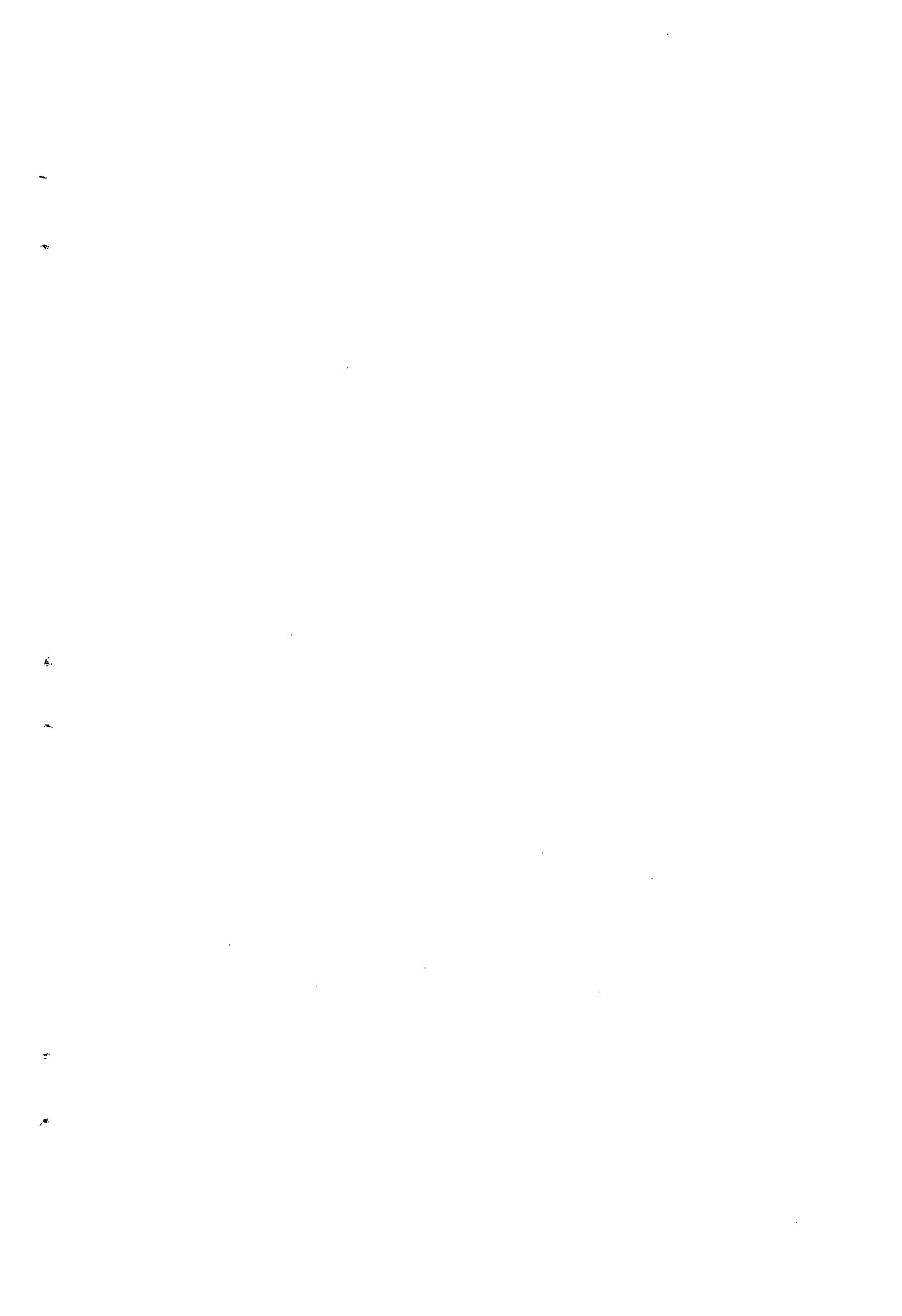
Tableau 32 : Répartition des pathologies malignes selon les auteurs.

Auteurs	Effectif	%	TOTAL
Diallo M.S. (Mali, 1978)	17	15,04	113
Kyriopoulos (Grèce, 1991)	79	11,30	700
Notre série	21	12,00	151

$\text{Khi}^2 = 9,05$

$P > 0,05$.

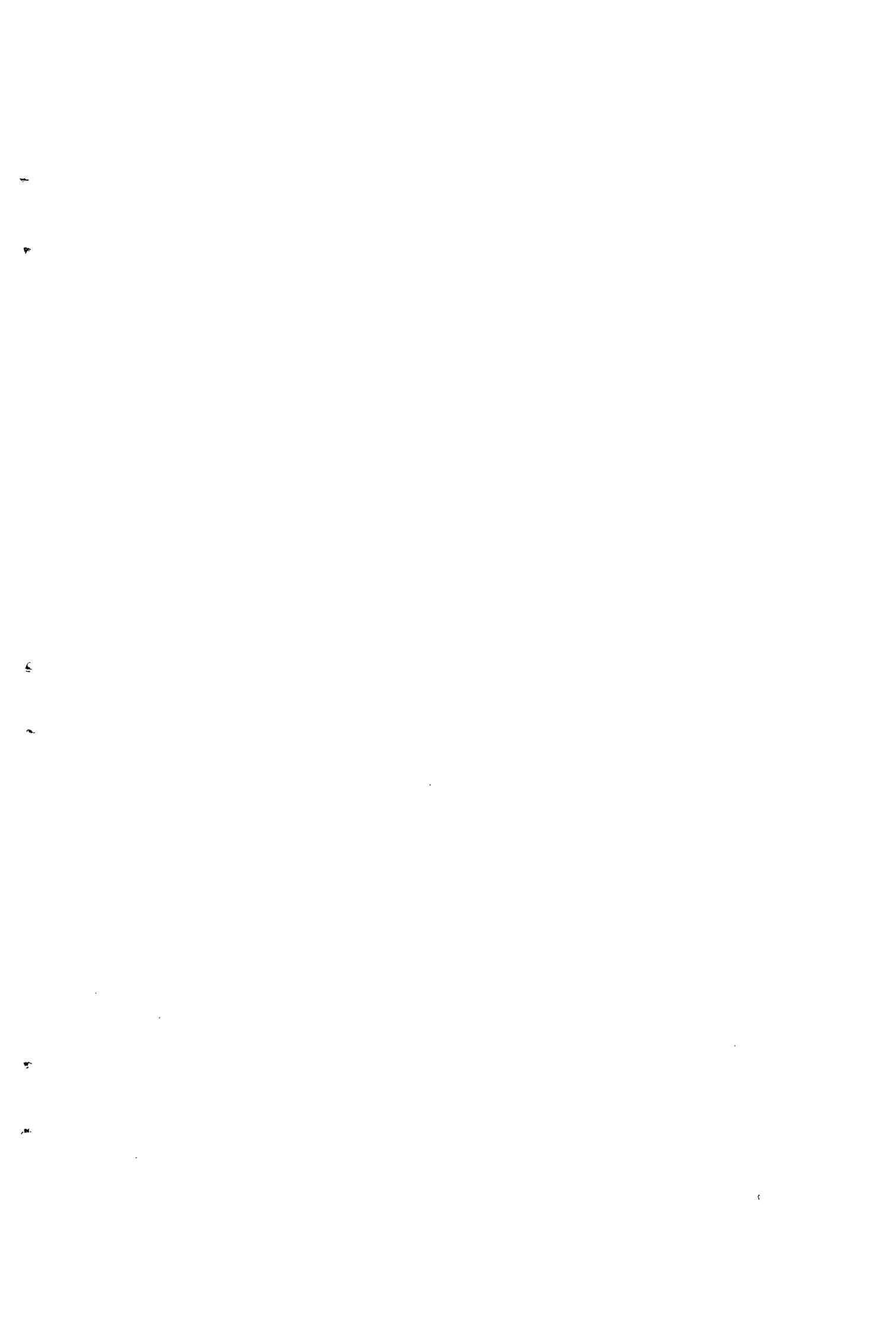
Donc il n'existe pas une différence significative.



3.3. Autres pathologies.

- Diallo M.S. a eu dans son étude 6,2% de cas de névrose, psychose et arriérés (débiles) (8). L'absence de ces cas dans notre étude pourrait s'expliquer, par l'amélioration du plateau technique dans le service de psychiatrie de l'Hôpital National du Point G.
- Affections traumatologiques et appareillage : en 1978 Diallo M.S. a eu 12,38% de cas (8). Dans notre série, ces affections ont occupé la 2ème place avec 22,29% de cas. Cette augmentation de la fréquence pourrait s'expliquer par deux raisons essentielles :
 - ✓ l'évacuation des blessés au cours des événements survenus au Mali en mars 1991.
 - ✓ l'augmentation de la fréquence des accidents de la voie publique au Mali.
- En 1978 le Professeur Coulaud de l'Hôpital Claude Bernard à Paris en France (médecin conseil du Mali en France à cette époque) avait certifié, que 9 fois sur 10, les diagnostics portés au Mali étaient exacts (8).

Dans notre étude les diagnostics de départ ont été toujours (dans 100% des cas) confirmés à l'arrivée. Cela pourrait s'expliquer par l'amélioration du plateau technique dans nos hôpitaux.



4. Prise en charge.

4.1. Pays d'accueil.

Kyriopoulos J. Dans sa série a trouvé 65,1% de cas d'hospitalisation en Grande-Bretagne ; 6,7% en Allemagne ; 8,6% en France et 8,7% aux Etats-Unis (17).

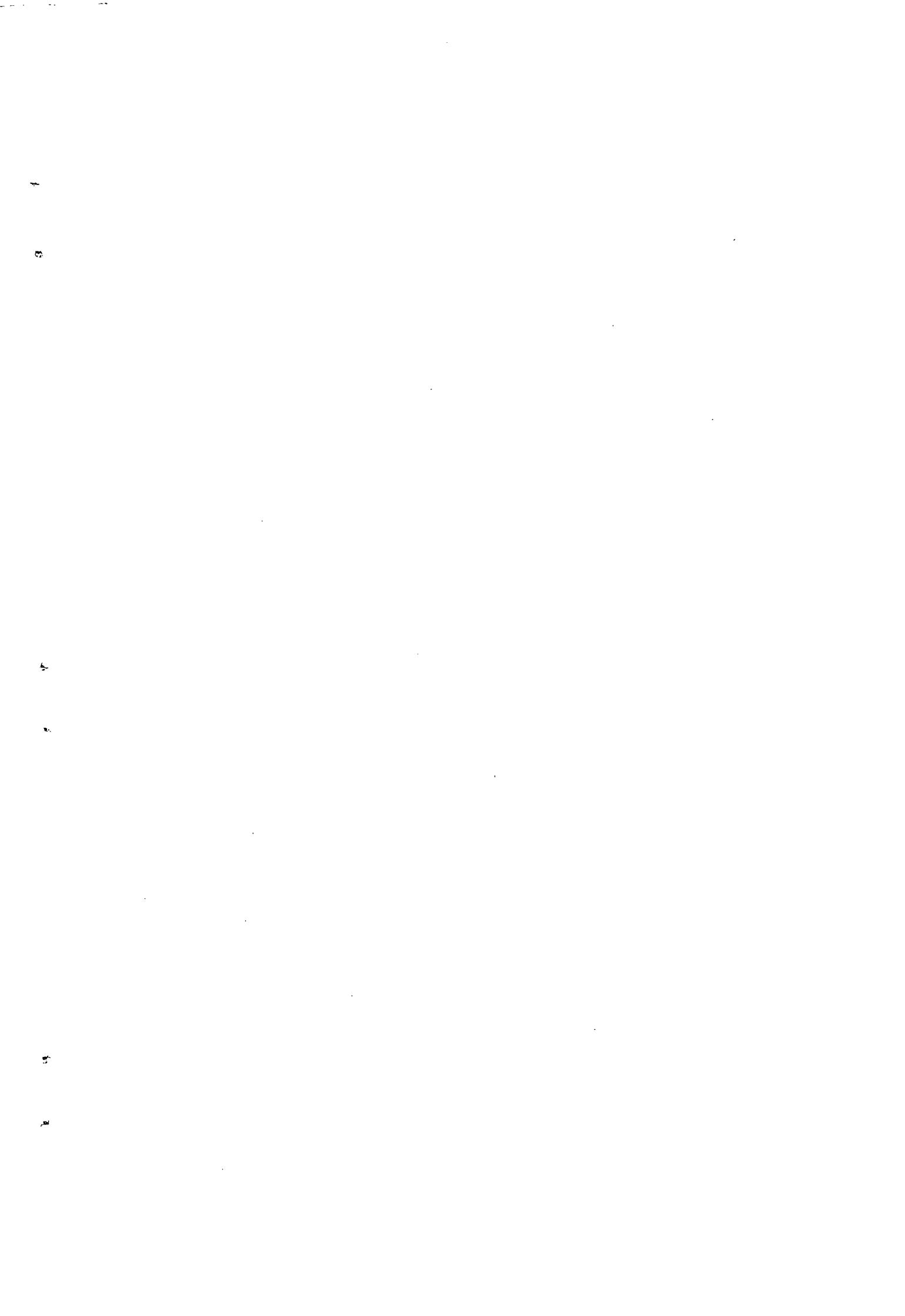
Dans notre série, la majorité des malades, soit 50,33% était évacués en France, suivi de la Côte d'Ivoire avec 34,44% des cas.

Selon J. Kyriopoulos les différentes raisons qui pourraient expliquer ces préférences sont :

- La spécialisation et le progrès considérable des sciences de la santé, ce qui a pour résultat une demande relative aux services sanitaire, s'adressant à des pays spécifiques, vu la répartition internationale de la technologie biomédicale, ainsi que la technique et des connaissances scientifiques.
- Les fréquents déplacements d'un pays à un autre pour des raisons professionnelles et touristiques
- Le continuel afflux migratoire vers l'Union Européenne, non seulement entre les pays membres, mais aussi des pays de tiers (9 ; 10 ; 15 ; 18 ; 19 ; 21).

La grande fréquence des références vers la France dans notre série pourrait s'expliquer par les liens historiques existants entre le Mali et la France (pays colonisateur du Mali).

Du fait des procédures de l'intégration économique de l'Union Européenne et par extension de l'internationalisation du marché des services dans le domaine de la santé, il paraît, que la question de l'affluence inter frontalière des patients afin de bénéficier des soins médicaux (Cross Border Health Care) constituerai une des questions majeures, qui feront l'objet de débats tant sur le plan européen, que sur le plan international (1 ; 4 ; 6 ; 10 ; 12 ; 22 ; 24 ; 25, 29).



4.2. Prise en charge financière.

Kyriopoulos J. en 1991 a eu 19,1% des patients, qui ont été pris en charge par l'état et 80,9% par des organismes d'assurance, qui sont entre autres : l'organisme des assurances agricoles, la caisse d'assurance des commerçants et artisans, la caisse d'assurance des banques et l'établissement de la sécurité sociale (13 ; 16 ; 20 ; 21 ; 22).

Dans notre étude 90,73% des patients étaient pris en charge entièrement par le gouvernement.

Les entreprises et en général l'INPS (Institut National de Prévoyance Sociale) ont pris en charge 5,30% des patients. Les organismes humanitaires notamment la " chaîne de l'espoir" a pris en charge 2,65% des malades. Dans notre étude la place des assurances est nulle car ces structures n'existent pas au Mali.

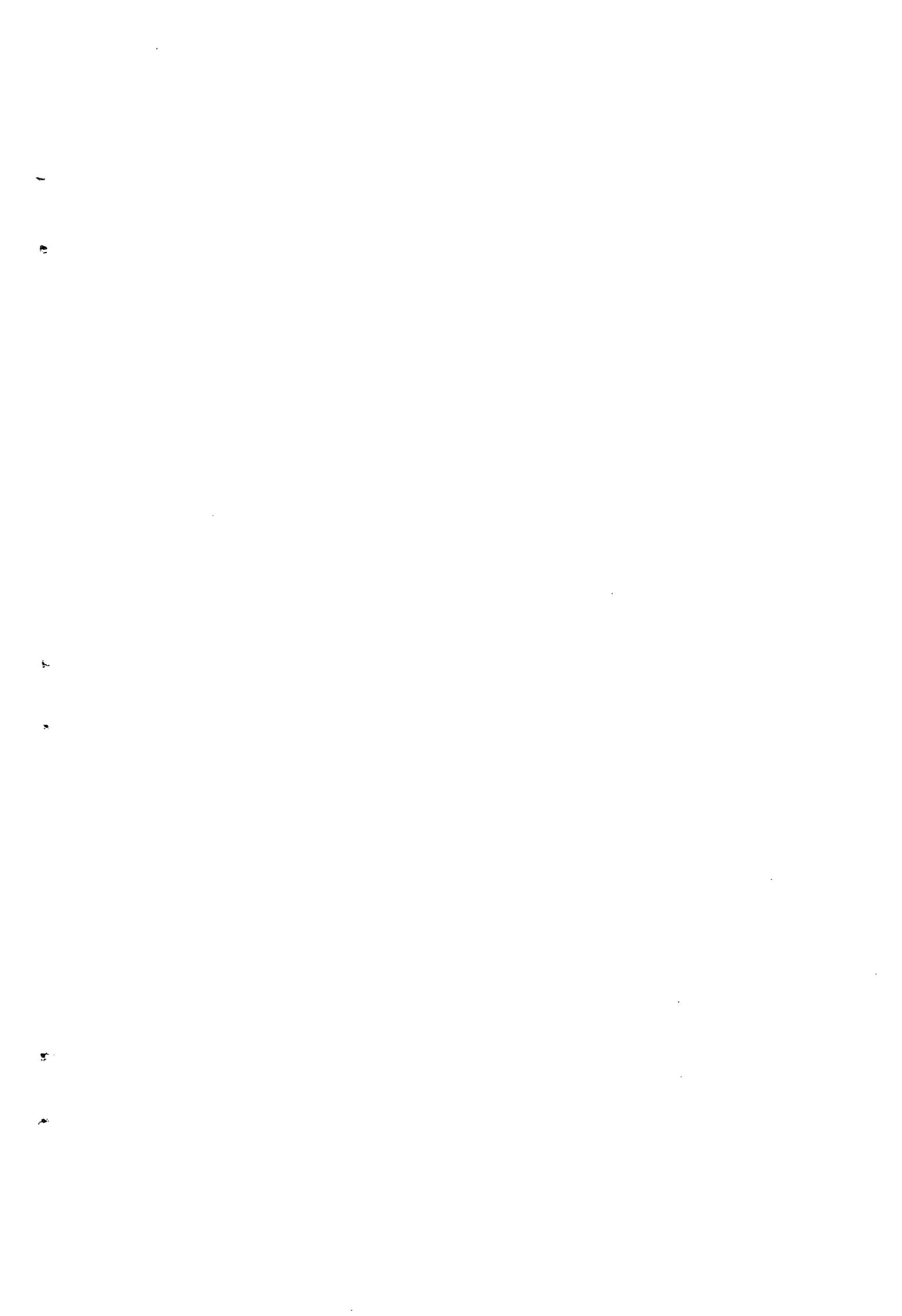
4.3. Durée du séjour.

Dans notre série la durée moyenne du séjour a été de 38,68 jours avec un écart type de 9,94 jours.

La durée de séjour la plus courte a été de 18 jours et la plus longue de 80 jours.

Lacour B. a effectué une étude pour rechercher les critères permettant d'expliquer la durée du séjour à l'Hôpital Marin CHRU de Nancy. Il a trouvé 3 facteurs pouvant augmenter la durée de séjour de 40% (24) :

- la pratique d'examens complémentaires ;
- les séances de kinésithérapie ;
- l'existence d'une démarche sociale.



5. Suites au retour.

Le manque des données des autres auteurs ne nous permet pas de discuter nos résultats.

5.1. Suites précoces.

Deux de nos patients sont décédés avant un mois, soit 0,66% des cas. Le 1er décès s'est passé au pays d'accueil et le second est survenu après le retour au Mali. Ce sont des patients dont le pronostic était mauvais. Le taux de guérison a été de 77,48%.

5.2. Suites à moyen terme.

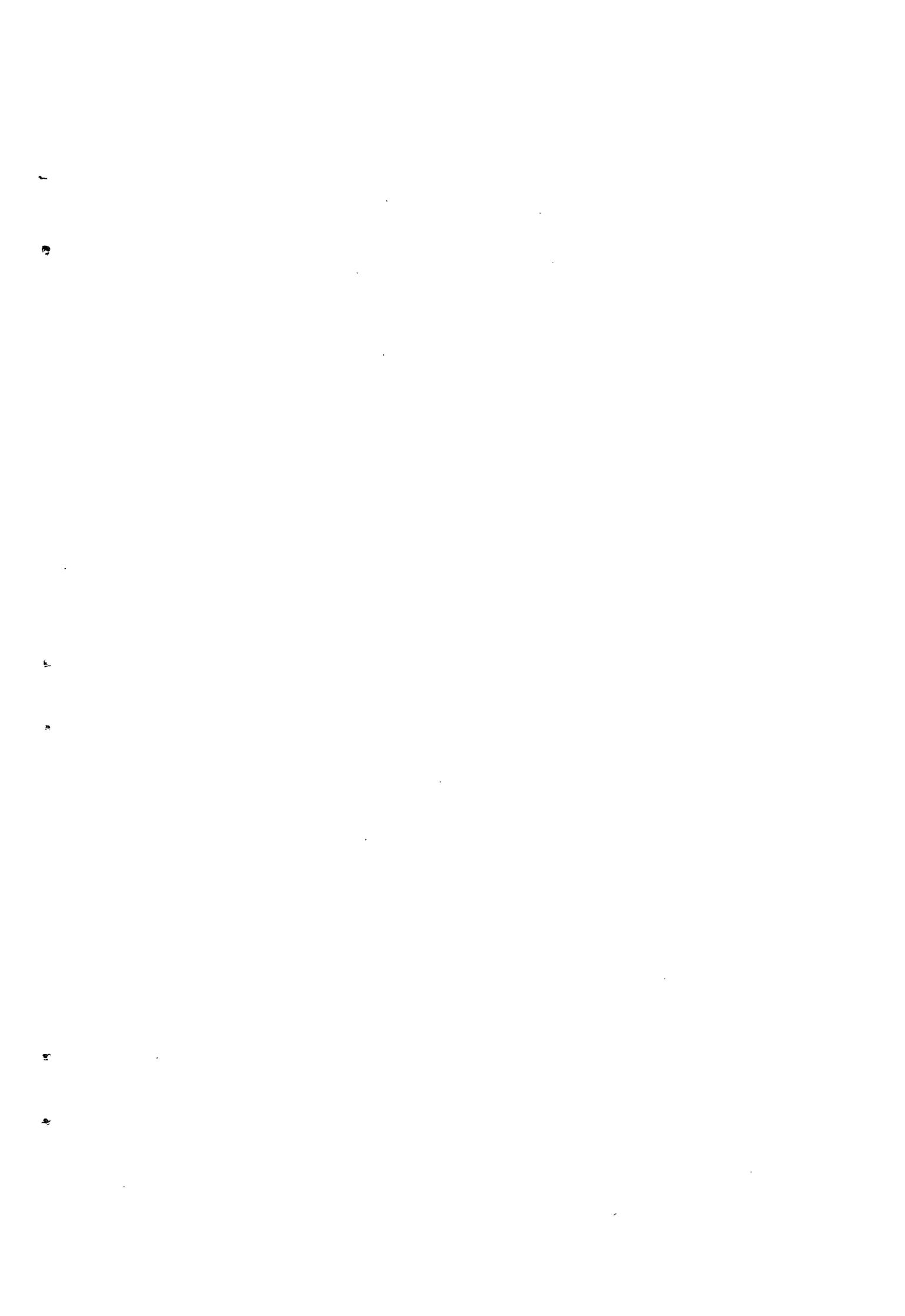
A 6 mois, nous avons observé un cas de récurrence, soit 0,66%, 24 cas d'amélioration, soit 15,89% et 6 cas de décès, soit 3,97%. Ces améliorations constituent en majorité les tumeurs malignes traitées par la chimiothérapie et/ou la radiothérapie.

5.3. Evolution à long terme (1-3 ans).

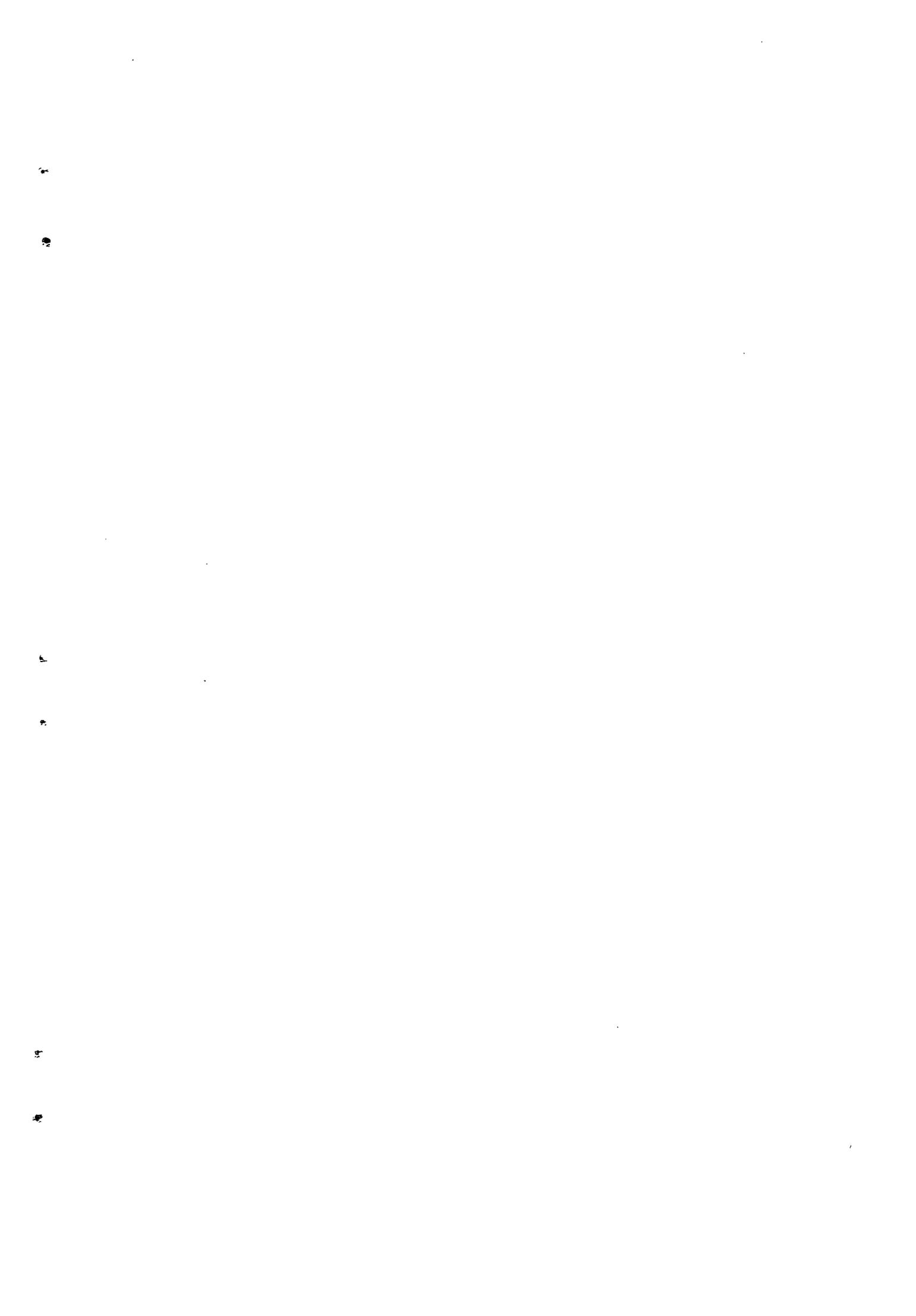
A un an nous avons observé 2 cas de stabilisation soit 1,32%.

Seul 56 de nos malades avaient un recul de 3 ans. Le taux de guérison a été de 78,57%.

N.B. : 87,48% de nos patients ont repris la vie active en moyenne 28,37 jours après leur retour.



Conclusion



VI. Conclusion et Recommandations

Le Mali est un immense pays sahel-soudanien de 1240000 km², pour une population de 10000000 d'habitants environ. Pays en voie de développement, la République du Mali fait partie des pays les plus pauvres du monde.

Une référence sanitaire se caractérise par la nécessité du transfert d'un malade, d'un centre de santé sur un autre (hospitalier), mieux équipé ou spécialisé.

Cette étude nous démontre clairement que l'accès à une hospitalisation à l'étranger dépend en principe de critères d'ordre financier et social, ce qui entraîne une violation du principe universel de l'égalité à la santé.

L'absence de données sur les évacuations sanitaires au Mali est le principal motif de cette étude.

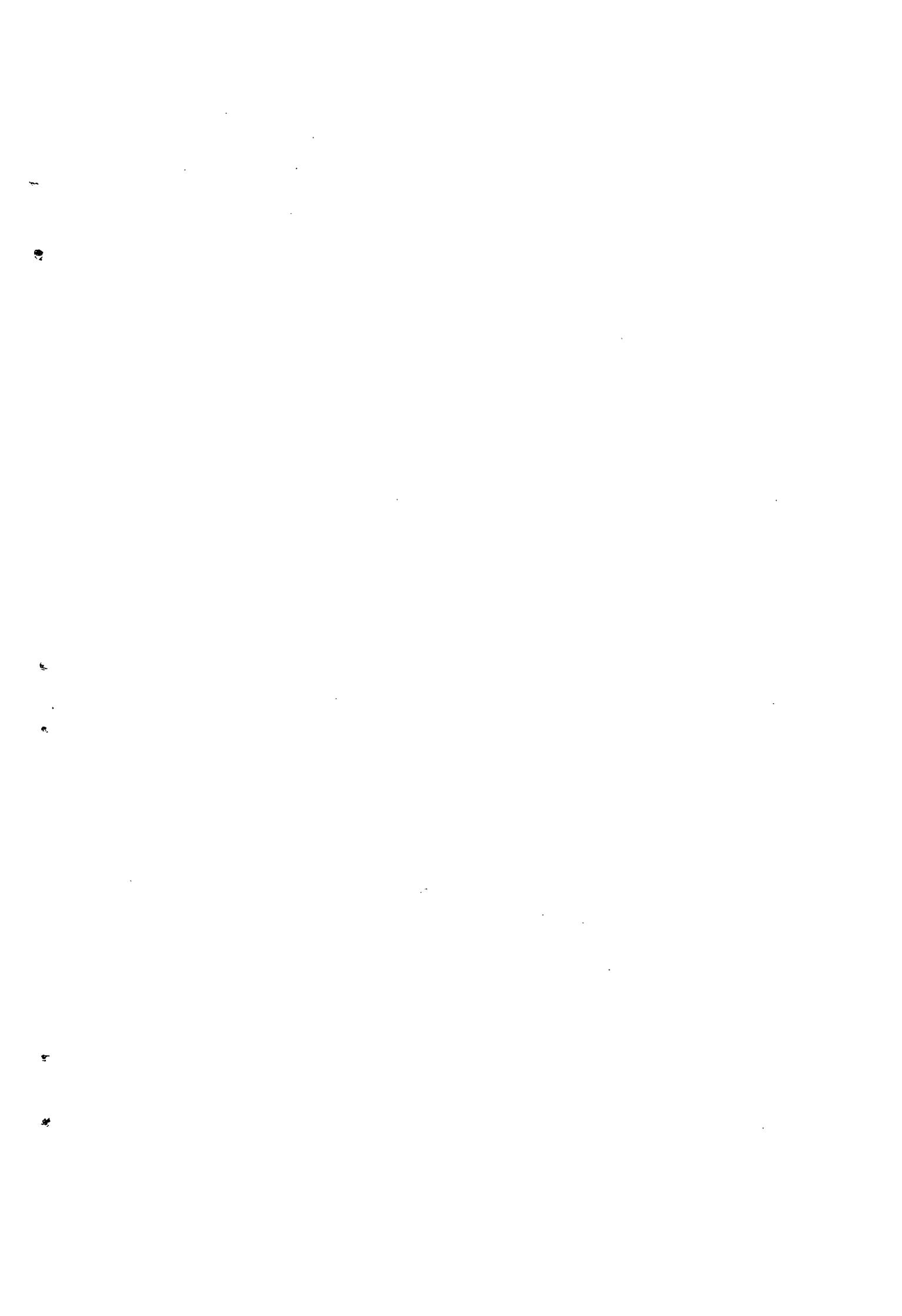
Notre étude, rétrospective, a porté uniquement sur les dossiers des patients ayant fait une demande d'évacuation sanitaire auprès du conseil de santé du Mali de janvier 1994 à décembre 1996.

Les évacuations sanitaires ont représenté 40,21% des dossiers traités par le conseil de santé. Nous avons colligé 175 cas d'évacuations sanitaires pour lesquels, il y avait 110 hommes (62,86%) et 65 femmes (37,14%) avec un sexe ratio de 1,69 à prédominance masculine. L'âge moyen des malades a été de 37,19 ans avec des extrêmes allant de 1 à 76 ans.

Les principales pathologies ont été les cardiopathies avec 24,57%, les affections traumatologiques et appareillage avec 22,29%, les affections neurologiques avec 16,00% et les affections malignes (cancers) avec 12,00%.

La durée moyenne d'évolution a été estimée à 27,88 mois. La durée moyenne de séjour au pays d'accueil a été de 38,68 jours. La prise en charge a été répartie comme suit : 90,73% des patients ont été pris en charge par le gouvernement. Entreprises autonomes 5,30%; Organismes humanitaires 2,65%; Frais personnels 1,32%.

Le coût total de ces évacuations a été de 524.643.193 FCFA.



En définitif, nous pensons, que la santé ne doit plus être considérée comme une entité isolée, mais comme partie intégrante du développement de la nation. A cet effet, le volet santé doit faire partie des priorités inscrites dans des plans nationaux de développement. C'est la seule voie qui mènera à une plus grande autonomie de nos unités sanitaires donc à une moindre dépendance vis à vis de l'extérieur.

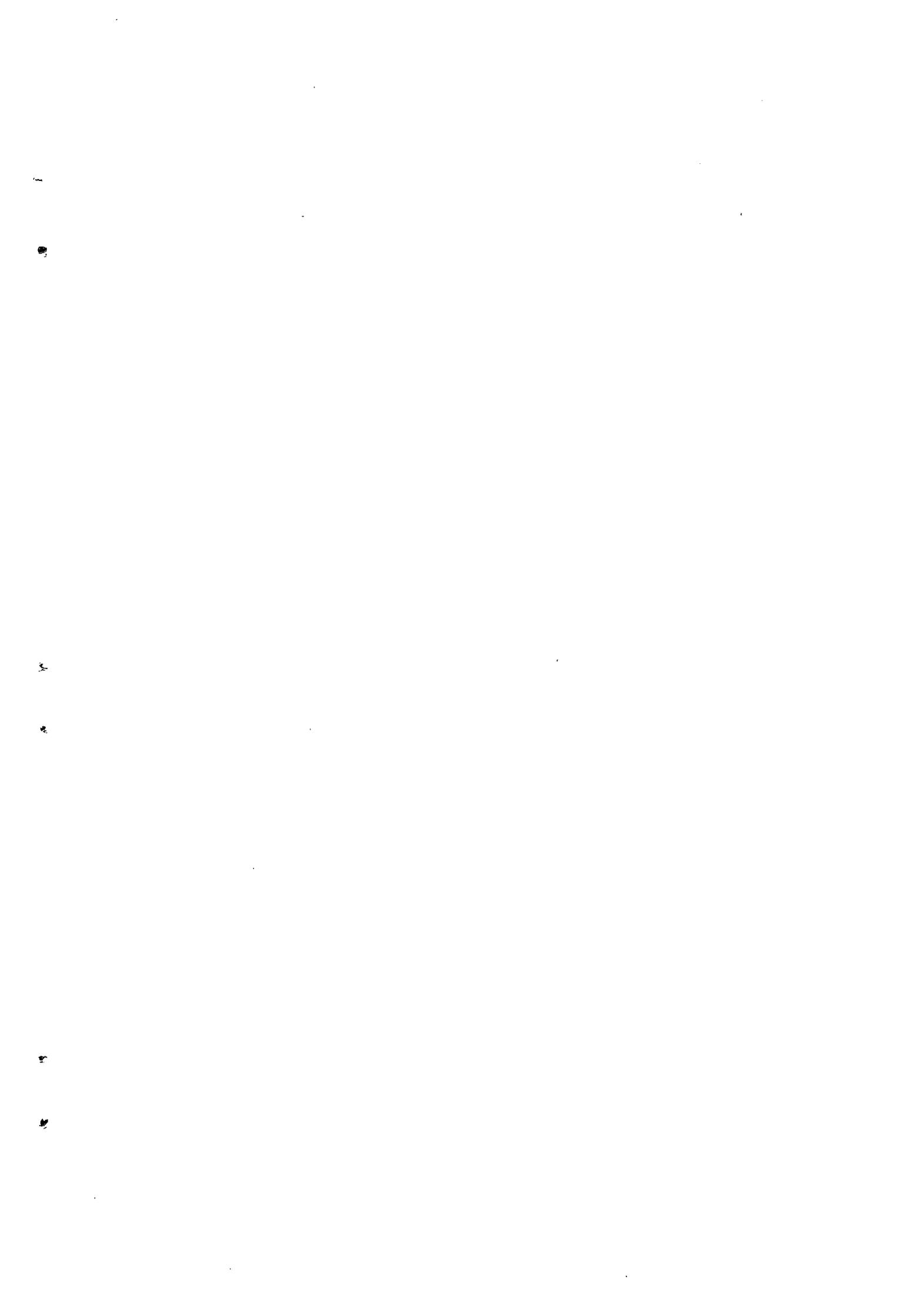
Au terme de ce travail, nous ne saurions terminer nos propos sans faire quelques recommandations :

Aux autorités politiques :

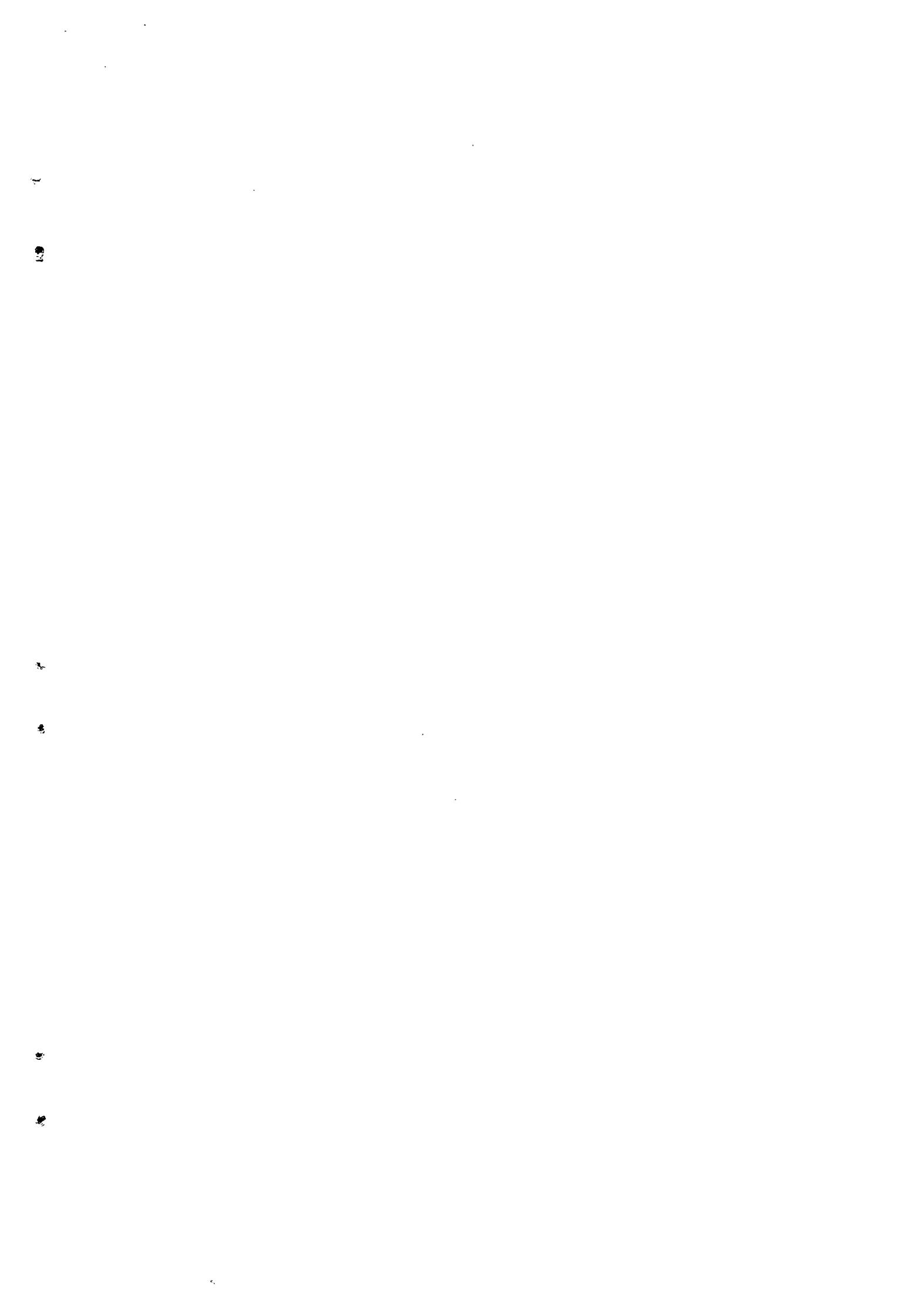
- **La spécialisation** des médecins en chirurgie cardiaque, neurochirurgie, en radiothérapie ; la création et l'équipement des services permettant la pratique de ces disciplines. (Equipement à tour de rôle compte tenu des moyens dont dispose l'Etat).
- **La vulgarisation** et le soutien des mutuels et des services d'assurance maladie, pour tous les secteurs formel et informel, afin de réduire les dépenses de l'état pour les évacuations et d'éviter le plus possible le principe de la violation de l'égalité à la santé.
- **Exiger** auprès des malades évacués et/ou leurs accompagnateurs, le retour rapide dès que le médecin traitant atteste qu'ils sont guéris ou qu'ils ont fini leur traitement, pour éviter les frais supplémentaires d'hôtellerie.

Aux médecins et chirurgiens :

- **De s'assurer**, que le traitement d'un malade est techniquement impossible de s'effectuer au Mali, avant de proposer une évacuation.

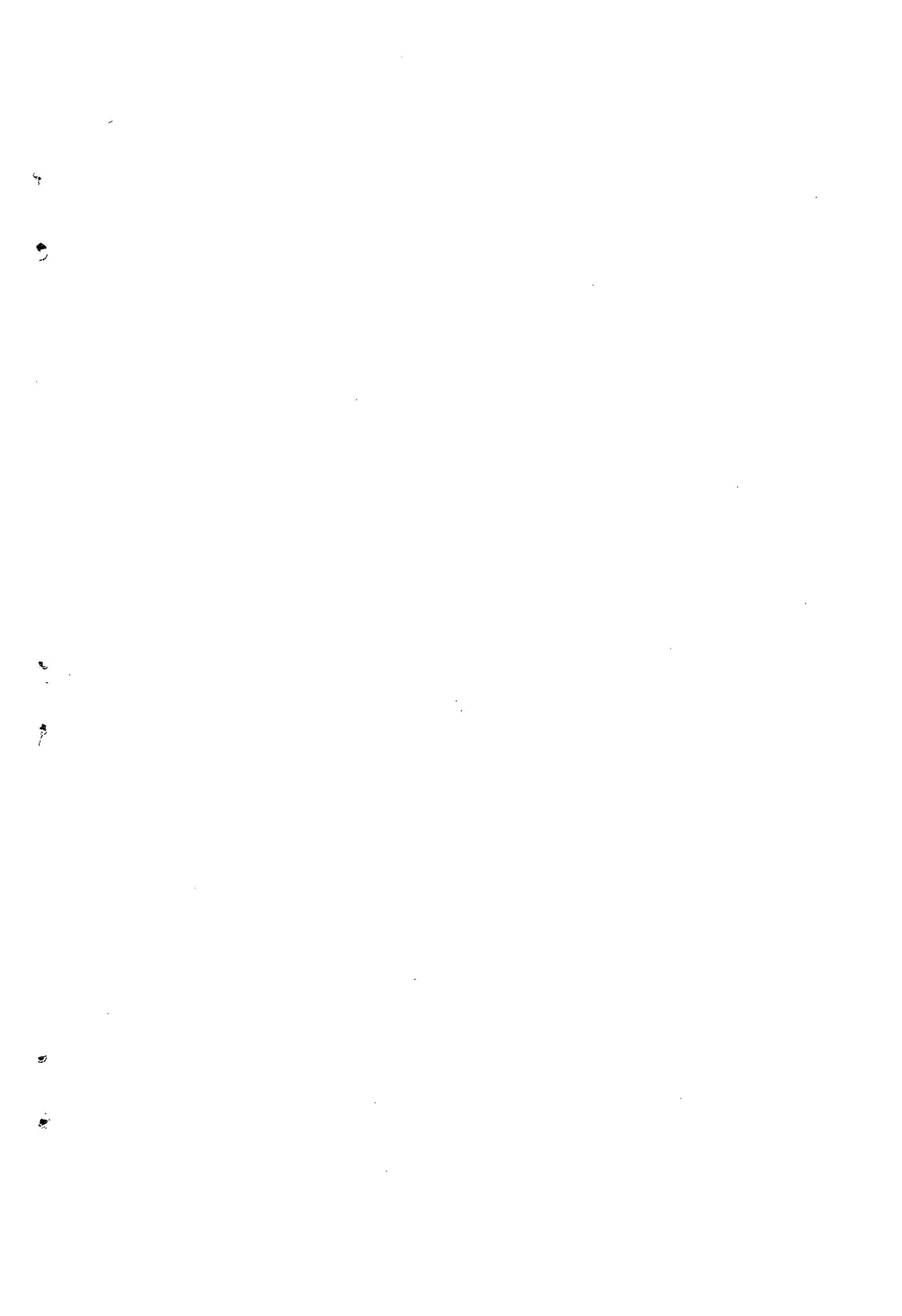


Annexes



REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **AIM** (Association internationale de la Mutualité). The cross-border health care within the European community. Study for the commission of the European communities, Directorate General V., Brussels, 1991.
2. **BADIANE M.**
Les évacuations sanitaires aéroportées à l'intérieur du Sénégal. Aspects médicaux et socio-économiques.
Thèse Med., Dakar, 1976, N° 4.
3. **BANQUE MONDIAL**
World demographic data.
World population profile 1994.
4. **CALMAN M., PALM W., SOHY F.**
Cross-border utilisation of health care. The frontier workers study.
Maastricht, 1995.
5. **CARA M.**
Réanimation mobile.
Le concours médical n° 46, p. 763-772, 1967.
6. **CRIVELLI L., ZWEIFEL P.**
Modeling cross-border care in the E.U. using a principal agent framework.
Institut for Empirical research in Economics.
University of Zurich, 1995.
7. **DEROURE F.** Professional mobility in Europe.
Family aspects and business practices. Directorate general for employment, industrial relation and social Affairs, Brussels, 1992.
8. **DIALLO M.S.**
Les évacuations sanitaires au Mali.
Thèse Med, Bamako, 1978, n°11.
9. **DOULI A., KYRITSIS V., POLISOS N., CHRYSIKOPOULOU N.,**
La demande de services sanitaires à l'étranger.
Health review 1992, 2, 15, 52-62
10. **EUROPEAN COMMISSION.** Your social security rights when moving within the European Union. Office for official publications of the European Communities, Luxembourg, 1995.
11. **FLEURY M.**
Médecine d'urgence: revue des SAMU, septembre 1990.
Tome XIII, n°4.



12. FRANCE G.

Elements for explaining the use of cross-border care by Italian patients. Paper prepared for the SEM Working Group meeting on cross-border care. BIOMED 1 project " Health care financing and single European market", Maastricht, 1994.

13. GITONA M., KYRIOPOULOS J., GENNIMATA A

La procédure gestionnaire de l'hospitalisation inter frontalière à l'Union Européenne. Société, économie et santé. Revue des science sanitaires 1994, 3, 2: 55-68.

14. HANSSENFORDER COLL.

Rappel historique des origines de la création et de la mise en service de l'aviation sanitaire militaire en France. Med. Tome B, n°1, 1958.

15. HERMANS H.

Conflicts between european law and national health law. International journal of medicine and law 1992, 11: 591-595.

16. KESTELOOT K., POCESCHIS S., WANDERSCHUERER E.

The reimbursement of the expenses for medical treatment received by "transnational" patients in EU countries. Health policy 1995, 33:43-57.

17. KYRIOPOULOS J., GITONA M.

Hospitalisation des patients grecques à l'étranger. Journal d'économie médicale; 1996, Tome 14, n°13, 181-191.

18. KYRIOPOULOS J., NIAKAS D., GEORGOUSI E., GITONA M.

Private health consumption in Greece today. In : Health systems the challenge of change. Omnipress, Prague 1992: 75-78.

19. KYRIOPOULOS J., DRAKOU I., KTENAS E., GEORGOUSI E.

La satisfaction des usagers de services sanitaires aux hôpitaux d'Athènes. Health review 1993, 1, 6: 42-45.

20. KYRIOPOULOS J., GITONA M., DRISI B.

Dépenses et investissements de santé en Grèce. Journal d'économie médical 1994, 12, 2_3: 159-166.

21. KYRIOPOULOS J., GITONA M.,

Cross-border health care in Greece and Europe. Exondas, Athens, 1995: 101-129.

22. LACOUR B.

Evaluation de l'activité médicale d'un service de moyen séjour: recherche de critères permettant d'expliquer la durée de séjour. Journal d'économie médicale 1990, Tome 8, n°4, 267-279.

23. LAROUSSE: Dictionnaire d'encyclopédie en langue française, 1995.

2

3

4

5

6

7

24. **LEIDL R.**
How will the single european market affect health care?
British journal of public health 1992, 303: 1081-1082.
25. **LEIDL R., JOHN J., MIELCK A., SATZINGER W.**
Perspectives on health reporting for the european community.
European journal of public health 1992, 2: 38-44.
26. **LEIDL R.**
Issues in the regulation of cross-border care between EU member states. Discussion paper prepared for the meeting of the SEM Working Group on cross-border care. BIOMED 1 Project "Health care financing and the single european market", Brussels 1993.
27. **MANUILA A.**
Dictionnaire français de médecine et de biologie.
28. **RICHEZ N.**
Protection sociale et intégration européenne. Editions de l'Université de Bruxelles, Institut d'étude européennes. Bruxelles, 1994: 171-193.
29. **SKOUTELIS G., KYRIOPOULOS J.**
Le système de protection sociale en Grèce: crise et réforme.
Journal d'économie médicale 1991, 9, 4-5: 246-251.
30. **TOUNKARA A.**
Evaluation de 10 ans de cure de hernie de l'aine dans le service de chirurgie B de l'Hôpital du Point G.
Thèse med, 1989 (6).
31. **WASSMER F.A., MEYER P., KOHNER.**
Faut-il opérer les hernies inguinales bilatérales en un temps?
Ann. chir, 1988, 42 (4) 185-186.
32. **YOUNG DAVID V.**
Comparaison of local spinal and general anesthesia for herniorrhaphy.
Ann. I. Surg. , 1987, 153: 560-563.

1

2

3

4

5

6

FICHE D'ENQUÊTE

«Evacuations sanitaires par le CONSEIL DE SANTE»

Q1 - N° de la Fiche d'enquête _____ / / / /

Q2 - N° du dossier au niveau du Conseil de Santé _____ / / / /

Q3 - Nom et Prénom du malade _____

Q4 - Âge du malade (ans) _____ / / / /

Q5 - Sexe du malade _____ / /

1 = Masculin 2 = Féminin

Q6 - Résidence _____

Q7 - Contact à Bamako _____

Q8 - Provenance _____ / /

1 = Bamako 4 = Sikasso 7 = Autres à préciser
2 = Kayes 5 = Ségou 9 = Indéterminé
3 = Koulikoro 6 = Mopti

Q9 - Principale occupation _____ / /

1 = Cadre supérieur 4 = Ménagère 9 = Indéterminé
2 = Cadre moyen 5 = Elève (Etudiant)
3 = Militaire 6 = Autres à préciser

Q10 - Ethnie _____ / /

1 = Bambara 3 = Malinké 5 = Sonhaï 7 = Autres à préciser
2 = Peulh 4 = Sarakolé 6 = Dogon 9 = Indéterminé

Q11 - Titre du demandeur _____ / /

1 = Professeur 3 = Docteur 9 = Indéterminé
2 = Professeur Agrégé 4 = Autre à préciser

Q12 - Fonction du demandeur _____ / /

1 = Chef de Service 3 = Administrateur 9 = Indéterminé
2 = Assistant chef de clinique 4 = Autres à préciser

Q13 - Spécialité du demandeur _____ / /

1 = Médecin 3 = Autres à préciser
2 = Chirurgien 4 = Indéterminé

201

202

203

204

205

206

Q24 - ATCD médicaux _____ / ____ /

1 = Ictère
2 = Asthme

3 = Bilharziose
4 = Accident voie publique

5 = HTA
6 = Diabète

7 = Tuberculose
9 = Indéterminé

8 = Autres à préciser _____

Q25 ATCD chirurgicaux _____ / ____ /

1 = Opéré

2 = Non opéré

Q25-1 Date de l'opération _____ / ____ /

Q25-2 Nom de l'opérateur _____

Q25-3 Nature de l'opération _____

Q25-4 Suites de l'opération _____ / ____ /

1 = Simples

2 = Compliquées

Q25-5 Opéré(e) pour la même maladie que celle qui a motivé l'évacuation _____ / ____ /

1 = Oui

2 = Non

Q26 Etat matrimonial _____ / ____ /

1 = Célibataire

2 = Marié(e)

3 = Divorcé(e)

4 = Veuf(ve)

Q27 - Traitement antérieur _____ / ____ /

1 = Médical

3 = Traditionnel

5 = (1+3)

7 = (1+2+3)

2 = Chirurgical

4 = (1+2)

6 = (2+3)

8 = Autres à préciser _____

9 = Indéterminé

Q28 - Date de la demande d'évacuation _____ / ____ /

Q29 - Date de départ _____ / ____ /

Q30 - Date d'arrivée au pays d'accueil _____ / ____ /

Q31 - Mode d'évacuation _____ / ____ /

1 = Avion

2 = Autres à préciser _____

9 = Indéterminé

Q32 - Pays d'accueil _____ / ____ /

1 = France

4 = Suisse

7 = Algérie

2 = Allemagne

5 = Sénégal

8 = Maroc

3 = Russie

6 = Côte d'Ivoire

9 = Autres à préciser _____

99 = Indéterminé

Q33 - Nature de l'évacuation _____ / ____ /

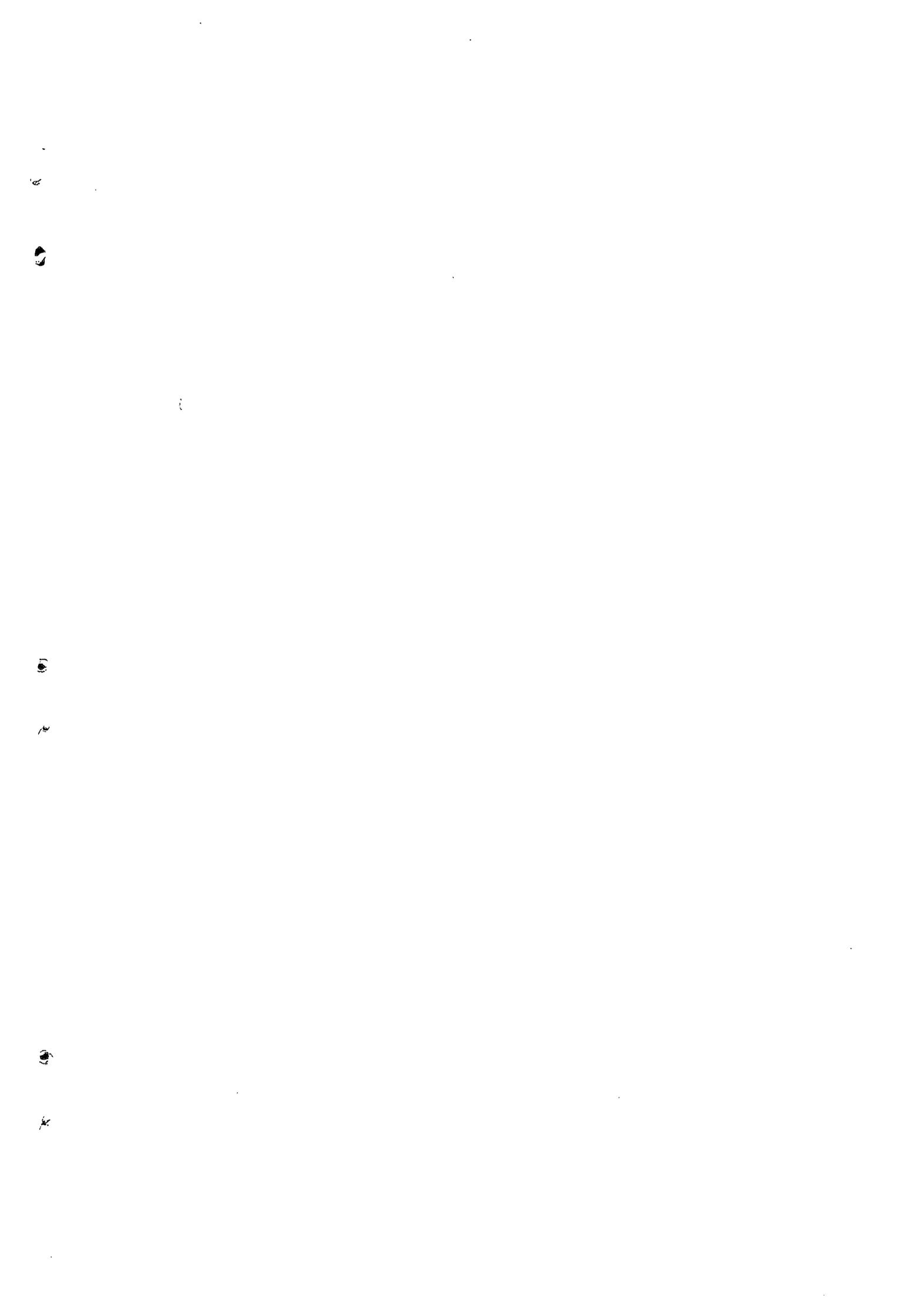
1 = Urgente

2 = Semi-urgente

3 = Pas urgente

4 = Autres à préciser _____

9 Indéterminé



Q34 - Prise en charge _____ / /

- 1 = MSPSPA 2 = Propres frais 3 = Entreprise autonome 4 = (1+2)
- 5 = (1+3) 6 = (2+3) 7 = (1+2+3)
- 8 = Autres à préciser
- 9 = Indéterminé

Q35 - Signes fonctionnels au pays d'accueil

Q36 Signes physiques au pays d'accueil

Q37 - Signes paracliniques au pays d'accueil

Q38 - Diagnostic posé au pays d'accueil _____

Q39 - Nature de l'examen compl. effectué au pays d'accueil _____ / /

- 1 = Scanner 2 = Echographie 3 = Radiographie
- 4 = EEG 5 = Autres à préciser
- 9 = Indéterminé

Q40 - Nature du traitement effectué au pays d'accueil _____ / /

Q40 1 - Médical _____

Q40 2 - Chirurgical _____

Q40 3 - (40 1 + 40 2) _____

Q40 4 - Autres à préciser _____

Q41 - Durée de séjour (en jours) _____ / / / /

8

9

10

11

12

13

Q42 - Motif du rejet du dossier par le conseil de santé _____ / /

- 1 = Dossier incomplet 3 = Examen complémentaire pouvant être effectué sur place
 2 = Patient(e) pouvant être traité sur place 4 = Décès
 5 = Autres à préciser _____ 9 = Indéterminé

Q43 - Motif de non évacuation après avis CS _____ / /

- 1 = Décès 2 = Frais impayés 3 = Refus du malade
 4 = Autres à préciser _____ 9 = Indéterminé

Q44 - Motif du rejet du dossier par le pays d'accueil _____ / /

- 1 = Frais impayés 2 = Traitement ne pouvant pas être effectué sur place
 3 = Examen complémentaire ne pouvant pas être effectué sur place
 4 = Dossier incomplet 5 = Décès 6 = Autres à préciser _____
 9 = Indéterminé

Q45 - Coût des démarches administratives (FCFA) _____ / / / / / / / / / / / /

Q46 - Coût du transport (FCFA) payé par le Conseil de Sansté _____ / / / / / / / / / / / /

Q47 - Coût de l'hôtellerie (FCFA) _____ / / / / / / / / / / / /

Q48 - Coût des examens complémentaires _____ / / / / / / / / / / / /

Q49 - Coût du traitement médicale _____ / / / / / / / / / / / /

Q50 - Coût du traitement chirurgical _____ / / / / / / / / / / / /

Q51 - Coût du traitement orthopédique et appareillage _____ / / / / / / / / / / / /

Q52 - Autres frais payés par le Conseil de Santé _____ / / / / / / / / / / / /

Q53 - Lettre de suivi envoyée par le pays d'accueil _____ / /

- 1 = Oui 2 = Non

Q54 - Rythme de suivi demandé par le pays d'accueil _____ / /

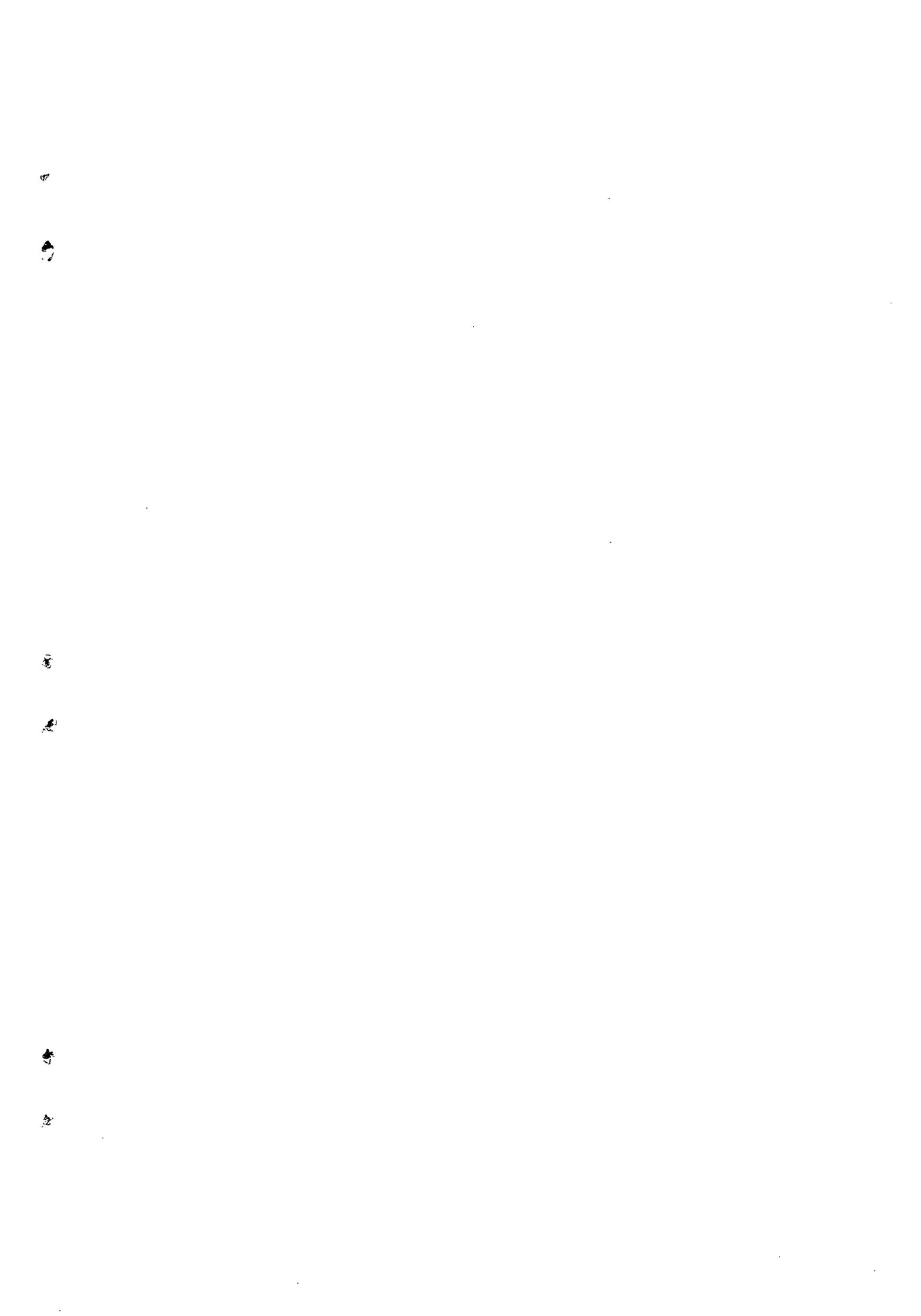
- 1 = Par jour 3 = Par mois 5 = Par semestre
 2 = Par semaine 4 = Par trimestre 6 = Par an
 7 = Autres à préciser _____

Q55 - Suite au retour du malade _____ / /

- 1 = Guérison 4 = Récidive 6 = Décès
 2 = Amélioration 5 = Aggravation 7 = Autres à préciser _____ / /
 3 = Stabilisation 9 = Indéterminé

Q56 - Suivi à 1 mois _____ / /

- 1 = Guérison 4 = Récidive 6 = Décès
 2 = Amélioration 5 = Aggravation 7 = Autres à préciser _____ / /
 3 = Stabilisation 9 = Indéterminé



Q57 - Suivi à 3 mois

1 = Guérison

2 = Amélioration

3 = Stabilisation

4 = Récidive

5 = Aggravation

9 = Indéterminé

6 = Décès

7 = Autres à préciser

/ /

/ /

Q58 - Suivi à 6 mois

1 = Guérison

2 = Amélioration

3 = Stabilisation

4 = Récidive

5 = Aggravation

9 = Indéterminé

6 = Décès

7 = Autres à préciser

/ /

/ /

Q59 - Suivi à 1 an

1 = Guérison

2 = Amélioration

3 = Stabilisation

4 = Récidive

5 = Aggravation

9 = Indéterminé

6 = Décès

7 = Autres à préciser

/ /

/ /

Q60 Suivi à 2 ans

1 = Guérison

2 = Amélioration

3 = Stabilisation

4 = Récidive

5 = Aggravation

9 = Indéterminé

6 = Décès

7 = Autres à préciser

/ /

/ /

Q61 - Suivi 3 ans

1 = Guérison

2 = Amélioration

3 = Stabilisation

4 = Récidive

5 = Aggravation

9 = Indéterminé

6 = Décès

7 = Autres à préciser

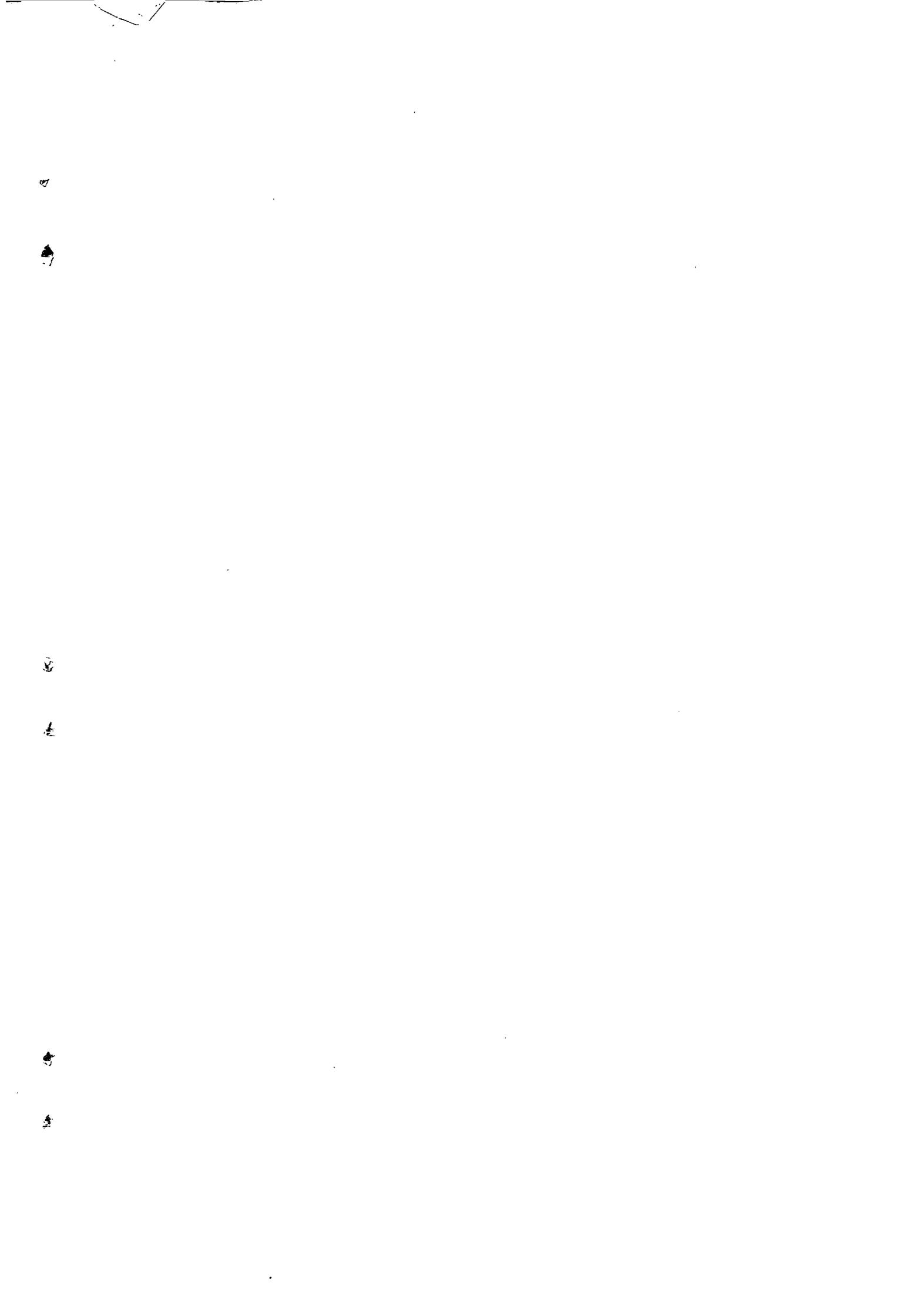
/ /

/ /

Q62 - Date de retour dans la vie active

/ / / / / / / /

Q63 - Désires actuels du malade



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

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

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

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

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

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

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

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

