

**MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION
NATIONALE**

UNIVERSITÉ DU MALI

**FACULTÉ DE MEDECINE, DE PHARMACIE
ET D'odontostomatologie**

**REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE- UN BUT- UNE FOI**

N°

ANNÉE : 2007

THÈSE

MODALITÉ DE PRISE EN CHARGE ET COÛT HOSPITALIER DES
PATHOLOGIES UROGENITALES DES PERSONNES ÂGÉES DANS LE
SERVICE D'UROLOGIE DU CHU DU POINT G

Thèse présentée et soutenue publiquement

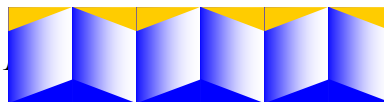
À la faculté de Médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie du Mali

Par

Mamadou Fonfo Keita

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE



PRÉSIDENT : Pr. Ouattara Kalilou

MEMBRE : Fau Charles

MEMBRE : Pr. Tieman Coulibaly

DIRECTEUR DE THÈSE : Dr Tembely Ali

DEDICACES

*« Il n'est ni de force et
de pouvoir que par
Dieu »*

DEDICACES

- *A tous ceux qui par la grâce de Dieu sont arrivés au « soir » de leur vie.
Plus particulièrement à mon logeur **Brahima Berthé** et à mon petit frère
Aboubacar Keita, que la terre leur soit légère. amen !*
- *A ma mère, **Traoré Béréte** : Que des nuits d'insomnie tu as endurées ! Que
des journées de jeûnes tu as connues en guise de remerciement d'Allah
l'exalté à chacune de mes réussites.
Tu nous as entouré de tout l'amour qu'une mère peut donner à ses enfants.
Ton plus grand souci a toujours été notre réussite. Aujourd'hui tu peux rendre
gloire à Dieu car l'arbre que tu as planté va maintenant produire.*
- *A mon père **Fonfo Keita** : Très tôt, tu as su nous inculquer les vertus du
travail et l'amour du prochain. Tu n'as jamais cessé de nous répéter que le
courage et la persévérance doivent être nos compagnons de tous les jours.
Merci papa car, si je suis arrivé à ce niveau aujourd'hui, c'est grâce à toi.*

REMERCIEMENTS

- *A notre famille Berthé à Koutiala (Maman) pour tout l'amour que vous n'avez cessé de me témoigner ; pour avoir guidé mes premiers pas dans les études et pour votre patience devant mes indélicatesses .Merci la famille Berthe depuis Koutiala ; Que Dieu puisse vous gardez.*
- *A notre oncle et notre tante (Ali et Salmata Tamboura) pour m'avoir adopté sans distinction aucune avec le plus grand amour, tout le respect d'un père et d'une mère. Je ne saurais vous remercier pour tout. Que Allah vous accorde santé et paix.*
- *A nos petites sœurs : **Fatoumata Keita et Kamissa Keita** : Par vous Dieu m'a montré que seul, un homme n'est rien. Que Dieu soit votre berger et vous conduise au pâturage.*
- *A mon cousin (Salif Berthe) pour sa patience, sa simplicité, son dévouement.*
- *A notre grande famille Fofana et Tamboura du Point « G » qui ont été pour nous un soutien moral incontournable. Vous avez toujours su me redonner courage et espoir dans les moments difficiles. Puisse Dieu bénir l'œuvre de vos cœurs et rendre vos foyers prospères.*
- *Mention spéciale à Mademoiselle Aramatou Koné : tu as été au début et à la fin de ce travail. Par ton amour, ton sourire, ta sérénité et tes conseils pratiques, tu as su nous redonner courage et force pour aller toujours plus loin. Pour notre bonheur, aucun sacrifice n'est trop gros pour tes yeux. Accepte ce travail en témoignage de notre profond amour pour toi.*
- *A notre famille Yattara à Garantiguibougou pour votre soutien moral.*
- *A nos camarades de promotion : Modibo, Dramane, Mohamed, Sonia, Awa, en souvenir de ces moments passés ensemble.*
- *A nos collègues et amis de promotion : DIALLO mamadou, DIAMOUNE Abdoulaye, TEMBELY Mohamed, ONGOIBA Sadou, NIARE Boubacar, SAMAKE Aboudou, DOUKINSI Aliou, COULIBALY Djibril, GUIROU Alabouri, COULIBALY Moulai, TEMBINE Eli, GOITA Amadou, CISSE Mafounè, TOURE Youba, DIARRA Souleymane, SOW Mamadou. GUINDO Oumar, BAGAYOGO Oumar, SAMASSEKOU Aissata, DIAKITE Mari*

- *A nos amis Basile, Lamine, Bassaba, Amidou pour tous ces moments de joie et d'angoisse que nous avons connus.*
- *A nos petites sœurs de la communauté ivoirienne (Fati, Aichata, Ramy, Kadi, Aicha, Nina, Kadi, Fatou, Aicha, Assitan, Sali, Oumou, Mariam)*
- *A nos jeunes frères de la Faculté Lamine D, Oumar, Lasso*
- *A nos aînés (Dr Marianne, Dr Guindo, Dr Karim, Dr Bassaba, Dr Nafissatou)*
- *A notre Tante (Massandjé) pour son soutien moral quotidien. Puisse Dieu vous accordez sa grâce.*
- *A toute la communauté ivoirienne de Bamako.*
- *A notre oncle pour son soutien depuis Gabon*
- *A la famille Bagayogo pour son aide.*
- *A notre ami Boubacar Cissoko pour les moments passés et présents*
- *A toute l'équipe de l'Urologie, notamment, le major Mariam, les infirmières et les garçons de salle pour votre collaboration et votre patience dans nos malades d'apprentis sorciers.*
- *A tout le corps enseignant et à l'administration de la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie qui ont donné le meilleur d'eux-mêmes pour mettre à notre disposition cette formation de qualité.*

HOMMAGES A NOS MAITRES ET JUGES

*A notre maître et juge : Le Professeur **Tiéman Coulibaly**.*

*Chirurgien, orthopédiste et traumatologique à l'hôpital Gabriel Touré
Membre de la société malienne de chirurgie orthopédique et de traumatologie (SOMACOT)*

Chargé de cours à la FMPOS

Nous avons été marqués par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de faire partie du jury de notre thèse.

La simplicité, la disponibilité et l'extrême courtoisie sont autant de qualité que vous incarnez.

Vous nous avez séduit depuis les premières années de nos études médicales grâce à vos brillants cours de sémiologie

La clarté de vos explications, la qualité de votre raisonnement ainsi que votre accueil fraternel font de vous un exemple à suivre.

Trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance

*A notre maître et juge : Docteur **Aly Tembely***

- Diplômé de la faculté de Tours*
- Ancien interne des hôpitaux de France*
- Diplômé en andrologie, et Endo urologie en Lithotripsie extra corporelle et en Uro dynamique de l'université de Paris*
- Assistant chef de clinique en Urologie à la FMPOS*

Cher maître, votre rigueur scientifique, vos qualités humaines et votre goût pour le travail bien fait font de vous un espoir certain de l'urologie au Mali.

Cher maître l'Eternel saura vous remercier, accepter cher maître nos sincères remerciements.

A notre maître et directeur de thèse :

- Professeur **KALI LOU OUATTARA***
- Docteur PH D, de l'institut de KIEV*
- Professeur titulaire en Urologie,*
- Chef de service de l'urologie de l'hôpital du point « G »,*
- Lauréat de l'amission Niagara*
- Expert international en chirurgie de la fistule obstétricale*
- Président de la commission médicale*

Très cher maître, votre simplicité, votre ardeur au travail, la clarté de vos enseignements et votre sens de l'humour nous ont motivé à aller vers vous pour ce travail de thèse que vous avez accepté de diriger.

Vos qualités scientifiques qui font de vous un grand maître de l'urologie et votre sens de responsabilisation et de justice justifient votre grandissime crédit au sein de notre faculté et au-delà.

C'est un immense plaisir de vous manifester ici, solennellement notre profonde gratitude et notre sincère admiration.

Que l'éternel soit votre guide.

FACULTÉ DE MÉDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE
ANNÉE UNIVERSITAIRE 2006-2007

ADMINISTRATION

DOYEN: ANATOLE TOUNKARA – PROFESSEUR

1^{er} ASSESSEUR: DRISSA DIALLO – MAÎTRE DE CONFERENCES AGREGE

2^{ème} ASSESSEUR: SEKOU SIDIBE – MAÎTRE DE CONFERECECS

SECRETAIRE PRINCIPAL: YENIMEGUE ALBERT DEMBELE – PROFESSEUR

AGENT COMPTABLE: MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL- CONTROLEUR DES FINANCES

PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie – Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	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 Chirurgie Générale

Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie Traumatologie Chef de D.E.R.
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	ORL
Mme SY Aïda SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sekou SIDIBE	Orthopédie-Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr Tieman COULIBALY	Orthopédie-Traumatologie
Mme TRAORE J THOMAS	Ophtalmologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr Nouhoum ONGOÏBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Sadio YENA	Chirurgie thoracique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
Mme Djeneba DOUMBIA	Anesthésie Réanimation

Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie- Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophtalmologie
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie - Traumatologie
Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr Mady MACALOU	Orthopedie-Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/ Obstétrique
Mr Tiémoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KEITA	ORL
Mr Boureima MAIGA	Gynéco-Obstétrique

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie-Mycologie
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie - Chef de D.E.R.
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdourahamane S. MAÏGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Mamadou KONE	Physiologie

2. MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie – Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie
Mr Mahamadou CISSE	Biologie

Mr Sékou F. M. TRAORE	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie – Biologie Animale
Mr Ibrahim I. MAÏGA	Bactériologie – Virologie

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Mounirou BABY	Hématologie
Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie/ Virologie
Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie pathologie

4. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOKO	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Guimogo DOLO	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Djbril SANGARE	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Mouctar DIALLO	Biologie/ Parasitologie
Mr Boubacar TRAORE	Immunologie
Mr Bokary Y. SACKO	Biochimie
Mr Mamadou BA	Parasitologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAÏGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie - Chef de D.E.R.
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne

Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie-Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie

2. MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Sahare FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme DIARRA Assétou SOUCKO	Médecine interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou TOURE	Radiologie
Mr Idrissa A. CISSE	Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hépatogastro-entérologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-entérologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie

Mr Soungalo DAO Maladies infectieuses
Mr Cheick Oumar GUINTO Neurologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEUR

Mr Boubacar Sidiki CISSE Toxicologie
Mr Gaoussou KANOUTE Chimie Analytique **Chef de D.E.R**

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Ousmane DOUMBIA Pharmacie Chimique
Mr Drissa DIALLO Matières Médicales
Mr Boulkassoum HAIDARA Législation
Mr Elimane MARIKO Pharmacologie
Mr Alou KEITA Galénique
Mr Benoît KOUMARE Chimie analytique

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mme Rokia SANOGO Pharmacognosie
Mr Ababacar I. MAÏGA Toxicologie
Mr Yaya KANE Galénique

4. ASSISTANTS

Mr Saibou MAIGA Législation
Mr Ousmane KOITA Parasitologie Moléculaire

D.E.R. SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sidi Yaya SIMAGA Santé-Publique **Chef de D.E.R**
Mr Sanoussi KONATE Santé Publique

2. MAÎTRE DE CONFERENCES

Mr Moussa A. MAÏGA Santé Publique

3. MAÎTRES ASSISTANTS

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

Mr Alassane A. DICKO Santé Publique
Mr Mamadou Sounalo TRAORE Santé Publique

4. ASSISTANTS

Mr Samba DIOP Anthropologie Médicale
Mr Seydou DOUMBIA Epidémiologie
Mr Oumar THIERO Biostatistique
Mr Seydou DIARRA Anthropologie

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA Botanique
Mr Bouba DIARRA Bactériologie
Mr Salikou SANOGO Physique
Mr Boubacar KANTE Galénique
Mr Souleymane GUINDO Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA Mathématiques
Mr Modibo DIARRA Nutrition
Mme MAÏGA Fatoumata SOKONA Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORE Génétique
Mr Yaya COULIBALY Législation
Mr Lassine SIDIBE Chimie Organique

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA Bromatologie
Pr. Babacar FAYE Pharmacodynamie
Pr. Mounirou CISSE Hydrologie
Pr Amadou Papa Diop Biochimie.
Pr Lamine GAYE Physiologie

SIGLES ET ABREVIATIONS

Agricult. = Agriculteur/ Agriculture

Ant = Antérieur

CHU= centre hospitalier universitaire

Comm. =Commerce

Consult. = Consultation

CSCOM. =Centre de santé communautaire

CSC. = Centre de santé de cercle

DNSI. =Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique

E.G. =Etat général

Fréq. =Fréquence

HN. = Hôpital national

HR.= Hôpital régional

IEC = information-éducation- communication

Méd. =Médecine

Nbr. = Nombre

ND. =Non déterminé

OMS. = Organisation mondiale de la santé

Op. = Opérateur

Per-op. = Per-opérateur

Post-op.= post-opérateur

Per- op. = Per-opérateur

Urg. = Urgence

VIP= Verry Important Personality

SOMMAIRE

Chapitre I: INTRODUCTION GENERALE.....	1
Chapitre II : MÉTHODOLOGIE.....	5
Chapitre III : RESULTATS.....	7
3.1. Description des malades.....	8
3.1.1-Répartition des malades en fonction du sexe et l'âge.....	8
3.1.2-Répartition des malades en fonction de la principale activité et de la source De revenu.....	10
3.1.3-Répartition des malades en fonction de l'ethnie et de la religion.....	12
3.1.4-Répartition des malades en fonction de la résidence.....	14
3.1.5-Répartition des malades en fonction de la nationalité.....	15
3.2-Le parcours des malades	16
3.2.1-Répartition des malades selon le mode de référence	16
3.2.2-Répartition des malades selon le mode d'admission	18
3.2.3-Répartition des malades en fonction du délai d'évolution avant la consultation à l'Hôpital du point	20
3.2.4-Répartition des malades en fonction de la précocité ou non de la consultation.....	20
3.2.5-Répartition des patients selon les raisons de consultation tardive	21
3.2.6-Répartition des malades en fonction des structures de santé où les consultations antérieures ont été faites	21
3.3-Pathologies rencontrées.....	22
3.3.1-Classification en fonction des classes nosologiques.....	22
3.4-L'état général à l'admission et les circonstances de découverte.....	23
3.5- Répartition des malades en fonction de l'opérabilité.....	25
3.6-Les traitements reçus par les malades.....	27
3.6.1-Répartition des malades en fonction du type de traitement	27
3.7-Les suites opératoires immédiates.....	28
3.7.1 Répartition des malades en fonction des suites opératoires immédiates.....	28
3.7.2-Répartition des malades non opérés sous traitement médical.....	28
3.7.3-Répartition des non opérés en fonction des pathologies rencontrées.....	29
3.7.4-Mortalité globale.....	29
Chapitre IV : DÉPENSES HOSPITALIÈRES	30
4.1-Les dépenses hospitalières.....	31
4.1.1-Coût moyen de l'hospitalisation payé par le malade en fonction du diagnostic et de la catégorie.....	31

4.1.2-Répartition des malades en fonction de la catégorie d'hospitalisation.....	31
4.1.3 Coût moyen des examens préopératoires payé par le malade en fonction du diagnostic.....	33
4.1.4-Coût des médicaments et /ou matériels payé par le malade en fonction du diagnostic.....	34
4.1.5-Coût hospitalier moyen global payé par le malade en fonction du diagnostic et de la catégorie.....	35
4.1.6 –Estimation du chiffre d'affaire du service d'urologie à partir de notre échantillon.....	36
4.2 : Prise en charge.....	37
4.3 -La prise en charge des malades.....	38
Chapitre V : COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	37
Chapitre VI: CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	44
Chapitre VII: BIBLIOGRAPHIE	47
Index	

Chapitre I

INTRODUCTION GENERALE

INTRODUCTION

Il n'est pas aisé de donner une définition unique qui pourrait être satisfaisante en tout point de vue au terme de personnes âgées, car le rapport entre l'âge chronologique et les critères biologiques, sociaux et économiques varient énormément d'un pays à un autre. De nombreuses tentatives de définition parmi lesquelles nous retiendrons celle de l'OMS qui désigne par personnes âgées, une population hétérogène composée de sujets âgés de 60 ans ou plus [18].

L'amélioration des conditions d'hygiène, de vie, une alimentation mieux équilibrée et les progrès scientifiques réalisés dans le domaine sanitaire ces dernières années ont comme corollaire la baisse du taux de mortalité et l'augmentation de l'espérance de vie. Ceci a pour conséquence logique le vieillissement de la population se traduisant par une croissance numérique des sujets âgés.

L'espérance de vie moyenne de l'homme dans le monde occidental est passée en un siècle de 47 à 79 ans. Elle atteindra 85 ans dans les années 2010. L'accroissement de

la population âgée et très âgée est le principal phénomène de société de cet début de siècle [12].

Ce processus n'est pas seulement observé dans les pays développés. Il se poursuit et s'accélère également dans les pays en développement. Cette augmentation de longévité aura pour conséquence la transformation progressive de la population au niveau planétaire. C'est là, une des données de base fondamentale du futur proche de l'humanité. C'est la phase de croissance rapide de toute son histoire.

Entre 1900 et 2100 la population du globe aura augmenté de 700% soit de 1,6 milliards à 11,5 milliards, soit une augmentation de 10 milliards d'habitants.

En 1900 la population mondiale était de 2,5 milliards. En 1950, 3,7 milliards, en 1994, 5,6 milliards. Et en 2050 de 10 milliards selon la projection des nations unies [24].

Au Mali, une étude réalisée par la DNSI, en 1998 a montré que le taux de croissance de la population était de 2,9% en 1998[4]. L'espérance de vie à la naissance était estimée à 61,6 ans en 2001 [4].

La population est jeune ; en 2001, 46,06% avait moins de 15 ans et 55,15% moins de 20 ans.

Les personnes âgées de 60 ans ou plus représentaient 5,99% en 1987 de la population et 6,08% en 1998. Le taux d'accroissement moyen des personnes âgées entre 1998 et 2004 était de 4,30% par an ce qui est beaucoup plus supérieur au taux de croissance de l'ensemble de la population.

Si leur importance numérique n'est pas négligeable en 1998 (6,08% de la population), l'accroissement de leur nombre dans les années à venir comme l'indique les chiffres de 2004 est visible en raison des progrès de la médecine, et surtout grâce aux progrès de l'hygiène qui conditionnent la diminution de la mortalité générale et l'allongement de l'espérance de vie qui serait actuellement de l'ordre de 61 ans.

Selon la Division Population du Département Economie et Affaires Sociales des Nations Unies, le nombre de personnes âgées de 60 ans ou plus au Mali sera de 2.980.000, soit 7% de la population totale à l'échéance 2025, constituées par les lycéens des 10^e et 11^e année. Cette importante croissance numérique laisse prévoir une augmentation des besoins fondamentaux des personnes âgées parmi lesquelles, les soins médicaux [4].

Dans les pays développés beaucoup d'études ont été faites dans ce domaine sur les personnes âgées.

➤ En Italie en 1994, ZUCCALA et coll ont trouvé que le nombre de personnes âgées bénéficiant d'une intervention chirurgicale va en crescendo. En outre leur étude a montré que la survenue des complications postopératoires est autant due aux effets cumulés de nombreux médicaments que prennent généralement ces personnes de la poly pathologie souvent observée qu'à l'âge lui-même [25].

➤ En France en 1996, CHAHWAKILIAN et coll. ont montré à travers leur étude que l'âge n'était pas un facteur déterminant dans la survenue des affections aiguës en service de gériatrie, mais que les hommes avaient une mortalité plus élevée que les femmes [3].

Dans les pays en développement en général et en Afrique en particulier, les travaux réservés à cette classe d'âge sont plutôt rares sinon inexistantes. Le domaine de l'urologie ne fait pas exception à cette règle.

KAO en 1991 au Sénégal dans 'Gérontologie et Gériatrie au Sénégal' : émergence des problèmes et recherche des solutions [10] a étudié les affections des personnes âgées, dans différents services de médecine générale et spécialisée. Mais il n'a pas évalué le coût hospitalier global ni déterminé les modalités de prise en charge des personnes âgées.

TOG en 1998 au Mali a étudié les pathologies chirurgicales des personnes âgées à l'hôpital du point G [23].

De façon générale lorsque des données existent sur les personnes âgées, elles se trouvent incluses dans les études globales concernant la population générale.

Ainsi nous nous proposons d'évaluer le coût hospitalier et les modalités de prise en charge des pathologies urogénitales des personnes âgées dans le service d'urologie du CHU du point G.

Nos objectifs spécifiques sont les suivants :

- Recenser les pathologies urogénitales des sujets âgés
- Déterminer leur morbidité et leur mortalité
- Déterminer les modalités de prise en charge dans le service d'urologie.
- Evaluer le coût hospitalier

Pour atteindre ces objectifs, nous adopterons le plan suivant :

1 -Méthodologie

2 -Résultats

3 -Commentaires et discussions

4 -Conclusion et recommandations.

Chapitre II:

METHODOLOGIE

MÉTHODOLOGIE

2.1. Cadre d'étude

Il s'agit d'une étude prospective qui s'est déroulée du 01 Janvier au 31 Octobre 2006 soit 10 mois, dans le service d'urologie de l'Hôpital National du Point "G" à Bamako

2.2. Critères d'inclusion et de non inclusion

2.2.1-Critères d'inclusion : Sont inclus dans notre étude tous les patients âgés de 60 ans et plus hospitalisés dans le service d'urologie

2.2.2-Critères de non inclusion : Ne sont pas inclus dans notre étude

- Les patients de moins de 60 ans
- Les patients non hospitalisés.

2.3. Enquête

2.3.1-Support de l'enquête : Nous avons élaboré un questionnaire composé de 65 variables réparties en 8 points :

- Renseignements administratifs
- Renseignements cliniques
- Traitement
- Evolution
- Coût hospitalier
- Prise en charge.

Ce questionnaire a été amendé par nos collègues de l'urologie et corrigé par notre directeur de thèse. Il a été validé sur un échantillon de 166 patients.

2.3.2-Déroulement de l'enquête : Elle a été faite :

- d'une part, par l'interrogatoire des malades et leurs accompagnants,
- d'autre part, par la consultation du dossier médical des malades.

Ce travail a été fait en étroite collaboration avec le personnel soignant et administratif de l'urologie.

2.4. Saisie et analyse des données

Les données recueillies sont saisies et analysées sur ordinateur par nous même. Les logiciels utilisés ont été le WORD ; EPI INFO ; EXCEL ; et SPSS.

Pour évaluer le coût hospitalier global, nous avons considéré les coûts des hospitalisations, des examens et explorations pré et postopératoires, des médicaments et matériels, le coût journalier moyen d'alimentation, le coût anesthésique et éventuellement le coût de réanimation si les sujets avaient séjournés en unité de soins intensifs. Par ailleurs, pour des raisons statistiques, les durées moyennes d'hospitalisation et les coûts hospitaliers moyens n'ont été calculés que pour les pathologies pour lesquelles au moins 4 cas ont été observés

Chapitre III

RESULTATS

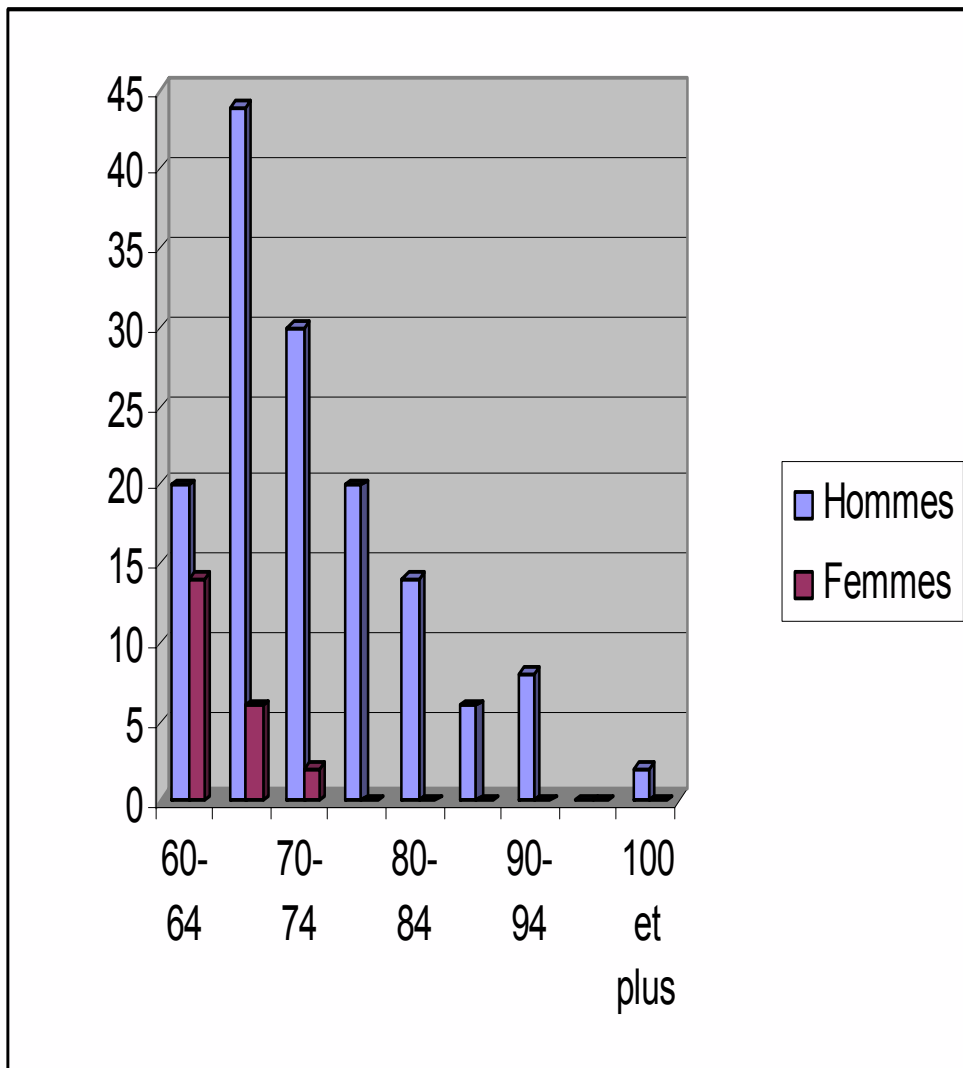
3.1- Description des malades

3.1.1- Répartition des malades en fonction du sexe et de l'âge

Tableau I : Répartition des malades en fonction du sexe et de l'âge

Age	Sexe	Hommes	Femmes	Total	Pourcentage
60-64		20	14	34	20,48%
65-69		44	6	50	30,12%
70-74		30	2	32	19,27%
75-79		20	0	20	12,48%
80-84		14	0	14	8,43%
85-89		6	0	6	3,14%
90-94		8	0	8	4,19%
95-99		0	0	0	0%
100 et plus		2	0	2	1,04%
Total		144	22	166	100%

Graphique I : Répartition des malades en fonction de l'âge et du sexe

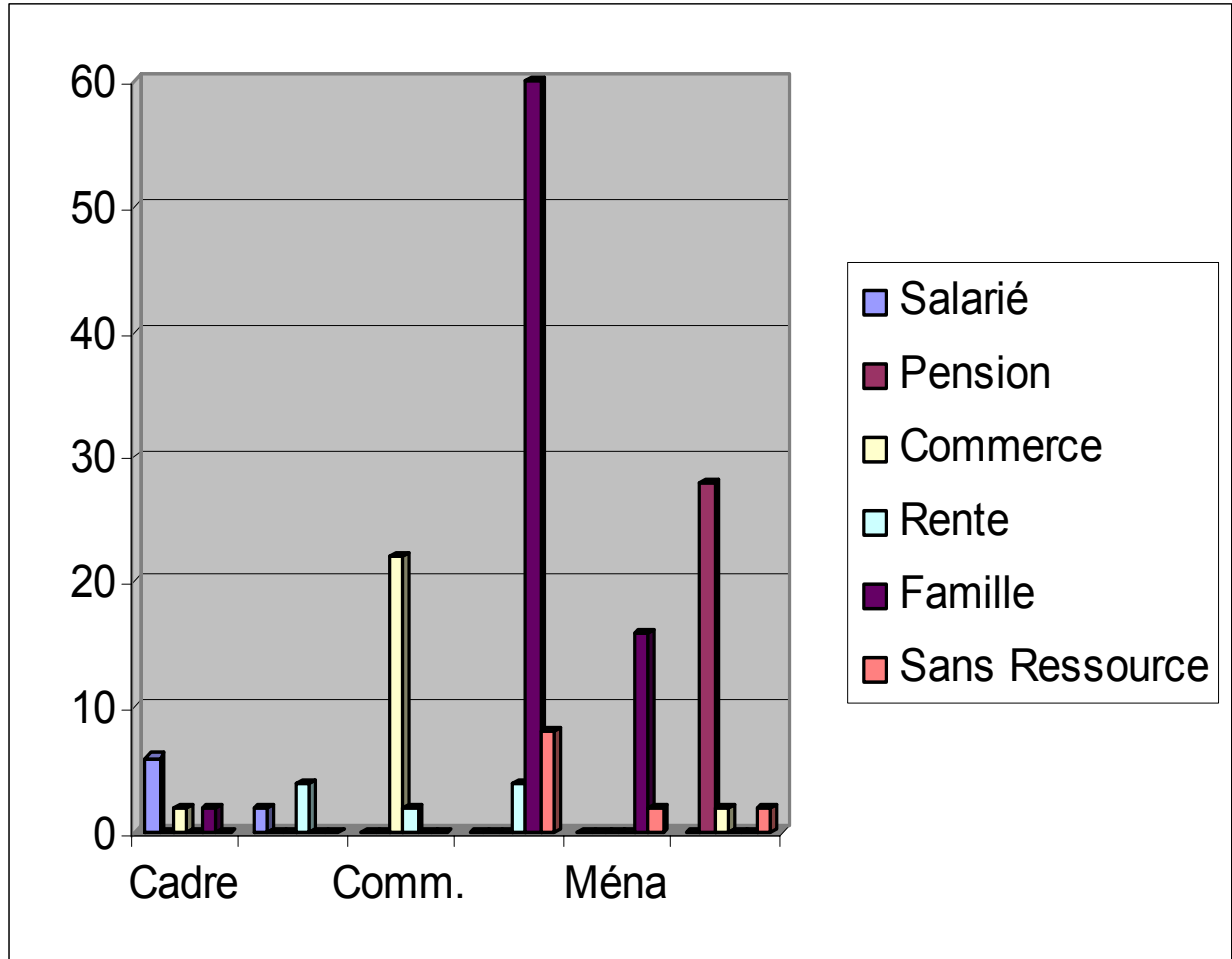


3 .1.2-Répartition des malades en fonction de la profession et de la source de revenu

Tableau II : Répartition des malades en fonction de l'activité principale et de la source de revenu

Occupation Revenu	Cadre	Ouvrier	Comm.	Cultivateur /Eleveur	Ména gère	Retraité	Autres	total
Salarié	6	2	0	0	0	0	0	8
Pension	0	0	0	0	0	28	0	28
Commerce	2	0	22	0	0	2	0	26
Rente	0	4	2	4	0	0	2	12
Famille	2	0	0	60	16	0	0	78
Sans Ressource	0	0	0	8	2	2	0	12
Autres	0	0	0	0	0	0	2	2
Total	10	6	24	72	18	32	4	166

Graphique II : Répartition des malades en fonction de l'activité principale et de la source de revenu.

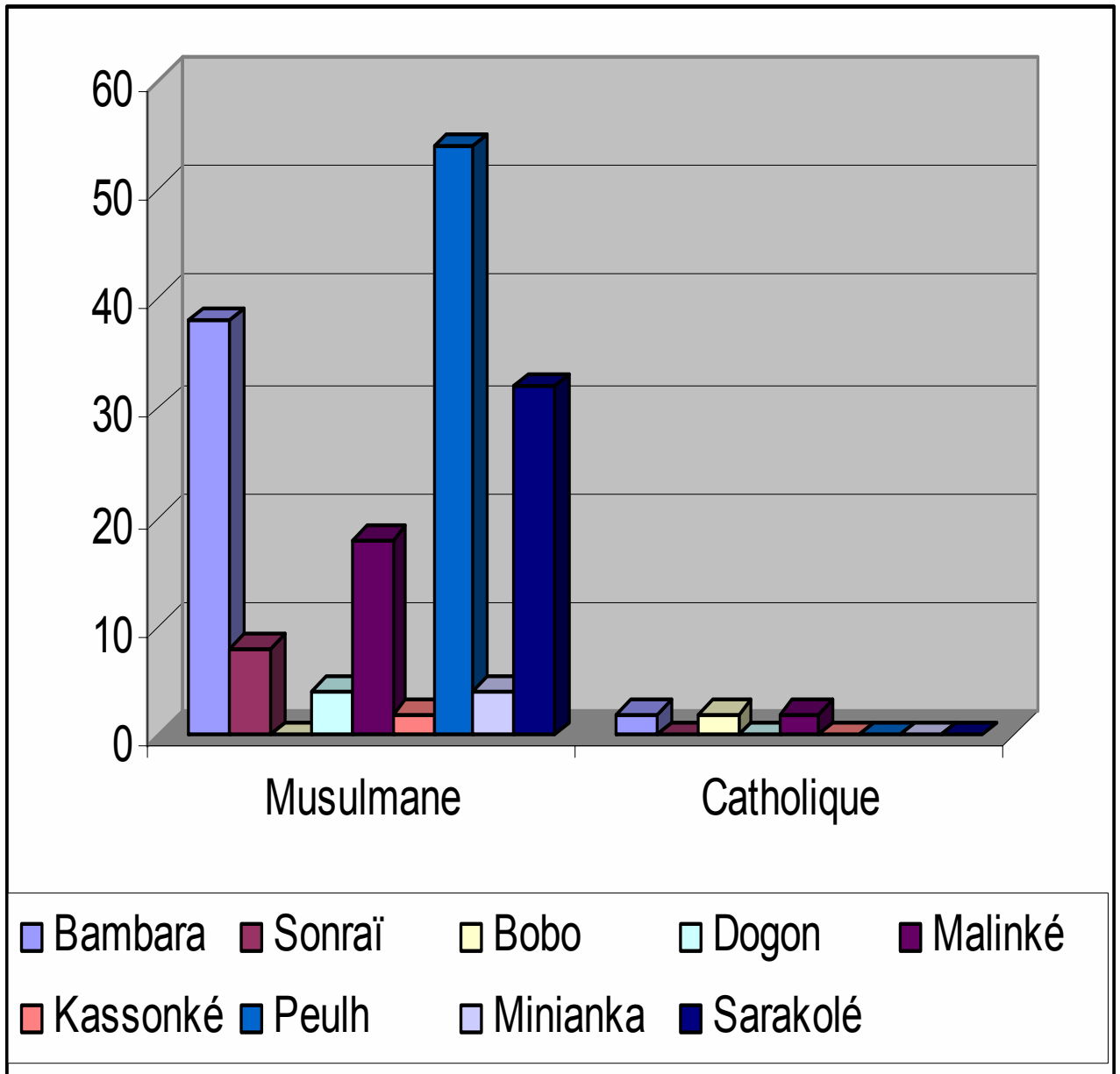


3.1.3-Répartition des malades en fonction de l'ethnie et de la religion.

Tableau III : Répartition des malades en fonction de l'ethnie et de la religion.

Religion Ethnie	Musulmane	Catholique	Total	Pourcentage
Bambara	38	2	40	24,1%
Sonraï	8	0	8	4,8%
Bobo	0	2	2	1,2%
Dogon	4	0	4	2,4%
Malinké	18	2	20	12%
Kassonké	2	0	2	1,2%
Peulh	54	0	54	32,5%
Minianka	4	0	4	2,4%
Sarakolé	32	0	32	19,3%
Total	160	6	166	100%

Graphique III : Répartition des malades en fonction de l'ethnie et de la religion

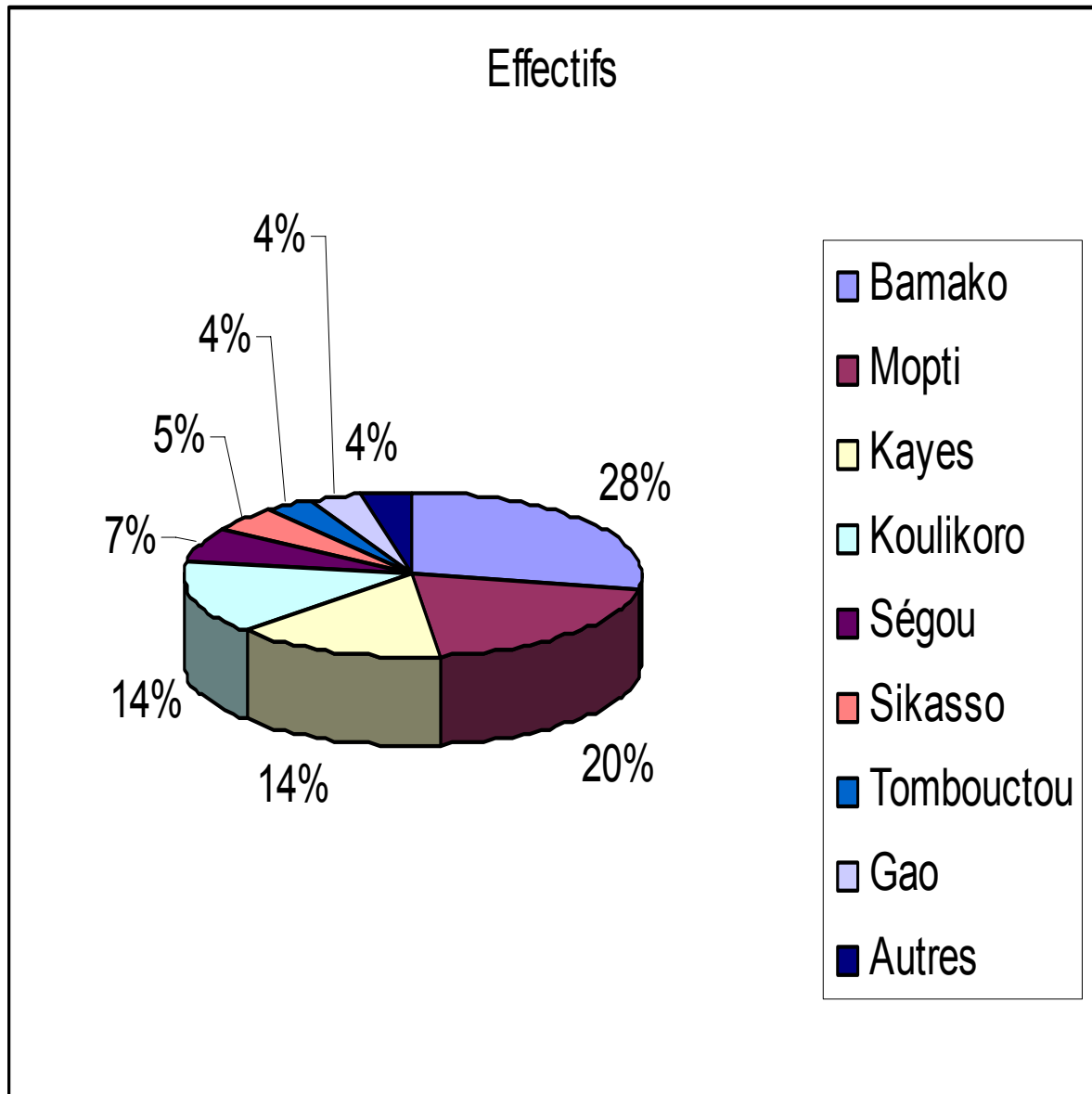


3.1.4-Répartition des malades en fonction de la résidence.

Tableau IV : Répartition des malades en fonction de la résidence.

Résidence	Effectifs	Pourcentage
Bamako	46	27,7%
Mopti	34	20,5%
Kayes	24	14,5%
Koulikoro	24	14,5%
Ségou	12	7,2%
Sikasso	08	4,8%
Tombouctou	06	3,6%
Gao	06	3,6%
Autres	06	3,6%
Total	166	100%

Graphique IV : Répartition des malades en fonction de la résidence



3.1.5-Répartition des malades en fonction de la nationalité

Tableau V : Répartition des malades en fonction de la nationalité

Nationalité	Nombre	Pourcentage
Maliennne	160	96,40%
Guinéenne	4	02,40%
Burkinabé	2	01,20%
Total	166	100%

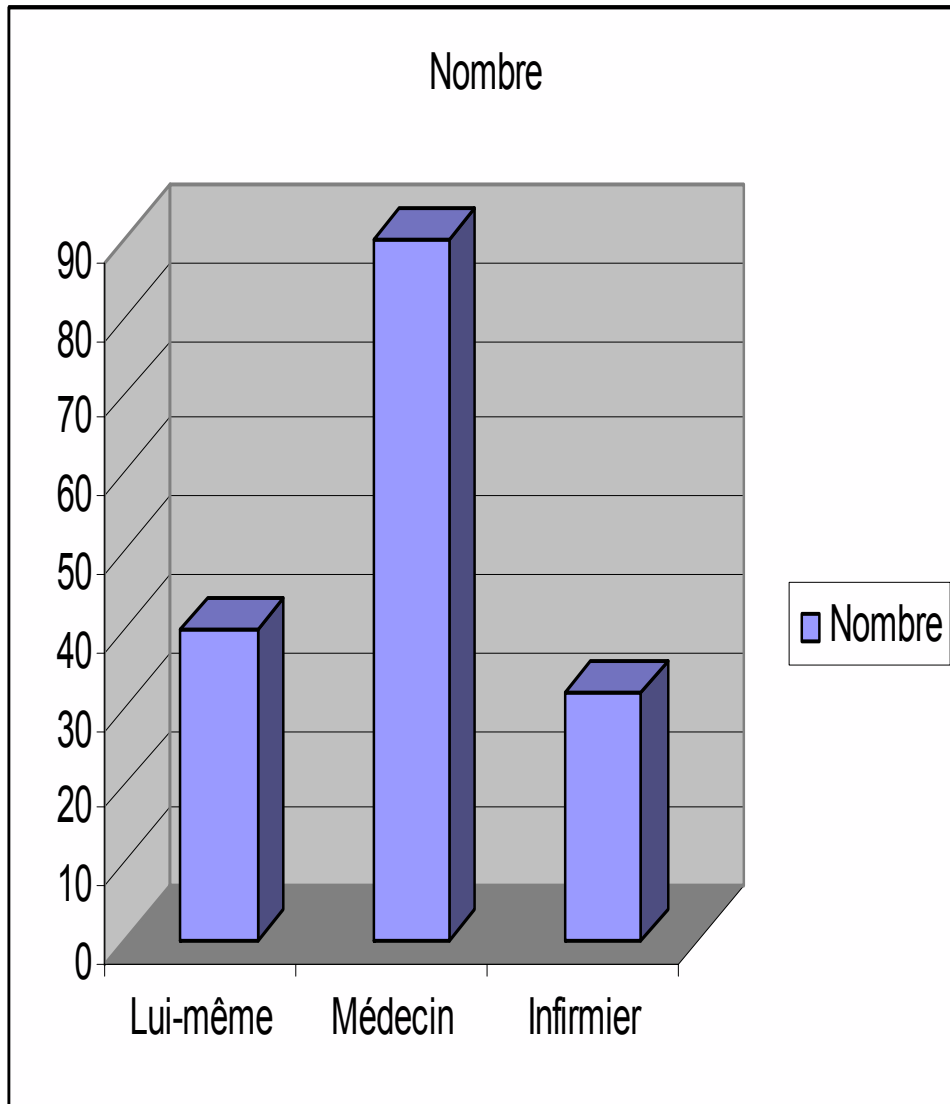
3.2-Parcours des malades.

3.2.1-Répartition des malades selon le mode de référence

Tableau VI : Répartition des malades selon le mode de référence

Référence	Nombre	Pourcentage
Lui-même	40	24,08%
Médecin	90	54,21%
Infirmier	32	19,27%
total	166	100%

Graphique VI: Répartition des malades selon le mode de référence

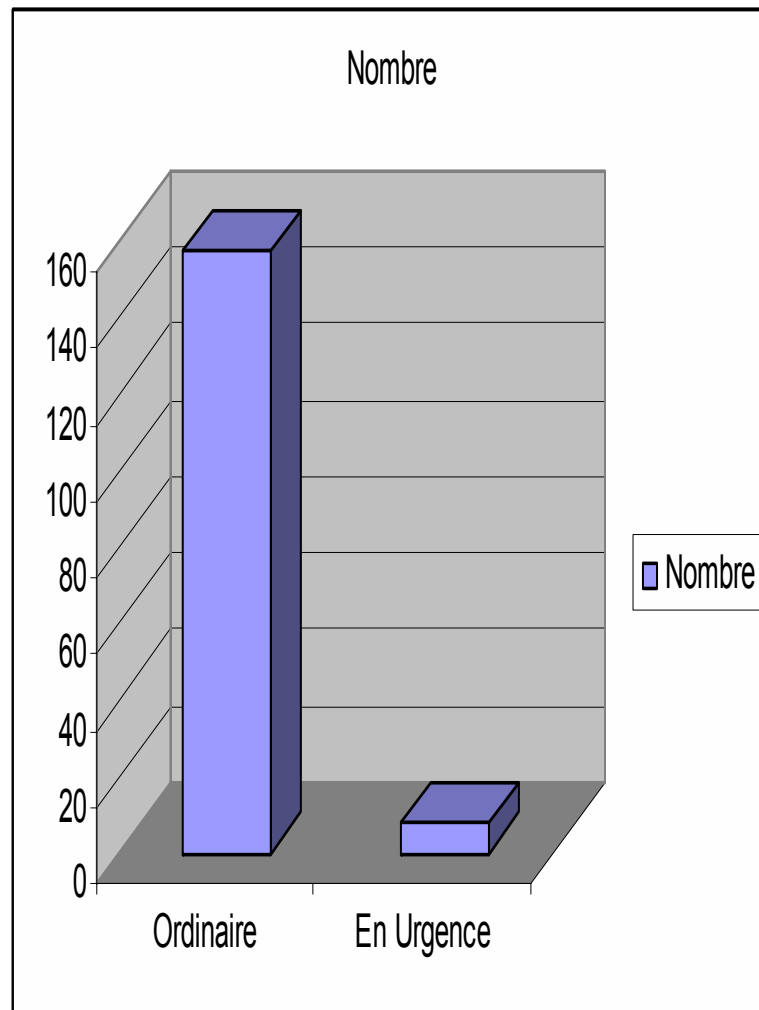


3.2.2- Répartition des malades selon le mode d'admission

Tableau VII: Répartition des malades selon le mode d'admission

Consultation	Nombre	Pourcentage
Ordinaire	158	95,18%
En Urgence	8	4,81%
Total	166	100%

Graphique VII: Répartition des malades selon le mode d'admission



3.2.3-Répartition des malades en fonction du délai d'évolution de la maladie avant la consultation à l'Hôpital du point « G »

Tableau VIII : Répartition des malades en fonction du délai d'évolution de la maladie avant la consultation à l'Hôpital du Point « G »

Délai (en semaines)	Effectifs	Pourcentage
0 à 1	02	1,2%
2 à 4	18	10,8%
5 à 12	16	9,6%
13 à 24	06	3,6%
25 à 52	62	37,3%
> à 53	62	37,3%
Total	166	100%

3 .2.4-Répartition des malades en fonction de la précocité ou non de la consultation à l'Hôpital du Point « G »

Tableau IX : Répartition des malades en fonction de la précocité ou non de la consultation à l'Hôpital du Point « G ».

Consultation	Effectifs	Pourcentage
Précoce	36	21,69%
Tardive	130	78,31%
Total	166	100%

3.2.5-Répartition des malades selon les raisons de consultation tardive

Tableau X : Répartition des malades selon les raisons de consultation tardive.

Raisons	Effectifs	Pourcentage
Bénignité apparente ou réelle	54	32,5%
Réticence au milieu médical	4	2,4%
Problèmes financiers	46	27,7%
Manque d'assistance humaine	6	3,6%
Accessibilité	8	4,8%
Orientation tardive	48	28,9%
Total	166	100%

3.2.6-Répartition des malades en fonction des structures de santé où les consultations antérieures ont été faites

Tableau XI : Répartition des malades en fonction des structures de santé où les consultations antérieures ont été faites.

Structure de consultation Antérieure	Effectifs	Pourcentage
Aucune	42	25,30%
CSCOM	52	31,35%
CSC	22	13,25%
HR	10	06,02%
HN	06	03,14%
Médecine traditionnelle	34	20,5%
Total	166	100%

3.3-Pathologies rencontrées

Tableau XI I: Pathologies rencontrées

Pathologies	Nombre	Pourcentage
Adénome de la prostate	101	60,84%
Tumeur de la vessie	15	9,03%
Rétrécissement de l'urètre	14	8,43%
Adénocarcinome de la prostate	10	6,02%
Hydrocèle	08	4,81%
Calcul de la vessie	06	3,61%
Calcul du rein	02	1,2%
Tumeur du rein	02	1,2%
Contracture du col	08	4,81%
Total	166	100%

3.3.1-Classification en fonction des classes nosologiques.

Tableau XIII : Tumeurs maligne

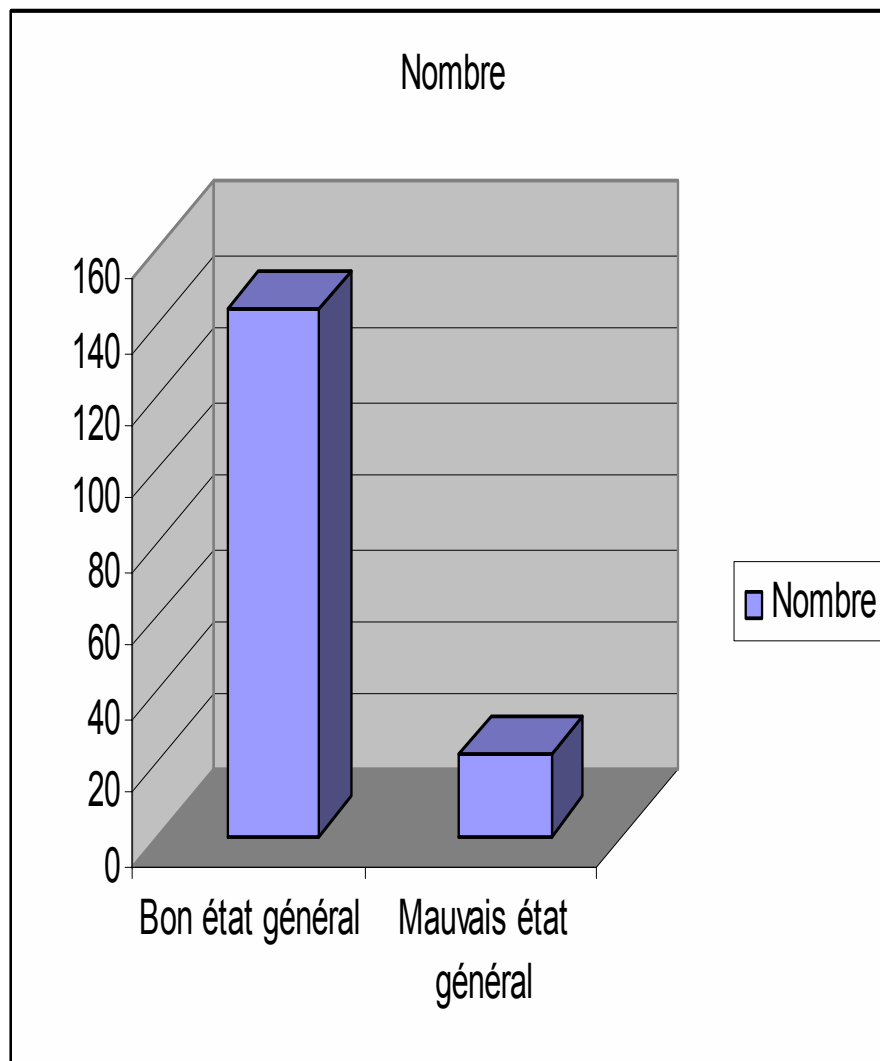
Pathologies	Nombre	Pourcentage
Cancer de la vessie	15	55,55%
Cancer de la prostate	10	37,03%
Cancer du rein	2	7,4%
Total	27	100%

3.4-L'état général à l'admission et les circonstances de découverte

Tableau XIV :-Répartition des malades en fonction de l'état général à l'admission

Etat général	Nombre	Pourcentage
Bon état général	144	86,75%
Mauvais état général	22	13,25%
Total	166	100%

GraphiqueXIV: Répartition des malades en fonction de l'état général à l'admission

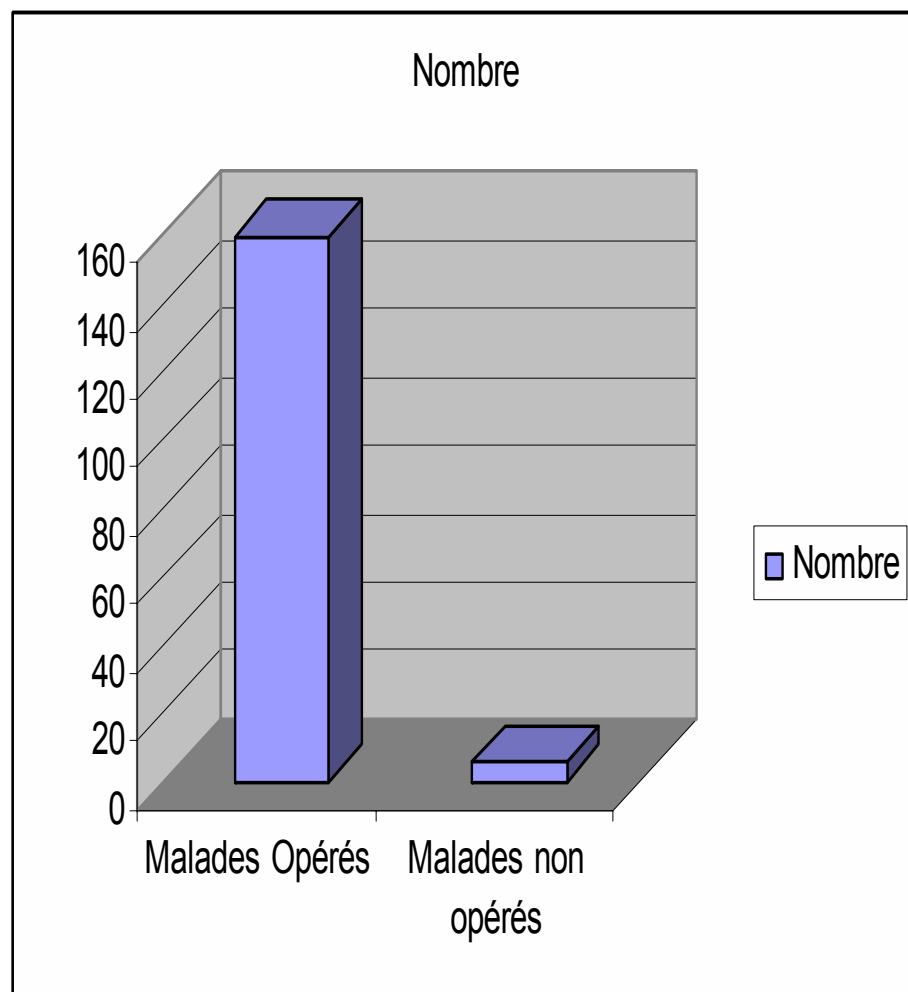


3.5- Répartition des malades en fonction de l'opérabilité

Tableau XV : Répartition des malades en fonction de l'opérabilité

Opérabilité	Nombre	Pourcentage
Malades Opérés	160	96 ,40%
Malades non opérés	6	3,60%
Total	166	100%

Graphique XV: Répartition des malades en fonction de l'opérabilité



3.6- Les traitements reçus par les malades

3.6.1- Répartition des malades opérés en fonction du type de traitement

Tableau XVI: Répartition des malades en fonction du traitement reçu

Traitement	Effectifs	Pourcentage
Adénomectomie	100	60%
Cystectomie partielle	10	6,25%
Cystectomie totale	2	1,25%
Dérivation urinaire	1	0,62%
Urétroplastie	10	6,25%
Dilatation au béniqué	4	2,5%
Evidement prostatique	5	5%
Pulpectomie	2	1,25%
Cure d'hydrocèle	8	5%
Cystolithotomie	6	3,75%
Néphrolithotomie	2	1,25%
Néphrectomie	2	1,25%
Réssection cunéiforme du col	8	5%
Total	160	100%

3.7-Les suites opératoires immédiates

3.7.1-Répartition des malades opérés en fonction des suites opératoires immédiates

Tableau XVI I: Répartition des malades en fonction des suites opératoires immédiates

Suites opératoires immédiates	Effectifs	Pourcentage
Suites simples	146	91,25%
Suppuration pariétale	10	6,25%
Fistule vésicocutanées	4	2,25%

3.7.2- Répartition des malades non opérés en fonction de l'évolution sous traitement médical.

Tableau XVIII : Répartition des malades non opérés en fonction de l'évolution sous traitement médical

Evolution	Effectifs	Pourcentage
Bonne	3	50%
Etat stationnaire	1	16,66%
Aggravation	1	16,66%
Décès	1	16,66%
Total	6	100%

3.7.3-Répartition des malades non opérés en fonction des pathologies rencontrées

Tableau XIX : Répartition des malades non opérés en fonction des pathologies rencontrées

Pathologies	Nombre	Pourcentage
Tumeurs de la vessie	2	33,34%
Adénocarcinome	3	50%
Adénome de la prostate	1	16,66%
Total	6	100%

3.7.4-Mortalité globale

Tableau XX: Répartition des malades selon le mode de sortie à l'issue du séjour en urologie

Mode de sortie	Effectifs	Pourcentage
Sortie	165	99,4%
Décédés	1	0,60%
Total	166	100%

CHAPITRE IV

LES DEPENSES HOSPITALIERES

4.1-Les dépenses hospitalières.

4.1.1-Coût moyen d'hospitalisation (en FCFA) payé par le malade en fonction du diagnostic et de la catégorie.

Tableau XXI : Coût moyen d'hospitalisation (en FCFA) payé par le malade en fonction du diagnostic et de la catégorie

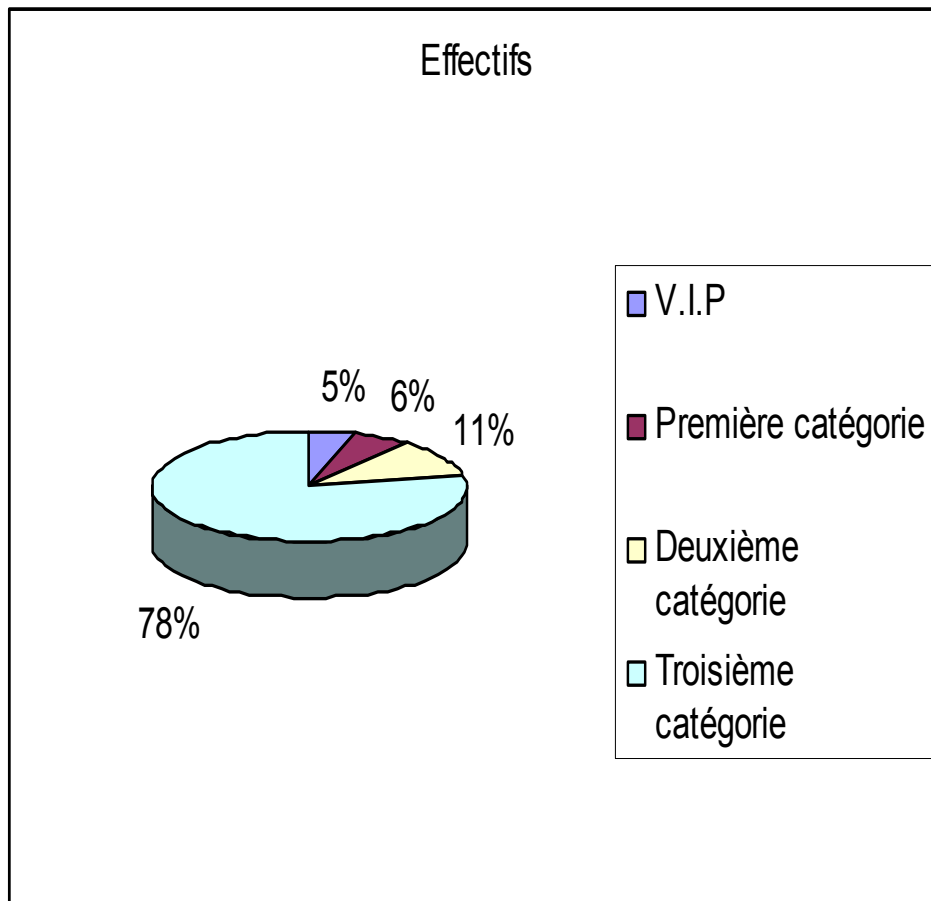
Diagnostic \ Catégorie	V.I.P	Première	Deuxième	Troisième
Toutes les pathologies confondues	200000	30000	20000	10000

4.1.2-Répartition des malades en fonction de la catégorie d'hospitalisation.

Tableau XXII: Répartition des malades selon la catégorie d'hospitalisation

Catégories	Effectifs	Pourcentage
V.I.P	8	4,8%
Première catégorie	10	6,0%
Deuxième catégorie	18	10,8%
Troisième catégorie	130	78,3%
Total	166	100%

Graphique XXII : Répartition des malades selon la catégorie d'hospitalisation



4.1.3-Coût moyen des examens préopératoires (en CFA) payé par le malade en fonction du diagnostic

Tableau XXIII : Coût moyen des examens préopératoires (en FCFA) payé par le malade en fonction du diagnostic

Diagnostic	Coût moyen
Adénome de la prostate	28700
Tumeur de la vessie	50200
Rétrécissement de l'urètre	32000
Adénocarcinome de la prostate	26700
Hydrocèle	21700
Calcul de vessie	36700
Calcul du rein	35200
Tumeur du rein	36000
Contracture du col	20200

4.1.4-Coût moyen des médicaments et/ou matériels (en CFA) payé par le malade en fonction du diagnostic.

Tableau XXIV : Coût moyen des médicaments et/ou matériels (en FCFA) payé par le malade en fonction du diagnostic

Diagnostic	Coût moyen
Adénome de la prostate	89659
Tumeur de la vessie	90500
Rétrécissement de l'urètre	87550
Adénocarcinome	72170
Hydrocèle	50833
Calcul de la vessie	91660
Calcul de rein	110000
Tumeur du rein	120000
Contracture du col	75000

4.15-Coût hospitalier moyen global (en FCFA) payé par le malade en fonction du diagnostic et de la catégorie.

Tableau XXV: Coût hospitalier global (en FCFA) payé par le malade en fonction du diagnostic et de la catégorie

Catégorie Diagnostics	Première catégorie	Deuxième catégorie	Troisième catégorie	Moyenne
Adénome de la prostate	157459	145359	134659	145825
Tumeur de la vessie	179800	167700	157000	168166
Rétrécissement de l'urètre	158650	146550	135850	147016
Adénocarcinome	138970	126870	116170	127336
Hydrocèle	112633	100533	89833	100999
Calcul de vessie	168466	156366	145666	156832
Calcul de rein	185300	173200	162500	173666
Tumeur du rein	196100	184000	173300	184466
Contracture du col	135300	123200	112500	123666
Moyenne	159186	147086	136386	147552

4.1.6- Estimation moyenne du chiffre d'affaire du service de l'urologie à partir de notre échantillon

Tableau XXVI : Estimation moyenne du chiffre d'affaire du service

Catégorie	Effectif	Chiffre en Fcfa
VIP	8	2546872
Première catégorie	10	1591860
Deuxième catégorie	18	2647548
Troisième catégorie	130	17730180
Total	166	24516459

4.2-La prise en charge des malades

4.2.1-Répartition des malades en fonction du mode et du type de prise en charge

Tableau XXVII Répartition des malades en fonction du mode et du type de prise en charge.

Type de prise en charge Mode de prise en charge	Entière	Partielle	ND	Total
Sa famille	140	7	2	149
Maison des aînés	8	0	0	8
Le service social	6	3	0	9
Total	154	10	2	166

Chapitre V: COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

5- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

5.1- Sur la méthodologie :

Nous avons suivi pendant une période de dix mois cent soixante six malades âgés de soixante ans et plus dans le service d'urologie de l'hôpital du point « G » dès le premier jour de leur hospitalisation jusqu'à leur sortie de l'hôpital. Le nombre élevé des variables à étudier nous imposait une surveillance quasi-quotidienne de nos malades. Cela a été possible grâce à l'établissement des dossiers de tous les malades. KA au Sénégal [14] a étudié de façon comparative les pathologies des personnes âgées (60 ans et plus) et des sujets jeunes (20 à 40) avec cependant un nombre de variable relativement limité (6 variables principales).

5.2 : Fréquence globale des hospitalisations gériatriques dans le service d'urologie.

Durant notre période d'étude, 861 patients ont été hospitalisés dans le service de l'urologie, dont 368 personnes âgées, soit une fréquence globale de 42,74%. Cette fréquence cache des variations très importantes d'une pathologie à l'autre. Elle est de 73,05% pour l'adénome, 9% pour la tumeur de la vessie, 5,88% pour les rétrécissements de l'urètre et 2,71% pour les scléroses du col de la vessie. Les personnes âgées sont surreprésentées en Urologie et constituent plus des quatre cinquième des hospitalisations du service. Ces résultats sont comparables à ceux obtenus par KA. [10] Et TOG. [23] qui respectivement ont trouvé en 1991 à Dakar et en 1998 à Bamako une fréquence des hospitalisations gériatriques de 20,90% et 24,42% avec une surreprésentation en Urologie.

Tableau XXVIII : Fréquence des hospitalisations gériatriques selon les auteurs.

Etudes	Total des hospitalisations	Personnes âgées	Pourcentage
KA (Sénégal)	6337	1325	20%90
TOG (Mali)	1474	360	24%42
Notre étude (Mali)	861	368	42,74%

5-3 Description des malades :

5.3.1- Agés des malades :

L'âge moyen dans notre série est égal 70,98 ans avec les extrêmes de 60 et 105 ans. 8 patients sont nonagénaires et 2 centenaires. Aucune nonagénaire n'a été enregistrée parmi les femmes de notre série.

5. 3.2- Sexe

144 hommes pour 22 femmes ont constitué notre échantillon, soit un sex-ratio de 6,5 en faveur des hommes.

5.3.3- Profession des malades :

Agriculteurs, éleveurs, ouvriers et ménagères constituent 57,83% de nos malades. Ce sont des groupes à faibles revenus. Environ 80% des ménagères sont sans source de revenu permanente. 19, 27% de nos malades sont retraités dont 100% bénéficient d'une pension de retraite. Un fait est à souligner : malgré leur âge avancé, la plus part de nos patients sont toujours en activité. Selon la DNSI, cette tranche représente 6,7% de la population active occupée [6].

5.3.4-Ethnie des malades :

Les Peulh sont les plus nombreux dans notre série (32%). Ils sont suivis de loin par les Bambara, les Sarakolé et les Malinké dans les proportions respectives de 24,10%, 19,30%, 12,10%. La religion musulmane a été la plus fréquente avec 96,38%.

5.3.5-Résidence des malades

Environ 48,2% des malades viennent de Bamako ou de la deuxième région (qui est la plus proche de Bamako). Le nombre des malades décroît au fur et à mesure que l'on s'éloigne de Bamako. Ceci serait dû au fait que les Hôpitaux régionaux disposent d'un bon plateau technique pouvant permettre la prise en charge de la plus part des pathologies Urogénitales des personnes âgées, mais aussi aux difficultés de transport et de moyen financiers. Seuls les bien nantis peuvent se donner le luxe de venir à Bamako pour se faire soigner.

5.3.6- Nationalité des malades :

96,40% des malades sont Maliens. Nous avons noté la présence de quatre Guinéens et deux Burkinabés. Ces deux nationalités étant parmi les contingents les plus

nombreux des étrangers vivant au Mali (respectivement 23% et 25% de l'ensemble des étrangers) selon la DNSI [4].

5.3.7-Catégorie d'hospitalisation des malades :

78,3% des malades ont été hospitalisés en troisième catégorie, 10,8% en deuxième catégorie, 6% en première catégorie et 4,8% en V.I.P. En somme, 89,10% de nos patients, soit quatre patients sur cinq ont été hospitalisés en troisième et deuxième catégorie. Ceci reflète très nettement le pouvoir financier de nos patients dont très peu (moins de un sur cinq) pouvaient s'offrir les conditions optimales pour leur santé.

5.4-Les parcours des malades

Modes de référence et mode d'admission de nos malades : 73,49% des malades de notre série ont été adressés par un personnel de la santé (54,21% par un médecin et 19,27% par des infirmiers) contre 26,50% venus d'eux-mêmes. Environ 4,81% des malades ont été admis en urgence contre 95,18% en consultation ordinaire.

Délai entre le début de la maladie et la consultation à l'hôpital du Point « G » : 78,20% de nos malades ont consulté après trois mois d'évolution de leur maladie. Seuls 21,6% de nos malades ont fait une consultation précoce. Cela pourrait signifier qu'il y a un problème dans l'orientation des malades et peut être un problème de diagnostic quand nous savons que trois malades sur cinq voient un médecin ou un infirmier avant d'arriver à l'hôpital du Point »G » ; ROHNER et coll., en étudiant le cancer de la prostate, avaient trouvé que dans près de 80% des cas, le diagnostic était posé à un stade incurable.

Les causes de consultation tardive : La bénignité apparente ou réelle de la maladie a été la première raison des retards avec 32,5% des cas. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que généralement les pathologies sont pauci symptomatiques dans cette classe d'âge et que les plaintes sont plutôt rares, d'où la nécessité de considérer toute plainte si minime soit-elle ou tout symptôme du sujet âgé avec la plus grande attention et de faire des investigations nécessaires car ils peuvent cacher quelquefois des pathologies majeures.

A cette première s'ajoutent les retards d'orientation 28,9% et surtout les problèmes financiers 27,7% qui sont un handicap majeur pour nos populations pauvres.

Les consultations antérieures faites par nos malades : 25,30% de nos malades n'ont fait aucune consultation, 53,76% ont fait au moins une consultation dans une structure socio sanitaire (CSCOM, CSC, HR, HN ...). Un fait est à signaler : Les CSCOM occupent une place importante dans la santé de première ligne. D'où la nécessité d'équiper ces structures socio sanitaires de premier niveau en personnel

qualifié et en matériels adéquats pour leur permettre de jouer le rôle qui leur est assigné.

L'état général des malades à l'admission : 86,74% de nos malades ont été admis dans un état général jugé bon contre 13,25% en mauvais état général. 97,22% des malades admis dans un bon état général ont bénéficié d'une intervention chirurgicale contre 90,90% pour les malades en mauvais état général à l'admission.

5.5-Traitement des malades

160 patients sur les 166 ont bénéficié d'une intervention chirurgicale. Ce qui représente un taux d'opérabilité de 96,36%. 6 malades n'ont pas été opérés et dans 3 cas soit 50% la cause de non opérabilité a été le problème financier.

Parmi les malades non opérés, 16,66% ont vu leur état s'aggraver sous le traitement médical contre 50% d'évolution favorable ; 16,66% avaient un état stationnaire et 16,66% en sont décédés.

5.6-Suites opératoires immédiates

Dans 91,25% de cas, les suites opératoires ont été simples. Les complications postopératoires restent dominées par les suppurations 6,25%, les fistules vésicocutanées 2,25%.

5.7- Les durées moyennes d'hospitalisation

La durée moyenne d'hospitalisation dans notre série est de sept jours. Cela s'explique par le fait que le service ne dispose pas assez de lits pour tout le séjour des malades

5.8-Mortalité globale

Cent soixante cinq patients soit (99,4%) ont pu regagner leur domicile, un est décédé Ce qui correspond à une mortalité globale de (0,60%)

Tableau XXIX : Mortalité selon les auteurs.

Etudes	Effectif	Pourcentage de décès
KA (Sénégal)	1325	24,37%
TOG (Mali)	360	6,94%
Notre étude (Mali)	368	2,45%

Khi deux : 129,59

ddl =2

p<0,05

5.9 -Les dépenses hospitalières

Les résultats ont montré que le coût des examens préopératoires est plus élevé dans les cas de cancer de la vessie (50.200 FCFA), de calcul de la vessie (36.700 FCFA), et dans le cancer du rein (36.000 FCFA).

Les médicaments et matériels ont coûté plus chers lorsqu'il s'agit de tumeur de la vessie (120.000 FCFA), calcul du rein (110.000 FCFA), et de calcul de la vessie (91.660 FCFA).

Globalement, toute pathologie et toute catégorie confondue, le coût hospitalier moyen est de 147.552 FCFA. Il est de 159.186 FCFA en première catégorie, 147.086 FCFA en deuxième catégorie, et 136.386 FCFA en troisième catégorie.

Les pathologies les plus onéreuses ont été :

➤ En première et deuxième catégorie, les cancers du rein et les lithiases du rein avec respectivement 196.100 FCFA et 185.300 FCFA en première catégorie et 184.000 FCFA et 173.200 FCFA en deuxième catégorie.

Un fait est à souligner : malgré les nombreux avantages et facilités qui leur sont reconnus au niveau des structures socio sanitaires de l'Etat (paiement du demi-tarif pour les hospitalisations, analyses et explorations, gratuité des consultations), la plupart des personnes âgées que nous avons rencontrées continuent de payer les mêmes tarifs que les autres patients au sein des dits établissements. Ceci, par manque de pièces civiles pour justifier leur âge ou parce qu'elles n'en sont pas du tout informées.

5.10-Prise en charge des malades.

Vu les textes qui réglementent leur admission et leur traitement dans les établissements de diagnostic, de soins et d'hospitalisation de l'état (voir annexe I), on devrait logiquement s'attendre à ce que toutes les personnes âgées, à l'hôpital du point « G » soient prises en charge, ne serait-ce que partiellement.

Malgré les nombreuses déclarations en faveur des couches défavorisées de la société, dont les personnes âgées, les résultats sur le terrain restent encore faibles.

La gratuité des consultations, le paiement du demi-tarif pour les hospitalisations, les analyses et explorations dans les établissements socio sanitaires de l'état ne sont pas systématiquement appliqués aux bénéficiaires .Ceci serait dû au manque de pièces civiles justificatives de l'âge des malades ou alors ceux-ci ignorent tout des possibilités qui leur sont accordées (ces plus souvent le cas).

Il apparaît très clairement ici qu'un problème très important d'information des sujets âgés existe et auquel, il conviendrait de palier rapidement pour donner tout leur sens aux différentes dispositions prises pour leur faciliter l'accès aux soins dont ils ont besoin.

Chapitre VI

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Cette étude a permis de tirer les leçons suivantes :

- Les personnes âgées représentent plus des quatre cinquièmes des hospitalisations dans le service d'urologie.
- Cette population a une prédominance masculine.
- Les pathologies urogénitales des personnes âgées restent dominées par l'adénome de la prostate.
- Trois quarts des patients consultent tardivement.
- La mortalité est 0,60% ce qui est considérée comme peu élevée
- La durée moyenne d'hospitalisation est de 7 jours cela est due au manque d'infrastructure du service.
- Le coût hospitalier est assez élevé pour nos patients dont la majorité a un pouvoir économique très bas. Cette situation est aggravée par l'absence d'une structure de prise en charge adéquate des personnes âgées.
- La majeure partie des sujets âgés que nous avons rencontrés ignore tout des avantages qui leur sont accordés au niveau des structures socio sanitaires de l'état.

Devant ces constats, nous faisons les recommandations suivantes :

1- Aux autorités politiques et administratives, nous recommandons :

- De mettre un accent particulier sur l'IEC visant à sensibiliser les personnes âgées sur leur santé, les avantages et facilités qui leur sont reconnus au niveau des établissements socio- sanitaires de l'état ;
- D'accorder la gratuité d'hospitalisation dans les hôpitaux et centres de santé relevant de l'état ;
- D'équiper les centres de santé périphériques en matériels de diagnostic adéquats (appareil de radiographie, d'échographie) en vu d'un diagnostic assez précoce et précis ;
- Un recyclage régulier du personnel soignant.

2 - Au conseil pédagogique de la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie du Mali, nous recommandons l'introduction d'une étude de Gériatrie dans le programme de formation des Médecins généralistes du Mali ;

3- Aux Médecins, nous recommandons de considérer avec une attention toute particulière les plaintes et symptômes des personnes âgées afin de débusquer précocement toute pathologie urogénitale opérable. Ceci permettra de remédier au facteur temps, et d'améliorer le pronostic postopératoire.

4- Aux infirmiers Majors des services, nous recommandons d'informer systématiquement les personnes âgées sur les possibilités qui leur sont offertes dans les établissements socio sanitaires de l'Etat.

5- Il serait souhaitable, dans un esprit de collaboration et pour l'intérêt de la recherche au Mali, qu'un travail similaire soit fait à une plus grande échelle afin d'extrapoler les résultats au niveau national.

6- A tout le personnel soignant et administratif des structures sanitaires : patience, respect, et considération envers tout les patients en particulier les personnes âgées.

Chapitre VI : BIBLIOGRAPHIE

1. A. KUNIN N, LETOQUART JP, LAGAMMA A, CHPERON J, MAMBRINI :
La cholécystite aiguë chez le sujet âgé.
J.Chir. (Paris), 1994, 131, No.5, P.257- 260.
2. BRUKEWITZ RC:
Traitement de l'hypertrophie bénigne de la prostate.
Gériatrie –Praticiens et 3^{ème} Age .1993, 3. P.69-72
3. CHAHWAKILIAN A PONCHE A, MEIGNAN DEBRAY S:
Les affections aiguës en service de gérontologie.
Revue de Gériatrie, 1996, 21, N°8, P .535-542
4. DNSI : Recensement général de la population et de l'habitat au Mali
Perspective de la population résidente du Mali 1998-2025
5. DNSI :
Recensement général de la population et de l'habitat au Mali .Volume 8 :
Bamako. BCR, Juin 1991.
6. DNSI :
Recensement général de population et de l'habitat au Mali. Volume 8.
7. DNSI : Recensement général de la population et de l'habitat au Mali. Analyse, 2 :
Mouvement de la population : Natalité, fécondité, mortalité, migration.
BCR, juin 1991
8. DOUMBIA G :
Morbidité et mortalité observées dans un service chirurgie général au CHU de
Treichville.
Thèse de méd. Abidjan, 1985 ; NO.633.
9. DOUMBIA D :
Etude des urgences chirurgicales reçus à l'hôpital du Point »G » de Novembre 1981
à novembre 1982.
Thèse de Méd.Bamako, 1982 ; No. M-13
10. KAO :
Gérontologie et Gériatrie au Sénégal : Emergence des problèmes et recherche des
solutions .Dakar, 1991, N°5.
11. KOUMARE BY :
Evaluation de la dépense publique de santé au Mali. Approche économique
Thèse de Méd. Bamako, 1985, NO.P-12.
12. Lunenfeld B., Aging Male, Editorial – the Aging Male 1-1998-17
13. MALET M, DECHELLOTE R :
Cancer du grand âge et qualité de vie.
Mèd et hyg.43, 1706-1710,1985.
14. MELHEM K :
Mortalité en urologie. Enquête sur 184 cas de décès recensés dans le service
d'urologie du CHU de Dakar
Thèse de Méd.Dakar, 1980 ; No.73

15. MANIPOUD P, KEMENY JL FOUILLOUX G, LAFAYE M :
Carcinome neuroendocrinien cutané localisé dans le conduit externe.
Annale d'oto-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale .1994, 111, No.P111-114
16. MARGERIT D, KRIMPS JL, CARRETIER, M BARBIER J :
Suivi des patients âgés traités médicalement pour cholécystite aigue lithiasique non compliquée.
17. MICHEL CH, LAUNOY G :
Adénocarcinome sur endobrachyooesophage. Résultats et facteurs pronostiques à propos de 19 cas opérés.
18. O.M.S :
La santé des personnes âgées. Rapport d'un comité d'experts de l'OMS
Série des rapports techniques. 779, Genève ,1998.
19. Organisation Mondiale de la Santé :
Classification Internationale des maladies (CIM).
20. RAFAEL.M.SALAS :
Réflexion sur la population.
Publications FNUAP, 1985.P. 59-81
21. RAFAEL M SALAS :
Réflexion sur la population
Publication FNUAP, 1985. P. 59-81.
22. ROHNER S, BORST F, GRABER P:
Contrôle carcinologique et complications après prostatectomie radicale anatomique.
Mèd et Hyg. 51, 2857-28-64, 1993.
23. TOG :
Pathologies chirurgicales des personnes âgées dans les services de chirurgie générale à l'hôpital du point G
- 24 United Nation Department for Economies and Social Information and Policy Analysis, Population Division, word Population Prospects: the 1994, revision, New York
25. ZUCCALA G, COCCHI A GAMBASSI G, BERNABEI R, CARBONIN P:
Post surgical complication in older patients. The role of pharmacological intervention Drugs & Aging (6): 419-30, 1994.

ANNEXES

MODALITÉ DE PRISE EN CHARGE ET COÛT HOSPITALIER DES
PATHOLOGIES UROGENITALES DES PERSONNES ÂGÉES DANS LE
SERVICE D'UROLOGIE DU CHU DU POINT G

QUESTIONNAIRE

- Q1. Numéro de la fiche d'enquête.....
Q2. Service.....
Q3. Numéro du dossier du malade.....

A. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

- Q4. Noms et prénoms.....
Q5. age.....

- Q6. Sexe.....
1. masculin 2.feminin

- Q7. Occupation sociale..... /.../

- | | |
|------------------------|-------------------|
| 1 cadre supérieur | 6 ménagère |
| 2 cadre moyen | 7 sans profession |
| 3 ouvrier | 8 retraité |
| 4 commerçant | 9 autres |
| 5 cultivateur /éleveur | |

- Q8.Ressources..... /.../

- | | |
|------------|------------------|
| 1 salarier | 5 familles |
| 2 pension | 6 sans ressource |
| 3 commerce | 7 associations |
| 4 rente | 8 autres |

- Q9.Ethnie..... /.../

- | | |
|------------|------------|
| 1 Bambara | 6 Peulh |
| 2 Bobo | 7 Minianka |
| 3 Dogon | 8 Touareg |
| 4 Malinké | 9 Sarakolé |
| 5 Kassonké | 10 Sonrhāï |

- Q10. Résidence habituelle..... /.../

- | | |
|-------------|--------------|
| 1 Kayes | 6 Gao |
| 2 Koulikoro | 7 Tombouctou |

- | | |
|-----------|-----------|
| 3 Sikasso | 8 Kidal |
| 4 Ségou | 9 Bamako |
| 5 Mopti | 10 Autres |

Q11. Nationalité...../...../

- | | |
|-------------|----------|
| 1. malienne | 2 autres |
|-------------|----------|

Q12. Religion...../...../

- | | |
|----------------|----------------------|
| 1. musulmane | 4. Témoin de Jéhovah |
| 2. catholique | 5. animiste |
| 3. protestante | 6. autres |

B.RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Q13. Date de consultation/...../

1. jour
2. mois
3. année

Q14. Mode de recrutement dans le service...../...../

- | | |
|---------------------------|----------------------------|
| 1. consultation ordinaire | 2. Consultation en urgence |
| 3. autres | |

Q15. Adressé par/...../

- | | |
|-----------------|---------------|
| 1. lui même | 4. Sa famille |
| 2. un médecin | 5. Autres |
| 3. un infirmier | |

Q16. Consultation médicale antérieure...../...../

1. aucune consultation antérieure
2. dans une structure sanitaire secondaire
3. dans une structure sanitaire périphérique
4. en médecine traditionnelle
5. autres

Q17. Délai entre le début de la maladie et la consultation dans le service...../...../

Q18. Cause de la consultation tardive...../...../

- | | |
|--|------------------------|
| 1. bénignité apparente de la maladie | 5. Accessibilité |
| 2. réticence au milieu hospitalier moderne | 6. Orientation tardive |

3. problème financier
4. manque d'assistance humaine
7. Autres
- Q19. Etat général à l'admission/...../

1. bon état général
2. mauvais état général
3. intermédiaire

Q20. Motif de consultation...../...../

- | | |
|----------------------------------|----------------------------|
| 1. adénome de la prostate | 9. Cystocele |
| 2. adénocarcinome de la prostate | 10. hydrocele |
| 3. cancer de la vessie | 11. incontinence urinaire |
| 4. calcul de la vessie | 12. orchite |
| 5. contracture du col | 13. sténose urétérale |
| 6. cancer du rein | 14. rétrécissement urétral |
| 7. calcul du rein | 15. tumeur testiculaire |
| 8. calcul urétral | 16. Autres |

C EXAMENS PHYSIQUES

Appareil urogénital

- Q21. Fosses lombaires...../...../
1. normal 2. Anormal
- Q22. Hypogastre/...../
1. normal 2. Anormal
- Q23. Orifices herniaire...../...../
1. normal 2. Anormal
- Q24. Organes génitaux externes...../...../
1. normal 2. Anormal

Touchers pelviens

- Q25. Prostate...../...../
1. Normal 2. Anormal
- Q26. Prostatite...../...../
1. Oui 2. Non
- Q27. Plancher pelvien...../...../
1. Normal 2. Anormal
- Q28. Toucher vaginal...../...../
1. Normal 2. Anormal

D EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Radiologiques

- Q29. ASP...../...../
1. normal 2. Anormal
- Q30. UIV...../...../
1. Normal 2. Anormal
- Q31. Echographie abdominopelvienne...../...../
1. Normal 2. Anormal
- Q32. UCR...../...../
1. Normal 2. Anormal
- Q33. Cystoscopie...../...../
1. Normal 2. Anormal
- Q34. Scanner...../...../
1. Normal 2. Anormal

Biologiques

- Q35. ECBU...../...../
1. normal 2. Anormal
- Q36. Créatinémie...../...../
1. Normal 2. Anormal
- Q37. Glycémie...../...../
1. Normal 2. Anormal
- Q38. NFS...../...../
1. Normal 2. Anormal
- Q39. TCK...../...../
1. Normal 2. Anormal
- Q40. TC...../...../
1. Normal 2. Anormal
- Q41. Groupage rhésus...../...../
1. Normal 2. Anormal
- Q42. PSA...../...../
1. Normal 2. Anormal
- Q43. BHCG...../...../
1. Normal 2. Anormal

E TRAITEMENTS

- Q44. A été opéré...../...../

1. Oui 2. Non
- Q45. Traitement reçu...../...../
- | | |
|--------------------------|---------------------------------|
| 1. Adénomectomie | 9. Cystectomie totale |
| 2. Evidement prostatique | 10. Cystolithotomie |
| 3. Cure d'hydrocèle | 11. Resection du col |
| 4. Pulpectomie | 12. Réimplantation (à préciser) |
| 5. Orchidectomie | 13. Urétérolithotomie |
| 6. Dilatation au bényqué | 14. Néphrolithotomie |
| 7. Dérivation urinaire | 15. Néphrectomie |
| 8. Cystectomie partielle | 16. Autres |

- Q46. Cause de non opération...../...../
1. Refus d'opération
 2. Manque de moyen financier
 3. Perdu de vue
 4. Autres

- Q47. Suites opératoires immédiates...../...../
- | | |
|----------------------------|-------------------------|
| 1. Suites simples | 6. Escarres |
| 2. Suppuration pariétale | 7. Décès |
| 3. Fistule vésicocutanées | 8. Autres complications |
| 4. Rétention aigue d'urine | |
| 5. Eventration | |

F EVOLUTION

- Q48. Evolution sous traitement...../...../
- | | |
|----------------------|------------------------|
| 1. Bonne évolution | 4. Arrêt de traitement |
| 2. Etat stationnaire | 5. Perdu de vue |
| 3. Aggravation | 6. Autres |

G COUT D'HOSPITALISATION

- Q49. Catégorie d'hospitalisation...../...../
- | | |
|-----------------------|------------------------|
| 1. VIP | 3. Deuxième catégorie |
| 2. Première catégorie | 4. Troisième catégorie |

- Q50. Nombre de jours d'hospitalisation préopératoire...../
- Q51. Nombre de jours d'hospitalisation postopératoire...../
- Q52. Durée totale d'hospitalisation...../
- Q53. Coût d'hospitalisation préopératoire...../ francs
- Q54. Coût d'hospitalisation postopératoire...../ francs
- Q55. Coût total d'hospitalisation/ francs

- Q56. Coût des examens préopératoires/francs
- Q57. Coût des examens postopératoires...../francs
- Q58. Coût total des examens...../francs
- Q59. Coût des médicaments et /ou matériels...../francs
- Q60. Coût journalier d'alimentation...../francs
- Q61. Coût total d'alimentation/francs
- Q62. Coût anesthésique...../francs
- Q63. Coût de réanimation...../francs
- Q64. Coût hospitalier global...../francs

H PRISE EN CHARGE

- Q65. A été pris en charge par /...../
- 1. sa famille
 - 2. son employeur
 - 3. une agence d'assurance
 - 4. une organisation humanitaire
 - 5. L'état
 - 6. Autres
- Q66. La prise en charge a été...../...../
- 1. Totale
 - 2. Partielle
 - 3. Autres

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom et Prénom : **KEITA Mamadou .Fonfo**

Titre **Modalité de prise en charge et coût hospitalier des pathologies urogénitales des personnes âgées dans le service d'urologie au CHU du point G**

Ville de soutenance : **Bamako**

Pays de soutenance : **Mali**

Mail : **keita_md@yahoo.fr**

Lieu de dépôt : **Bibliothèque de la faculté de Médecine de pharmacie et d'odontostomatologie du Mali**

RESUME : Il s'agit d'une étude prospective qui s'est déroulée du premier janvier au premier octobre 2006 soit 10 mois dans le service d'urologie de l'hôpital du point « G ». L'objectif général a été d'évaluer le coût hospitalier et les modalités de prise en charge des pathologies urogénitales des sujets ayant 60 et plus, hommes et femmes hospitalisés .L'âge moyen des patients est de 70,98 ans .Le sexe ratio est de 15,72 en faveur des hommes. Il ressort de cette étude que les pathologies urogénitales des personnes âgées restent dominé par l'adénome (45,78%). La durée moyenne d'hospitalisation de 7 jours et varie en fonction des pathologies. Les dépenses hospitalières moyennes de 147552 FCFA faites par les malades restent assez élevées.

Au terme de cette étude, nous recommandons :

- ***L'information et la sensibilisation des personnes âgées sur leur santé ;***
- ***Une diminution des charges hospitalières par la gratuité des hospitalisations, des analyses de laboratoire et autres explorations.***

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

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui 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 permettrais 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 garderais le respect absolu de la vie des sa conception.

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

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

Je le jure

