

Ministère de l'Éducation Nationale

*_*_*_*_*_*_*_*

Université de Bamako

*_*_*_*_*_*_*_*

Faculté de Médecine, de Pharmacie
et d'Odonto-stomatologie

*_*_*_*_*_*_*_*

Année universitaire 2005-2006

République du Mali

Un Peuple – Un But – Une Foi

Thèse N°/ 2006

THEME



Profil de la morbidité et de la mortalité au centre de santé de référence de Bougouni.



THESE

Présentée et soutenue publiquement le2006

***Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie
Et d'odonto-stomatologie***

Par

Monsieur Bassirou Sanogo

Pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY

Président :

Membre :

Codirecteur :

Directeur de Thèse :

Professeur : Abdoulaye Ag RHALY

Docteur : MAIGA Diadie

Docteur : OUATTARA Drissa Bourama

Professeur : TRAORE Abdel Kader

ADMINISTRATION

DOYEN : **ANATOLE TOUNKARA** – Professeur

1^{er} ASSESSEUR : **DRISSA DIALLO** – Maître de conférences

2^{ème} ASSESSEUR : **SEKOU SIDIBE** – Maître de conférences

SECRETARE PRINCIPAL: **YENIMEGUE ALBERT DEMBELE** – Professeur

AGENT COMPTABLE: Mme **COULIBALY FATOUMATA TALL**- Contrôleur des finances

LES PROFESSEURS HONORAIRES

M. Alou BA	: Ophtalmologie
M. Bocar SALL	: Orthopédie Traumatologie Secourisme
M. Souleymane SANGARE	: pneumo-phtisiologie
M. Yaya FOFANA	: Hématologie
M. Mamadou L. TRAORE	: Chirurgie générale
M. Balla COULIBALY	: Pédiatrie
M. Mamadou DEMBELE	: Chirurgie Générale
M. Mamadou KOUMARE	: Pharmacognosie
M. Mohamed TOURE	: Pédiatrie
M. Ali Nouhoum DIALLO	: Médecine Interne
M. Aly GUINDO	: Gastro-Entérologie

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

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

M. Abdel Karim KOUMARE	: Chirurgie Générale
M. Sambou SOUMARE	: Chirurgie Générale
M. Abdou Alassane TOURE	: Orthopédie Traumatologie, Chef de D.E.R
M. Kalilou OUATTARA	: Urologie
M. Amadou DOLO	: Gynéco-obstétrique
M. Alhoussemi Ag MOHAMED	: O.R.L.
Mme Sy Aida SOW	: Gynéco-obstétrique
Mr Salif DIAKITE	: Gynéco-obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	: Anesthésie-Réanimation

2. MAITRES DE CONFERENCES

M. Abdoulaye DIALLO	: Ophtalmologie
M. Djibril SANGARE	: Chirurgie Générale
M. Abdel Kader TRAORE dit DIOP	: Chirurgie Générale
M. Gangaly DIALLO	: Chirurgie Viscérale
M. Mamadou TRAORE	: Gynéco-obstétrique

M. Filifing SISSOKO	: Chirurgie Générale
M. Sékou SIDIBE	: Orthopédie –Traumatologie
M. Abdoulaye DIALLO	: Anesthésie –Réanimation
M. Tiéman COULIBALY	: Orthopédie – Traumatologie
Mme TRAORE J. THOMAS	: Ophtalmologie
M. Mamadou L. DIOMBANA	: Stomatologie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	: Gynéco-obstétrique
M. Sadio YENA	: Chirurgie Générale et Thoracique
M. Issa DIARRA	: Gynéco-obstétrique
M. Youssouf COULIBALY	: Anesthésie –Réanimation
M. Samba Karim TIMBO	: Oto-Rhino-Laryngologie
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	: Oto- Rhino- Laryngologie
M. Zimogo Zié SANOGO	: Chirurgie Générale
Mme Diénéba DOUMBIA	: Anesthésie –réanimation
M. Nouhoum ONGOIBA	: Anatomie et chirurgie Générale
M. Zanafon OUATTARA	: Urologie
M. Adama SANGARE	: Orthopédie –Traumatologie
M. Sanoussi BAMANI	: Ophtalmologie
M. Doulaye SACKO	: Ophtalmologie
M. Ibrahim ALWATA	: Orthopédie –Traumatologie
M. Lamine TRAORE	: Ophtalmologie
M. Mady MACALOU	: Orthopédie –Traumatologie
M. Aly TEMBELY	: Urologie
M. Niani MOUNKORO	: Gynéco- Obstétrique
M. Tiemoko D. COULIBALY	: Odontologie
M. Souleymane TOGORA	: Odontologie
M. Mohamed KEITA	: Oto- Rhino- Laryngologie

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

M. Daouda DIALLO	: Chimie Générale et Minérale
M. Siné BAYO	: Anatomie-Pathologie- Histo-embryologie
M. Amadou DIALLO	: Biologie
M. Moussa HARAMA	: Chimie Organique
M. Ogobara DOUMBO	: Parasitologie –Mycologie
M. Yénimégué Albert DEMBELE	: Chimie Organique
M. Anatole TOUNKARA	: Immunologie, Chef de D.E.R.
M. Bakary M. CISSE	: Biologie
M. Abdourahmane S. MAIGA	: Parasitologie
M. Adama DIARRA	: Physiologie
M. Massa SANOGO	: Chimie Analytique

2. MAITRES DE CONFERENCES

M. Amadou TOURE	: Histo- embryologie
M. Flabou BOUGOUDOGO	: Bactériologie- Virologie
M. Amagana DOLO	: Parasitologie
M. Mamadou KONE	: Physiologie
M. Mahamadou CISSE	: Biologie
M. Sékou F. M. TRAORE	: Entomologie médicale
M. Abdoulaye DABO	: Malacologie, Biologie Animale
M. Ibrahim I. MAIGA	: Bactériologie-Virologie

4. MAITRES ASSISTANTS

M. Abdourahamane TOUNKARA	: Biochimie
M. Moussa Issa DIARRA	: Biophysique
M. Kaourou DOUCOURE	: Biologie
M. Bouréma KOURIBA	: Immunologie
M. Souleymane DIALLO	: Bactériologie-Virologie
M. Cheik Bougadari TRAORE	: Anatomie-Pathologie
M. Lassana DOUMBIA	: Chimie Organique
M. Mounirou BABY	: Hématologie
M. Mahamadou A. THERA	: Parasitologie
M. Mangara M. BAGAYOKO	: Entomologie Moléculaire Médicale
M. Guimogo DOLO	: Entomologie Moléculaire Médicale
M. Abdoulaye TOURE	: Entomologie Moléculaire Médicale
M. Djibril SANGARE	: Entomologie Moléculaire Médicale
M. Mouctar DIALLO	: Biologie-Parasitologie
M. Bokary Y. SACKO	: Biochimie
M. Boubacar TRAORE	: Immunologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

M. Abdoulaye Ag RHALY	: Médecine Interne
M. Mamadou K. TOURE	: Cardiologie
M. Mahamane MAIGA	: Néphrologie
M. Baba KOUMARE	: Psychiatrie, Chef de D.E.R.
M. Moussa TRAORE	: Neurologie
M. Issa TRAORE	: Radiologie
M. Mamadou M. KEITA	: Pédiatrie
M. Hamar A. TRAORE	: Médecine Interne
M. Dapa Aly DIALLO	: Hématologie
M. Moussa Y. MAIGA	: Gastro-Entérologie Hépatologie
M. Somita KEITA	: Dermato-Leprologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

M. Toumani SIDIBE	: Pédiatrie
M. Bah KEITA	: Pneumo-Phtisiologie
M. Boubakar DIALLO	: Cardiologie

M. Abdel Kader TRAORE	: Médecine Interne
M. Siaka SIDIBE	: Radiologie
M. Mamadou DEMBELE	: Médecine Interne
M. Mamady KANE	: Radiologie
M. Saharé FONGORO	: Néphrologie
M. Bakoroba COULIBALY	: Psychiatrie
M. Bou DIAKITE	: Psychiatrie
M. Bougouzié SANOGO	: Gastro-Entérologie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mme Tatiana KEITA	: Pédiatrie
Mme TRAORE Mariam SYLLA	: Pédiatrie
M. Adama D. KEITA	: Radiologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	: Endocrinologie
Mme Habibatou DIAWARA	: Dermatologie
M. Daouda K. MINTA	: Maladies Infectieuses
M. Kassoum SANOGO	: Cardiologie
M. Seydou DIAKITE	: Cardiologie
M. Mahamadou B. CISSE	: Pédiatrie
M. Arouna TOGORA	: Psychiatrie
Mme DIARRA Assétou SOUCKO	: Médecine Interne
M. Boubacar TOGO	: Pédiatrie
M. Mahamadou TOURE	: Radiologie
M. Idrissa CISSE	: Dermatologie
M. Mamadou B. DIARRA	: Cardiologie
M. Anselme KONATE	: Hépto-Gastro-Entérologie
M. Moussa T. DIARRA	: Hépto-Gastro-Entérologie
M. Souleymane DIALLO	: Pneumologie
M. Souleymane COULIBALY	: Psychologie
M. Soungalo DAO	: Maladies Infectieuses
M. Cheïck Oumar GUINTO	: Neurologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

M. Boubacar Sidiki CISSE	: Toxicologie
M. Gaoussou KANOUTE	: Chimie Analytique, Chef de D.E.R.

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

M. Ousmane DOUMBIA	: Pharmacie Chimique
M. Drissa DIALLO	: Matières Médicales

3. MAITRES DE CONFERENCES

M. Boulkassoum HAIDARA	: Législation
M. Elimane MARIKO	: Pharmacologie
M. Alou KEITA	: Galénique

4. MAITRES ASSISTANTS

M. Benoît KOUMARE	: Chimie Analytique
M. Ababacar MAIGA	: Toxicologie
M. Yaya KANE	: Galénique
Mme Rokia SANOGO	: Pharmacognosie
M. Saïbou MAIGA	: Législation
M. Ousmane KOITA	: Parasitologie Moléculaire

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

M. Sidi Yaya SIMAGA	: Santé Publique, Chef de D.E.R.
M. Sanoussi KONATE	: Santé Publique

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

M. Moussa A. MAIGA	: Santé Publique
--------------------	------------------

3. MAITRES ASSISTANTS

M. Bocar G. TOURE	: Santé Publique
M. Adama DIAWARA	: Santé Publique
M. Hamadoun SANGHO	: Santé Publique
M. Massambou SACKO	: Santé Publique
M. Alassane A. DICKO	: Santé Publique

5. ASSISTANTS

M. Samba DIOP	: Anthropologie Médicale
M. Seydou DOUMBIA	: Epidémiologie
M. Oumar THIERO	: Biostatistique

CHARGES DE COURS ET ENSEIGNANTS VACATAIRES

M. N'Golo DIARRA	: Botanique
M. Boubou DIARRA	: Bactériologie
M. Salikou SANOGO	: Physique
M. Boubacar KANTE	: Galénique
M. Souleymane GUINDO	: Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	: Mathématiques
M. Modibo DIARRA	: Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	: Hygiène du milieu
M. Mahamadou TRAORE	: Génétique
M. Yaya COULIBALY	: Législation

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr Doudou BA	: Bromatologie
Pr Babacar FAYE	: Pharmacodynamie
Pr Eric PICHARD	: Pathologie Infectieuse
Pr Mounirou CISSE	: Hydrologie
Pr Amadou DIOP	: Biochimie

***Louange à ALLAH, L'OMNIPRESENT,
L'OMNICIENT, L'OMNIPOTENT***

***Qui par sa grâce, nous a permis de mener
à bien ce modeste travail***

DEDICACES

Louange à ALLAH, L'OMNIPRESENT, L'OMNICIENT ET L'OMNIPOTENT, puisse ce travail être un témoignage pour moi et non un témoignage contre moi le jour de la résurrection

Je dédie ce travail

A mon père

Nous apprécions la valeur de vos efforts. Je souhaite de tout mon cœur que vous retrouvez dans ce travail le résultat de toutes vos ambitions tant souhaitées pour vos enfants. Accepter ces expressions comme gage de reconnaissance et de respect pour moi. Vous resterez pour moi une source intarissable et pertinente de sages conseils.

A mes mères

Ce travail est le fruit de toute la tendresse filiale que vous m'avez toujours manifesté. Jamais vous ne serez privées de la mienne.

A toute les familles (Berthe de kalanban koro, Sanogo de Sogoniko, et Abidjan) retrouvez ici le sentiment de ma profonde gratitude.

A mes frères et sœurs aînés

C'est grâce à ce qui nous unit et à votre présence à mes côtés que j'ai pu franchir le cap de mes études.

Je prie Dieu que je puisse apporter à mes frères et sœurs cadets ce que j'ai reçu de vous. Encore merci, que Dieu resserre d'avantage nos liens de fraternité.

A mes frères et sœurs cadets, à mes neveux

Courage ! Courage ! Et encore beaucoup d'abnégation. Sachez que le bonheur est au bout de l'effort fourni. Faites mieux que nous.

A ma femme

Avec toute ma tendresse indéfectible et ma reconnaissance, ton amour, ta modestie et surtout ton caractère forcent le respect et l'admiration. Mes remerciement à ton père, à ta mère ,tés frères et sœurs. Puisse Dieu nous garder ensemble pendant longtemps amen.

A ma fille

Qu'elle trouve ici un témoignage de toute mon affection

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier :

Ma tante Rokia Bayogo et son mari

Vos accueils chaleureux, vos conseils et votre sens de la vie m'ont donné le courage de persévérer. Que ce travail soit une source de satisfaction pour vous.

mon oncle tonton David

Retrouver ici cher oncle ma profonde gratitude. Merci cher oncle pour les bons conseils. Je prie Dieu que ce travail soit une réelle source de réconfort pour vous.

Adiara Coulibaly

Votre simplicité, votre gentillesse et votre sens de partage me paraissent sans égale. Votre accueil chaleureux et votre appui m'ont fait passé un séjour inoubliable à Bougouni. Puisse Allah vous protéger et vous prêter longue vie.

Tout le personnel du Csref de Bougouni Dr OUATTARA Drissa B, Dr TRAORE Mamadou, Dr YATTARA Hamadoun , Dr SIDIBE Idrissa M, tout le personnel infirmier, les sages femmes les matrones les aides soignants, les manœuvres.

Tous les internes du CSRef de Bougouni

Merci pour les moments de joie que vous m'avez offerts. L'union fait la force. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude.

Dr Bilali Dicko

Qu'ALLAH t'accepte et t'estime.

A tous mes frères et sœurs de la Ligue Islamique des Elèves et Etudiants du Mali (LIEEMA), Vous êtes mes frères et sœurs. Qu'ALLAH renforce nos liens de fraternité et nous augmente en foi.

Mes amis

Mon intime fidèle Idrissa Traore, Dr Said Simbo Diakite, Abdul Karim Sissoko, Dr Modibo Z Doumbia, dr Abdul k sangaré mon gendre Zoumana Traore, Lassana Keita, Bourama Samassa, je ne saurais jamais vous remercier à juste valeur, que Dieu vous récompense.

Aux camarades de promotion

Fousseynou Traore, mon associé Cheick Hamala Doumbia, Abdul Karim Doumbia, Abdoul karim Sissoko, Idrissa Boré, Abdoulaye Sanogo (Tièba), Fadone Diallo, mon complice Souleymane Samaké, en souvenir des durs moments passés ensemble, recevez à travers ce travail ma sincère reconnaissance.

REMERCIEMENTS AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et président du jury : **Pr ABDOULAYE AG RHALY**

- **PROFESSEUR TITULAIRE DE MEDECINE INTERNE**
- **ANCIEN DIRECTEUR GENERAL DE L'INRSP**
- **ANCIEN SECRETAIRE GENERAL DE L'OCCGE**
- **SECRETAIRE PERMANENT DU COMITE NATIONAL D'ETHIQUE POUR LA SANTE ET LES SCIENCE DE LA VIE.**

Honorables maître

- Permettez nous de vous remercier pour l'honneur que vous nous faite en acceptant de présider ce jury.
- Cher maître nous avons été très émerveillé par la qualité de l'accueille que vous nous avez réservé.
- Cher maître nous nous plions devant votre sagesse, votre humanisme, votre esprit de discernement, votre ponctualité et votre disponibilité indéfectible.
- Cher maître, nous vous prions de bien vouloir trouver ici l'expression de tout notre respect.

A notre maître et juge : **Dr DIADIER MAIGA**

- **Docteur en pharmacie**
- **Spécialiste en santé publique**
- **Candidat Ph.D.**

Cher maître

C'est un honneur pour nous de vous avoir parmi les membre de notre jury malgré vos multiples occupations.

Nous avons été impressionné par votre dévouement pour la qualité du travail bien fait.

Votre sympathie, votre calme, votre grande humilité forcent le respect et l'admiration.

Puisse ALLAH vous faciliter ce nouveau titre.

A notre maître et co-directeur : Dr DRISSA B OUATTARA

Médecin chef du centre de santé de référence de Bougouni

C'est un réel plaisir pour nous d'avoir travaillé sous votre tutelle.

Nous estimons vos qualités pour le travail bien fait.

Votre courage, votre capacité de discernement, votre calme font de vous un exemple à suivre.

Puisse ALLAH vous prêter longue vie à nos côtés

A notre maître et directeur de thèse : Pr ABDEL KADER TRAORE

- **Maître de conférence agrégé**
- **Spécialiste en médecine interne**
- **Spécialiste en communication scientifique**
- **Président directeur du centre national d'appui à la lutte contre les maladies(CNAM de Togounet)**
- **Membre de l'international council of Iodine Deficiency Disorder (ICIDD)**

Cher maître vous nous avez honoré en acceptant de diriger ce travail. Honorable maître nous avons été impressionné par la qualité de vos sages conseils, votre rigueur ,votre respect de la démarche scientifique et votre constante disponibilité à parfaire notre formation

Vos qualités intellectuelles et humaines font de vous un grand maître. Nous sommes fiers et heureux d'être compté parmi vos élèves au delà même de la thèse.

Recevez ici cher maître, l'expression de toute notre reconnaissance et notre profond respect.

- La liste des tableaux

Tableau I : Les différents CSCom leur population et leur distance.

Tableau II : Les caractéristiques socio-démographiques

Tableau III : Répartition des malades en fonction du mode d'admission.

Tableau IV : Distribution des malades selon la structure ayant référé ou évacué.

Tableau V : Répartition des malades selon le service et la durée de séjour.

Tableau VI : Répartition des malades en fonction de CIM et de l'âge

Tableau VII : Répartition des malades en fonction du diagnostic d'entrée

Tableau VIII : Distribution des malades en fonction des pathologies et la durée moyenne de séjour.

Tableau IX : Répartition des décès en fonction du sexe.

Tableau X : Répartition des pathologies en fonction de l'âge.

Tableau XI : Répartition des décès en fonction de l'âge.

TABLEAU XII : Répartition des décès en fonction de la profession.

TABLEAU XIII : Répartition des décès en fonction de la durée de séjour.

Tableau XIV : Répartition des décès en fonction des pathologies.

Figure 1 : Répartition des décès en fonction des services.

SIGLES ET ABREVIATION

C.I.M 10	= classification internationale des maladies. Dixième révision.
CSRef	= centre de santé de référence.
CPS	= cellule de planification et de la statistique.
DNSI	= Direction nationale de la statistique et
CSCom	= centre de santé communautaire.
CPM	= chef de post médical.
KM	= kilomètre.
IFM	= institut de formation des maîtres
CMDT	= compagnie malienne de développement textile
OMS	= organisation mondiale de la santé
HNPG	= hôpital national du point G
FMPOS	= faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie
CNHU	= centre national hospitalier universitaire
INTERNE	= Etudiant de 6ème année de médecine
HGT	= hôpital Gabriel Touré
CHU	= centre hospitalier universitaire
RACS	= Réseau Administratif de communication
Méd	= médecine
DER	= Département d'enseignement et de recherche
%	= pourcentage
≥	= supérieur ou égal

SOMMAIRE

Chapitre I : Introduction et objectifs	1
Chapitre II : Généralité	5
Chapitre III : Méthodologie	11
Chapitre IV : Résultats	14
Chapitre V : Commentaires & Discussion	29
Chapitre VI : Conclusion	41
Chapitre VII : Recommandations	43
Chapitre VIII : Références Bibliographiques	46
Chapitre IX : Annexes	52

INTRODUCTION

INTRODUCTION

La problématique de la morbidité et de la mortalité reste dominée par l'absence de données fiables notamment dans les pays à faible revenu. Les méthodes d'estimation sur la base des recensements et des enquêtes sont rétrospectives et éventuellement sujettes à des erreurs importantes [1]. Cependant il existe des informations sur la morbidité surtout dans les structures de première ligne et concernant les maladies ayant fait l'objet d'un programme national de prévention [2].

L'application au niveau de l'hôpital des concepts et des méthodes utilisés en épidémiologie définit l'épidémiologie hospitalière. Cette activité, développée le plus souvent dans un cadre administratif, contribue à la connaissance générale, la planification, l'organisation et le financement des soins, la surveillance épidémiologique, l'évaluation et la recherche.

En 2004, la mortalité hospitalière était de l'ordre de 10% de l'ensemble des admissions [14]. Une étude menée à l'hôpital du point G par LY dans les services de médecine interne, de pneumologie, de soins intensifs et de santé mentale en 2002 avait estimé la mortalité à 20,32% . DIARRA, à la même année et dans le même hôpital mais dans les services de chirurgie digestive, de gynéco-obstétrique et d'urologie avait trouvé une mortalité de l'ordre de 3,2 %.

Les statistiques de morbidité mettent en relief le manque à gagner pour la collectivité (longue période d'incapacité, absentéisme au travail, lourde charge financière tant en médicaments qu'en matériels). Quant à la mortalité, elle est importante dans la lutte contre les causes majeures de décès. La connaissance de ces deux paramètres permet de décrire la situation sanitaire d'une population.

Profil de la morbidité et de la mortalité au centre de santé de référence de Bougouni

Ces quelques rares données dont nous disposons ne concernent, le plus souvent, que le sommet de la pyramide sanitaire. Les centres de santé de référence (CSRéf) bien qu'étant un maillon essentiel dans le système de santé, n'ont guère fait l'objet d'étude sur ce plan. C'est ainsi que nous avons initié ce travail afin de palier à ce déficit d'information si pénalisant pour l'administration et la recherche sanitaire.

OBJECTIFS

OBJECTIFS

Objectif général :

Déterminer les paramètres de morbidité et de mortalité au centre de santé de référence de Bougouni.

Objectifs spécifiques :

- déterminer les caractéristiques socio-démographiques des malades hospitalisés,
- identifier les principaux facteurs de morbidité et de mortalité au CSRef de Bougouni,
- identifier la provenance et les différents modes d'admission des malades,
- évaluer la durée moyenne de séjour des malades,
- évaluer le taux d'occupation des lits des différents services.

I. GENERALITES

1.1. Généralité sur le cercle de Bougouni :

Notre travail s'est déroulé dans le centre de santé de référence de Bougouni.

Le cercle de Bougouni est situé dans la partie ouest de la troisième Région Administrative du Mali. Il couvre une superficie de 20,028 Km². Il est limité au nord par le cercle de Kati et Doïla (Région de Koulikoro). Au sud par la République de la Côte D'Ivoire .A l'Ouest par le cercle de Yanfolila. A l'Est et au Sud Est par les cercles de Kolondièba et de Sikasso.

La population générale du cercle pour l'année 2005 était de 361482 habitants selon le recensement administratif DNSI de 1998 actualisé, soit une densité de 18 habitants au km². Les enfants de moins de 12 mois sont estimés à 14,459 quand aux enfants de moins de 15 ans leur nombre est estimé à 202,429.

De plus en plus le cercle attire de nombreux immigrants venant des 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} régions du Mali et des pays voisins à cause des activités d'exploitation d'or. L'émigration se fait en direction des pays côtiers notamment la Côte d'Ivoire. Cependant le cercle a enregistré ces dernières années un retour massif d'émigrants originaires du cercle ou d'autres localités du pays à cause des événements en cours en Côte d'Ivoire.

Les principales activités économiques de la population sont: l'agriculture, l'élevage et la pêche. Le cercle connaît de plus en plus des activités industrielles qui contribuent à l'essor économique des populations.

Les usines d'égrenage du coton emploient des jeunes pendant au moins 6 mois de l'année. La cueillette des noix de karité et le néré constituent une source importante de revenus pour les femmes. Il existe une usine

de traitement des noix de karité à Zantiébougou, situé à 30 km de Bougouni.

L'exploitation de la mine d'or de Morila a débuté au cours de l'année 2000 avec comme conséquence l'afflux massif des jeunes venant aussi bien de l'intérieur du pays que d'autres pays africains.

La pêche est pratiquée en toute saison.

L'artisanat est peu développé.

Sur le plan socio-culturel, le cercle de Bougouni ancien canton de l'empire d'Almamy Samori Touré, carrefour de plusieurs peuples et civilisations est une zone de brassage de cultures et de traditions par excellence. L'ethnie prédominante est le Bambara suivi des peuhls du Wassoulou, les Sarakolés, les sénoufo, les minianka, les dogons, les bozos, les bobos. Les différentes religions sont : l'animisme, le christianisme, et l'islam qui prend de plus en plus de l'ampleur.

Les relations sociales respectent la gérontocratie. La solidarité inter villageoise et inter-ethnique existe dans la plupart des villages.

Sur le plan administratif le cercle compte 540 villages repartis entre 26 communes dont une commune urbaine et 25 communes rurales.

1.2. Situation Socio- Sanitaire 2005 :

Conformément à la politique sectorielle de santé et de population, le cercle de Bougouni dispose d'une carte sanitaire qui prévoit la création de 36 CSCom et un CSRef. Sur les 36 CSCom prévus 27 sont déjà fonctionnels.

Le tableau ci-dessous illustre la situation des aires de santé, leur population, la distance qui les sépare du CSRef.

Tableau I : Les différents CSCom, leur population et leur distance.

Aires	Population Totale	Distant du CSRef Km
Dogo	15179	85
Mamissa	11537	25
Maféle	6075	175
Bougouni sud	12321	0
Bougouni ouest	23303	0
Bougouni Est	18911	0
Ouroun	11618	85
Ouroumpana	14700	95
Bamba	11063	150
Manankoro	8880	150
Garalo	23411	60
Kologo	12825	30
Dèbèlin	8684	75
Sanso	12432	115
Wola	8984	150
Niamala	13907	100
Koumantou	29020	75
Zantiébougou	17734	30
Méridiela	9481	150
Diban	8375	95
Toba	8503	60
Kéleya	21765	60
Sido	11479	30
Sakoro	4264	25
Faragouaran	12438	30
Torakoro	10922	80
Domba	10483	104
Kléssokoro	3186	11
TOTAL	361482	2349

1.3. INFRASTRUCTURES :

1.3.1. Au Niveau CSCom :

La plupart des CSCom a été construits sur financement propre des communautés. Ce qui fait qu'ils ne répondent pas aux normes de structures de CSCom. Sept d'entre eux seulement répondent à ces normes (Mafèlè, Diban, Sido, faragouara, Bougouni sud, Sakoro, Niamala).

Dans chaque CSCom il existe un CPM (chef de post médical) qui peut être un technicien de santé, un technicien supérieur de santé ou un médecin.

Les RACS sont fonctionnels dans tous les CSCom sauf les 4 nouveaux : Sakoro, Domba, Klessokoro, Meridiela.

Le système de maintenance mis en place par le Ministère de la Santé s'est beaucoup amélioré cette année et très peu de difficultés et de plaintes ont été enregistrées.

Par rapport à la logistique du centre de santé de référence, deux ambulances en état passable sont disponibles et assurent les évacuations à tous les niveaux. Ces ambulances ont été mises en circulation en 2001 et 2002 sur financement de SAVE THE CHILDREN (USA) et L'Etat Malien.

1.3.2- Au Niveau du CSRef :

Ce centre fut un dispensaire à partir de 1946 dirigé par un médecin colonial ensuite érigé en CSRef en 1996. Il est situé en plein centre de la ville de Bougouni à droite, au bord de la route bitumée allant de Massablacoura à la préfecture. L'accessibilité entre les CSCom et le CSRef est difficile à cause de la défectuosité des routes. Il existe des CSCom à 175 km du CSRef avec 4heures de route par ambulance.

Les bâtiments construits depuis la période coloniale sont en mauvais état dans la plupart des cas, et la situation de ces bâtiments se présente de la façon suivante :

- Un bloc d'hospitalisation de médecine et de laboratoire en mauvais état ;
- Un bloc d'odonto-stomatologie et de salle d'injection en mauvais état
- Une salle de consultation en état passable ;
- Une salle de radiologie et de grande endémie non adaptée et en très mauvais état ;
- Un bloc de chirurgie vétuste ;
- un bloc administratif avec une salle de réunion exiguë et non équipée ;
- Une antenne de santé mentale avec des salles non adaptées ;
- Une antenne d'ophtalmologie en bon état ;
- Des dépôts de vente de médicaments essentiels assurant la disponibilité permanente des produits pharmaceutiques ;
- Un bloc de maternité en bon état mais avec des installations électriques et sanitaires défectueuses ;
- Et enfin un circuit d'adduction d'eau et d'électricité qui connaît des pannes fréquentes.

1.3.3- autres structures :

Il existe de nombreux dispensaires ruraux et de maternités dans toutes les aires de santé gérés par les aides soignants et matrones. Ces structures en banco sont pour la plupart en ruine. Il existe aussi :

- Une clinique médicale tenue par deux médecins généralistes à Morula pour la mine d'or ;
 - Deux infirmeries pour les usines CMDT de Bougouni et de Koumantou ;

- Deux cabinets de soins à Bougouni ;
- Deux cabinets médicaux à Bougouni et à Koumantou ;
- Deux infirmeries scolaires au Lycée et à L'IFM.

1.4. LE PERSONNEL DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE :

Il est composé de:

- 4 Médecins Généralistes à compétence chirurgicale ;
- 8 Techniciens de santé ;
- 3 Techniciens de Laboratoire ;
- 5 Sages Femmes ;
- 4 Infirmières obstétriciennes ;
- 3 Matrones ;
- 1 Assistant médical en Santé Mentale ;
- 1 Assistant médical en Odonto- stomatologie ;
- 1 Assistant médical en Santé Publique ;
- 1 Assistant médical en Anesthésie ;
- 1 Technicien sanitaire ;
- 1 Secrétaire dactylo ;
- 2 Laborantins ;
- 2 Gestionnaires ;
- 1 Aide comptable ;
- 2 Gardiens ;
- 2 Chauffeurs ;
- 1 Chauffeur mécanicien ;
- 4 Manœuvres ;
- 3 Aides soignants.

II. METHODOLOGIE

2. METHODOLOGIE :

2.1. Lieu d'étude:

L'étude s'est déroulée au centre de santé de référence de Bougouni.

2.2. Type d'étude:

Il s'agit d'une étude d'observation de type transversal portant sur des données rétrospectives.

2.3. Période d'étude:

L'étude a porté sur 12 mois (du 1^{er} janvier au 31 décembre 2005).

2.4. Population d'étude:

Etait constituée des patients hospitalisés dans la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2005.

2.4.1. Critères d'inclusion:

Ont été inclus dans notre étude, les patients hospitalisés dans les services de chirurgie et de médecine générale avec dossiers complets.

2.4.2. Critères de non – inclusion:

Ont été exclus de notre étude :

- les dossiers portant des informations manquantes;
- les patients hospitalisés dans le service de la maternité;
- les patients reçus en consultation externe.

2.4.3. Taille de l'échantillon:

L'étude a concerné les 1072 dossiers répondant aux critères d'inclusion.

2.5. Matériel d'étude:

Nous avons utilisé, comme source d'information, les dossiers et les registres d'hospitalisation des services de médecine et de chirurgie.

2.6. Mode de collecte des données:

Les données ont été collectées à l'aide d'une fiche d'enquête pré-établie. Les variables suivantes ont été recueillies : le sexe, l'âge, l'ethnie, la profession, la date d'entrée, la date de sortie, l'évolution, la résidence, le mode d'admission et le diagnostic de sortie.

2.7. Méthode d'analyse:

Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel SPSS 10.0 for Windows. La classification internationale des maladies (CIM) a été utilisée pour l'analyse de la morbidité et de la mortalité. La CIM est un système de classification des maladies basé sur un regroupement des maladies en grandes rubriques, elles-mêmes divisées en sous rubriques. Chaque maladie comportant un code spécifique. La classification actuelle est la dixième depuis sa création au siècle dernier d'où l'appellation(CIM 10). Elle est coordonnée par l'OMS.

2.8. Aspects Ethiques:

Le choix du sujet a été fait par l'administration du centre de santé. Tout le personnel du CSRéf a été informé par l'intermédiaire d'une note de service. Le personnel des unités d'hospitalisation en médecine et en chirurgie a été impliqué dans la collecte des informations et la mise à disposition des supports appropriés.

III. RESULTATS

3.1. Caractéristiques socio-démographiques

Tableau II : Les caractéristiques socio-démographiques :

Caractéristiques socio-démographiques	Pourcentage (n = 1072)
Sexe	
Masculin	49,2
Féminin	50,8
Tranches d'âge	
0 - 4	18,8
5 - 14	9,4
15 - 59	57,1
60 et plus	14,7
Ethnie	
Bambara	70,0
Peuhl	19,4
Sénoufo	4,7
Sarakolé	2,0
Sonrhäi	1,3
Minianka	0,9
Dogon	0,8
Bobo	0,2
Bozo	0,2
Autres	0,5
Profession	
Ménagères	35,9
Enfants	28,17
Cultivateur	21,5
Etudiant/élève	5,0
Ouvrier/manœuvre	2,1
Eleveur	1,3
Commerçant	0,9
Fonctionnaire	0,7
Autres	0,38
Résidence	
Plus de 30 km	44,2
Bougouni ville	37,1
Moins de 30 km	18,7
Niveau D'Instruction	
Non scolarisés	93,9
Fondamental	4,9
Secondaire	0,9
Ecole coranique	0,2
Supérieur	0,1

Le sexe féminin a représenté 50,8% des hospitalisations et le sexe masculin 49,2%. Le sexe ratio était 1,03 en faveur des femmes.

Les malades de 15 à 59 ans représentent 57,1% des cas. Les enfants de 0 à 14 ans représentent 28,2 %.

Les Bambaras et les peuhls ont représenté respectivement 70% et 19,4%.

Les ménagères et les cultivateurs ont représenté respectivement 35,9% ; 21,5% et les fonctionnaires ont représenté 0,7%.

Les malades venant de plus de 30 km de Bougouni ville ont été les plus représentés (44,2%).

Les non scolarisées ont représenté 93,9 %.

3.2. Hospitalisations

Tableau III : Répartition des malades en fonction du mode d'admission.

Mode d'admission	Pourcentage (n = 1072)
Référé	63,9
Evacué	30,4
Auto référée	5,7

La majorité des malades (63,9%) ont été référés.

Tableau IV : Répartition des malades selon la structure ayant référé ou évacué.

Structure	Pourcentage (n=1011)
CSCom	98
Structures parapubliques	1,2
Structures privées	0,8

98% des malades référés ou évacués venaient des CSCom.

Les structures privées ont représenté 0,8 %

Tableau V : Répartition des malades selon le service et la durée de séjour.

Service	Durée de séjour en (jours)		
	0 - 4	5 - 10	≥ 10
Médecine (n= 551)	67%	24%	9%
Chirurgie (n= 521)	48%	39%	13%

La majorité des malades n'ont pas dépassé 5 jours d'hospitalisation en médecine (67%) tout comme en chirurgie (48%).

La durée moyenne de séjour a été de $6 \pm 0,77$ jours avec des extrêmes de 1 à 45 jours pour chacun des deux services.

3.3- Morbidité:

Tableau VI : Répartition des malades en fonction de CIM10 et de l'âge

Pathologies	Ages (n = 1072)			
	0-4	5-14	15-59	≥60
Maladies infectieuses et parasitaires	15,01	5,41	12,22	5,50
Tumeurs	0,00	0,09	0,37	0,37
Maladies du sang, organes hématopoïétiques et certains troubles immunitaires	0,90	0,90	0,93	0,18
Maladies endocrinienne, nutritionnelles, métaboliques	1,49	0,18	1,11	0,27
Troubles mentaux et du comportement	0,00	0,09	0,27	0,09
Maladies du système nerveux	0,90	0,00	0,65	0,18
Maladies de l'appareil circulatoire	0,00	0,09	2,05	1,77
Maladies de l'appareil respiratoire	0,74	0,00	1,49	1,02
Maladies de l'appareil digestif	0,18	1,86	7,00	1,11
Maladies de la peau et du tissu	0,18	0,09	1,11	0,18
Maladies du système osteo- articulaire	0,65	0,83	6,25	3,26
Maladies de l'appareil génito-urinaire	0,18	0,09	1,77	0,27
Grossesse, accouchement et puerpéralités	0,00	0,09	19,68	0,00
Lésions traumatiques	0,09	0,46	2,14	0,46

Il apparaît que les maladies infectieuses et parasitaires viennent en tête dans toutes les tranches d'âge ; sauf entre (15-59 ans) où c'est la classe de grossesse, accouchement et puerpéralité qui domine avec 19,68 %.

Tableau VII : Répartition des malades en fonction des pathologies

Pathologies	Pourcentages (n = 1072)
Maladies infectieuses et parasitaires	38,2
Grossesses, accouchement et puèrperalité	19,8
Maladies du système osteo-articulaires	11
Maladies de l'appareil digestif	10,02
Maladies de l'appareil circulatoire	3,9
Maladies de l'appareil respiratoire	3,3
Lésions Traumatiques	3,2
Maladies endocriniennes nutritionnelles et métaboliques	3,1
Maladies de l'appareil génito-urinaire	2,3
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous cutané	1,6
Tumeurs	0,8
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles immunitaires	1,3
Maladies du système nerveux	0,9
Troubles mentaux et du comportement	0,5

Les maladies infectieuses et parasitaires (38,2%) ont été les plus représentées, les troubles mentaux et du comportement ont représentés 0,5%.

Tableau VIII : Distribution des malades en fonction des pathologies et la durée moyenne de séjour.

Pathologies	Durée de Séjour		
	0 à 4 jours (n=1072)	5 à 10 jours (n=1072)	≥10 (n=1072)
Maladies infectieuses et parasitaires	26,49	8,76	2,42
Tumeurs	0,27	0,27	0,27
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	0,93	0,27	0,09
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	1,67	1,02	0,37
Troubles mentaux et du comportement	0,37	0,09	0
Maladies du système nerveux	0,37	0,46	0,09
Maladies de l'appareil circulatoire	1,95	1,39	0,55
Maladies de l'appareil respiratoire	1,21	1,49	0,55
Maladies de l'appareil digestif	4,38	2,89	2,89
Maladies de la peau et du tissu	0,74	0,46	0,37
Maladies du système ostéo- articulaire	7,08	3,45	0,46
Maladies de l'appareil génito-urinaire	1,30	0,74	0,27
Grossesses, accouchements puerpéralités	8,86	9,42	1,49
Lésions traumatiques	2,05	0,65	0,46

Les hospitalisations de 0 à 4 jours sont dominées par les maladies infectieuses et parasitaires, de 5 à 10 jours sont dominées par la grossesse accouchement et puerpéralités, de plus de 10 jours ce sont les maladies de l'appareil digestif qui sont dominantes.

Tableau IX : Répartition des services en fonction du taux d'occupation des lits et de la durée moyenne de séjour

Services	Journées théoriques réalisables	Journées réalisées	Taux d'occupation des lits	Durée moyenne de séjour
Médecine	6205	3414	55 %	6
Chirurgie	8030	3582	44 %	6

Journées théoriquement réalisées = Nombre de lits * 365.

Journées réalisées = Somme des durées de séjour réalisées par les patients.

Taux d'occupation des lits = Nombre de journées réalisées /Nombre de journées théoriques réalisables.

Durées moyenne de séjour = Nombre de journées réalisées /Nombre de patients.

Le plus fort taux d'occupation a été réalisé par le service de médecine et la durée moyenne de séjour a été de 6 jours dans les deux services.

3.4- La mortalité:

◆ Sexe

Tableau X : Répartition des décès en fonction du sexe.

SEXE	Proportion de décès (n =105)
Masculin (n=527)	53,00
Féminin (n=545)	47,00

Nous avons noté 56 décès chez les hommes soit 53,00 %, contre 49 décès chez les femmes soit 47,00%.

Tableau XI : Répartition de la mortalité en fonction du sexe

Sexe	Décès (n = 105)
Masculin (n = 527)	10,62
Féminin (n= 545)	9,00

Le taux de mortalité a été de 10,62 chez les hommes et 9,00 chez les femmes.

Tableau XII : Répartition des décès en fonction de l'âge.

	Ages (n = 105)			
	0 – 4	5 – 14	15 – 59	≥ 60
Décès	22,85	7,61	55,23	14,28

Les malades de 15 –59 ans ont représenté 55,23 % et les malades de 5-14 ont représenté 7,61 %.

TABLEAU XIII : Répartition des décès en fonction de la profession.

Profession	Pourcentages (n = 105)
Ménagères	33,33
Enfants	28,17
Cultivateur	25,76
Ouvriers/manœuvres	4,80
Commerçants	2,90
Etudiant/élève	1,90
Fonctionnaires	0,00
Autres	0,38

Les décès étaient plus importants chez les enfants, les ménagères et les cultivateurs avec respectivement 28,17 %, 33,3 %, et 24,7 %.

Tableau XIV : Répartition des décès en fonction de la durée de séjour.

Durée du séjour (en jours)	Décès % (n = 105)
0 à 4	82,86
5 – 10	9,52
≥10	7,62

La majorité des décès (82,85%) sont survenus dans les 5 jours qui ont suivi l'hospitalisation et 7,62 % des décès sont survenus 10 jours d'hospitalisation.

Tableau XV : Répartition des décès en fonction des pathologies:

Pathologies	Pourcentage (n=105)
Maladies infectieuses et parasitaires	38,09
Maladies de l'appareil digestif	20,9
Maladies de l'appareil circulatoire	9,52
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	8,5
Grossesses, accouchement et puérperalité	6,66
Maladies de l'appareil respiratoire	4,76
Tumeurs	2,85
Maladies du système osteo-articulaires	2,85
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	1,90
Troubles mentaux et comportement	0,9
Maladies du système nerveux	0
Maladies de la peau et du tissu cellulaire et sous cutané	0,9
Maladies de l'appareil génito-urinaire	0,9
Lésions traumatiques	0,9

Les maladies infectieuses et parasitaires, les maladies de l'appareil digestif, les maladies de l'appareil circulatoire étaient les principales causes de décès .0,9% des décès a été enregistré pour l'ensemble des pathologies qui sont :les lésions traumatiques, les maladies de l'appareil génito-urinaire, les maladies de la peau et du tissu cellulaire et sous cutané, troubles mentaux et du comportement

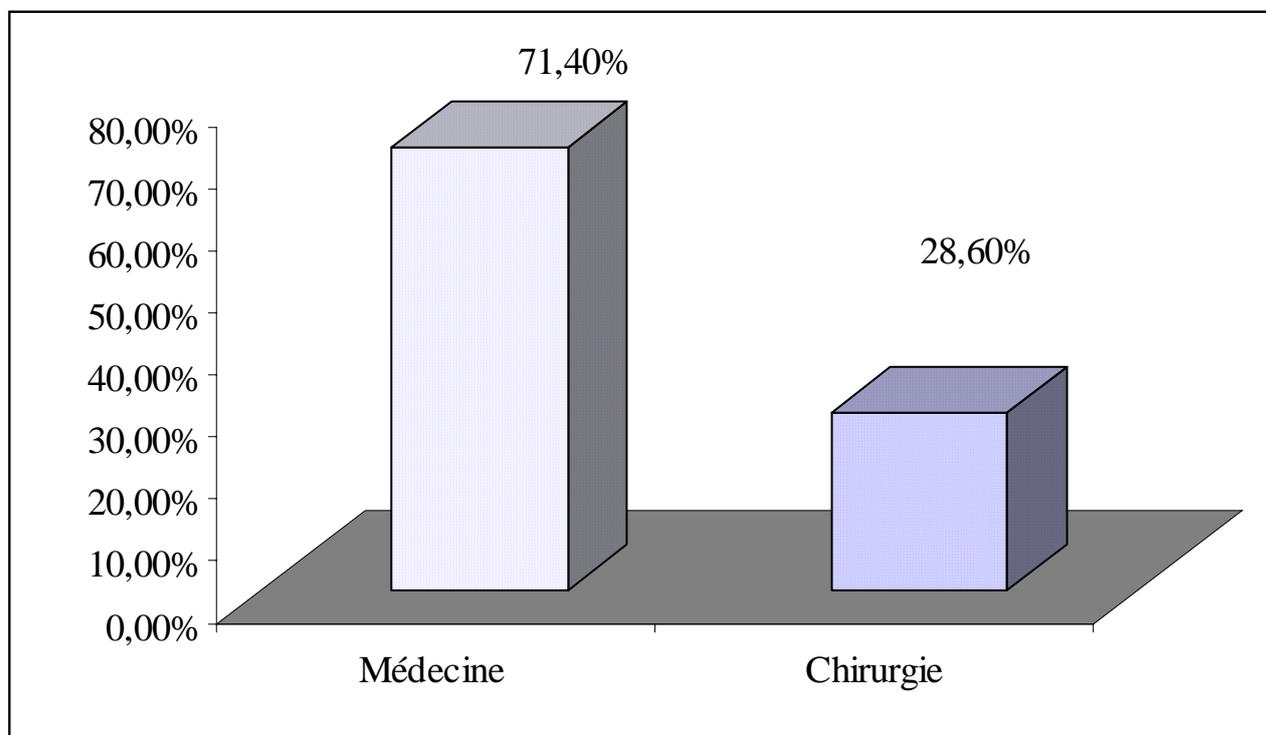


Figure 1 : Répartition des décès en fonction des services.

Le service de médecine a enregistré la plus grande fréquence de décès avec 71,42% contre 28,60 en chirurgie.

IV. Commentaires & Discussion

4. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

L'étude rétrospective de la morbidité et de la mortalité courant janvier à décembre 2005 dans le centre de santé de référence de Bougouni nous a permis de colliger mille soixante douze patients dans les dossiers et registres dont dispose chaque service.

4.1. Morbidité:

4.1.1. Sexe:

Sur les mille soixante douze patients hospitalisés au centre de santé de référence le sexe féminin a représenté 50,8% contre 49,2% pour le sexe masculin (pages 17 tableau I).

Le sexe- ratio a été de 1,03 F/H.

Cette prédominance fut retrouvée par Sympara [34] en 2006 au Csref de Macina, sur l'évaluation des activités des services de médecine avec un taux de 51,71% le ratio était de 1,07 F/H. Et Baldé en 1997 à l'ASCOBABA sur l'étude épidémiologique du CScom avec un taux de 57,26% [35].Egalement Soumana M en 2005 au CScom de Baco Djicoroni avec un taux de 54,1% sur l'étude analytique des activités du CScom de Baco Djicoroni [36].

En 2002, au Mali (point G), Diarra et Ly ont trouvé respectivement un ratio de 1,36 et 1,78 H/F [3-4].

Cette prédominance féminine, à l'inverse de Ly et Diarra, pourrait s'expliquer par le fait que la césarienne est prise en charge par le service de chirurgie et que dans ces deux centres hospitaliers où se sont déroulées les études précédentes, elle est prise en charge par le service de gynéco-obstétrique, qui n'était pas retenu dans l'échantillon.

Le sexe masculin était le plus touché par les maladies de l'appareil digestif et urogénital et le sexe féminin était plutôt affecté par les maladies de la classe des grossesses, accouchements et puerpéralités. EN 2006 Sympara avait eu une proportion de 23,24 pour les maladies infectieuses et parasitaires et 5,07 pour les maladies de l'appareil circulatoire chez les femmes .chez les hommes c'était les mêmes pathologies qui prédominaient mais avec respectivement 22,20% et 4,73%. En 1998, en Tunisie, une étude faite sur la morbidité hospitalière dans un district urbain avait trouvé que, l'appareil respiratoire constituait la première cause d'hospitalisation pour les deux sexes, et les maladies endocriniennes et circulatoires étaient plus fréquentes chez les femmes, alors que celle de l'appareil digestif et les traumatismes étaient plus fréquentes chez les hommes [2].

4.1.2. Age:

La tranche d'âge la plus représentée dans notre étude se situait entre 15 et 59 ans soit 57,1% suivie de 0 à 4 ans soit 18,8% et de 60 ans et plus soit 14,7% (pages 17 Tableau II). La médiane était de 26 avec un minimum de (0) et un maximum de 104 ans. En 2006 Sympara a obtenu le maximum de fréquentation dans la tranche 25-49 ans [34]. En 2002, Ly [4] et Diarra [3] avaient trouvé le maximum de fréquentation dans la tranche d'âge de plus de 60 ans avec une moyenne d'âge respectivement de $40,14 \pm 36$ et de 41,5 ans. Dans une étude réalisée en 1985 sur la morbidité et la mortalité cardiovasculaire à l'hôpital du point G, Sanogo [13] avait trouvé le maximum de fréquentation dans la tranche d'âges de 25 à 34 ans soit 23,5% et une moyenne d'âge de 34,1 ans et à cette époque les maladies infectieuses et parasitaires

occupaient la première place. Cela pourrait s'expliquer par le fait que cette tranche d'âge était la plus fréquente dans notre série.

En Tunisie [2] le taux d'hospitalisation le plus élevé concernait la population de plus de 65 ans, comme chez Ly et chez Diarra l'âge le plus représenté se situe au delà de soixante ans [3,4]. Ceux-ci pourraient s'expliquer par le fait que dans ces études c'est les maladies de l'appareil cardiovasculaire et les maladies chroniques qui étaient dominantes. Ces maladies surviennent en général chez les personnes âgées.

En France l'âge moyen des patients était de 63 ans [25].

Sy [31] a trouvé en 2002 au CHU Gabriel Touré dans le service de pédiatrie que 69,9 % des enfants avaient un âge situé entre 0 et 5 ans.

4.2.3. Profession:

Les ménagères et les cultivateurs étaient les plus représentées avec respectivement 35,9 % et 21,5% (pages 17 Tableau II). Diarra [3] et Ly [4] en 2001 et en 2002 avaient remarqué que les ménagères représentaient respectivement 5,6 % et 16,4 %. Cette prédominance fut également remarquée par Coulibaly [6] avec 32 % et Koumare avec 48,2 % [5] respectivement en 1995 et en 1999 au Mali.

La fréquence élevée des ménagères pourrait s'expliquer par le manque d'alphabétisation, la pauvreté de cette couche sociale et aussi par le bas niveau socio-économique des populations de nos cercles. Cette situation peut être due au fait que la plupart des femmes césariées sont des ménagères qui sont les couches socioprofessionnelles les plus dominantes dans la population globale.

4.1.4. L'ethnie:

L'ethnie Bambara a constitué l'essentiel de notre population avec 70 % (pages 17 tableau II). Koumaré [5] en 1999 et Sissoko [7] en 2001 avaient fait tous les deux, les mêmes constats avec respectivement 41,2 %, 36,8 %. Cette prédominance pourrait s'expliquer par le fait que l'ethnie bambara est majoritaire à Bougouni.

4.1.5. Niveau d'instruction:

Ce sont les non scolarisés qui étaient les plus représentés avec 93,9 % (pages 17 Tableau II). Nous pensons que cela est dû au fait que la majorité de nos malades venaient du milieu rural où le taux de scolarisation demeure encore faible.

4.1.6. Mode d'admission:

Du fait de l'existence du système de référence - évacuation dans les centres de santé de référence, nous avons constaté que sur 1072 malades 30,4% (pages 18 Tableau III) ont été évacués par les ambulances du centre de santé de référence (CSRef) et plus de la moitié des malades ont été référés.

4.1.7. Structures ayant référé ou évacué:

Les centres de santé communautaires (CSCoM) ont fait le maximum de références soit 92,3% (pages 19 Tableau IV). Cela pourrait s'expliquer par l'amélioration du taux de couverture en CscM, l'organisation du système de référence – évacuation avec séparation des deux niveaux de soins. Ainsi la plupart des malades font recours d'abord au CscM avant le CSRef.

4.1.8. Evolution:

Sur les 1072 malades hospitalisés 90,2 % sont retournés à leur domicile contre 9,8 % de décès. Ly et Diarra ont trouvé respectivement 20,32% et 3,16% [3 –4].

4.1.9. Durée moyenne de séjour:

La durée moyenne de séjour a été de $6 \pm 0,77$ jours avec des extrêmes allant de 1 à 45 jours (pages19 Tableau V). Diarra dans les services de chirurgie digestive avait trouvé en 2001 une durée moyenne de séjour de 15,6 jours avec des extrêmes allant de 1 à 82 jours [4], et LY (4) dans les services de médecine interne en 2001 avait trouvé une durée moyenne de séjour de 15,9 jours. En 2004 au point G la durée moyenne de séjour était de 10,6 jours, [14]. A Kayes la durée moyenne de séjour était à 3,8 jours et à Mopti la durée moyenne de séjour était à 4,3 jours [1- 4]. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que les hôpitaux de troisième référence ne reçoivent le plus souvent que des malades ayant besoins de beaucoup de jours d'hospitalisation.

4.1.10. Taux d'occupation des lits:

Le taux d'occupation des deux services est de 49,5%, Ly en 2002 avait eu un taux d'occupation supérieur à 60% [4]. Au point G le taux d'occupation des lits était à 48% et à l'HGT le taux d'occupation des lits était à 56% , au même moment dans les hôpitaux de deuxième référence à Kayes le taux d'occupation à 32% et à Mopti le taux d'occupation des lits était à 32% [14]. Nous pouvons dire que cela est du au fait que les hôpitaux de deuxième et troisième niveau ne reçoivent en majorité que les cas de référence, l'essentiel étant géré dans les

structures inférieures ; et aussi pourrait s'expliquer par la faible capacité en lit des CSRef .

D'où le taux d'occupation nettement inférieur à celui du CSRef

4.1.11. CIM10 et Morbidité:

De janvier à décembre 2005 dans les services de chirurgie et de médecine du centre de santé de référence de Bougouni, les principaux groupes d'affections rencontrées ont été : Les maladies infectieuses et parasitaires avec 38,2% occupant ainsi la première place, suivies des pathologies de la classe des grossesses et accouchements 19,8% et des maladies du système osteo-articulaire 11% (pages 21 tableau VII).

En 2006 à Macina Sympara [34] avait trouvé que les maladies infectieuses et parasitaires venaient avec 45,45% en première position, les maladies de l'appareil digestif avec 9,8% suivies des maladies de l'appareil circulatoire avec 9,5%.

En 2002 au point G Ly avait trouvé sur 3567 malades diagnostiqués que les maladies de l'appareil circulatoire étaient les plus fréquentes avec 26,1% suivies des maladies infectieuses et parasitaires avec 17,7% et les maladies de l'appareil respiratoire avec 9,9%. En 2002 dans les services de chirurgie, Diarra. S avait aussi démontré que les principaux groupes rencontrés étaient les maladies de l'appareil génito-urinaire avec 44,9% suivis des maladies de l'appareil digestif 15,6% et puis la classe des tumeurs 8,5% [3-4].

En 1972 à Dakar au Sénégal au centre hospitalier universitaire, dans les services de médecine interne, Sankalé et al [8] avaient trouvé que les maladies infectieuses et parasitaires venaient en dernière position avec 16,34% après les affections hépatiques 22,55%, les affections digestives

21,57%, les affections hématologiques 19,34% et cardiovasculaire 18,13%.

En 1973 toujours à Dakar au Sénégal Erneville [9] avait retrouvé les mêmes groupes d'affections ; mais les maladies digestives venaient au premier rang.

En 1974 à Abidjan en côte d'Ivoire, dans les services de médecine interne, Guehi [10] avait observé au premier rang les pathologies cardiovasculaires avec 21,28% ; après venaient les pathologies hépatiques avec 16,4% ; ensuite les maladies infectieuses et parasitaires 15,66% et puis les maladies digestives 2,72%.

En 1983 à Cotonou au Bénin Hountondji [11] retrouvait comme principales maladies les affections infectieuses et parasitaires avec 27,4%, les pathologies cardiovasculaires avec 18,55%, les pathologies digestives avec 14,6%, respiratoires avec 11,97% et celle du système nerveux avec 11,11%.

En Tunisie Abdallah Bchir et al [2] avaient trouvé en 1998 que les maladies de l'appareil digestif et respiratoire étaient au premier plan avec 28,1% des hospitalisations.

En France, A. LECLERC et al. [12] signalaient que les maladies cardiovasculaires étaient au premier plan suivies des sénilités, symptômes et états morbides mal définis, les maladies digestives, respiratoires, et les tumeurs. A l'opposé selon ces mêmes auteurs, les maladies infectieuses et parasitaires étaient rares soit 1,2 à 1,5%. Ce qui est bien compréhensible, compte tenu des conditions climatiques de ces deux pays. En effet nous avons constaté que dans la sous région et ailleurs en France, les différentes études réalisées ont fait ressortir, les mêmes groupes d'affection à savoir les maladies de l'appareil cardiovasculaire, les maladies respiratoires, les maladies digestives et

que les maladies infectieuses et parasitaires étaient toujours rares (1,2-1,5%). Cela pourrait s'expliquer par le niveau sanitaire relativement élevé de ces populations et de la place qu'occupent ces centres hospitaliers ; étant donné que ce sont des structures de troisième niveau, et que les maladies infectieuses et parasitaires sont d'abord gérées par les structures de premier et deuxième niveau de soins. Et la prédominance des maladies infectieuses et parasitaires dans nos contrées pourrait s'expliquer par l'effet du climat tropical qui est favorable à la propagation des pathologies infectieuses et parasitaires.

4.2. Mortalité:

4.2.1 Sexe:

Sur les 105 décès enregistrés, nous avons noté 56 cas soit (53%) chez les hommes contre 49 cas soit (47 %) pour les femmes ; sur un total de 545 femmes contre 527 hommes (pages 24 tableau X). Sympara en 2006 a eu 53,85 % de décès chez les femmes contre 46,15% chez les hommes [34] cette différence avec Sympara pourraient s'expliquer par le mode de recrutement. Diarra et Ly avaient eu respectivement un sexe ratio H/F de 2,9 et 1,96 [3-4]. En 1992 des études réalisées chez des malades mentaux dans un hôpital psychiatrique en France ont montré que la mortalité est plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Cette prédominance masculine chez des malades mentaux a été retrouvée par plusieurs auteurs [16-24].

4.2.2. Ethnie:

Les décès étaient plus fréquents dans l'ethnie Bambara avec 83 décès soit 79,04 %. Cela pourrait s'expliquer par le fait que l'ethnie Bambara était la plus représentée dans notre cadre d'étude.

4.2.3. Age:

Les malades de 15 -59 ans ont connu le plus grand nombre de décès, 55,23 %. Sympara avait eu le maximum de décès dans la tranche d'âge de 25-49 ans

Ly avait trouvé le maximum de décès chez les malades de plus de 60 ans avec 246 soit 33,42 % [4]. Diarra aussi avait enregistré le plus de décès chez les personnes ayant 60 ans et plus [3]. Proye et al [32] dans leur étude en France en 1990 ont trouvé une moyenne d'âge des patients de décès estimée à 63,7 %. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que cette classe était la plus fréquente dans notre série (tableau XII pages 25).

4.2.4 Profession:

Les ménagères et les cultivateurs étaient les plus touchés avec respectivement 33,3 % et 24,76 %. Nos résultats sont similaires avec ceux de Sanogo [13] et Ly [3] en 1985 et 2001. Cela pourrait s'expliquer par le fait que ces couches socioprofessionnelles viennent en tête dans l'échantillon étudié (tableau XIII pages 25).

4.2.5. Service:

Le service de médecine avait enregistré le plus grand nombre de décès avec 71,4 %. Cela pourrait s'expliquer par la fréquence des accès perniciose palustres pendant la période hivernale (figure 1 pages 28).

4.2.6. Durée de séjour:

Le maximum de décès a été enregistré chez les malades n'ayant pas dépassé 5 jours d'hospitalisation avec 82,85 %. Cela fait apparaître que le risque de décès était élevé pendant les premiers jours

d'hospitalisation. Cette situation s 'explique par le recours tardif aux soins, ou les malades arrivent dans un mauvais état général (tableau XIV pages 26) .

4.2.7 CIM 10:

Les maladies infectieuses et parasitaires venaient en tête avec 38,09 %, suivies des maladies de l'appareil digestif 20,09 % et des maladies de l'appareil circulatoire 9,52 %(tableau XV pages 27). Diarra avait eu comme principales causes de mortalité : Les maladies de l'appareil génito-urinaire, suivies de la classe des tumeurs et des maladies de l'appareil digestif. Ly avait trouvé que les maladies de l'appareil circulatoire venaient en tête avec 24,32% suivies par les maladies infectieuses et parasitaires avec 19,56% puis les maladies respiratoires avec 13,85%.

Dans une étude réalisée par l'OMS en 1990 [33], les mêmes groupes d'affections avaient été retrouvés en tête dans les pays en développement.

En effet, la mortalité cardiovasculaire était estimée à 16% après les affections respiratoires y compris la tuberculose et les maladies infectieuses et parasitaires avec 18%.

En 1985, les principales causes de décès dans les services de médecine de l'hôpital du Point G étaient représentées par les maladies infectieuses et parasitaires 25,3%, respiratoires 17,6%, cardiovasculaire 16% et les maladies du tube digestif 16%.

Chukwemka et coll. [26] attribuaient 23,80% des décès à des causes cardiovasculaires dans une population de la banlieue d'Accra en 1982.

Pour Monnerot [27], la première cause de décès dans le monde était représentée par les maladies infectieuses et parasitaires, ensuite venait

le groupe « pneumonie-grippe » et puis après les affections cardiovasculaires en 1967.

En côte d'Ivoire en 1960 Bertrand et al [28] ont obtenu les taux de mortalité les plus élevés pour les maladies infectieuses et parasitaires avec 21,28%, les maladies du foie avec 21,28%, les affections rénales avec 15,83%, les affections cardiovasculaires avec 15,61% et les affections malignes avec 4,54%.

Au Nigeria, ADETUYIBI et al [29] découvraient comme principales causes de décès les maladies cardiovasculaires, les maladies infectieuses, les maladies hépatiques et les maladies du système nerveux.

En France, pour les 20-70 ans la première cause de mortalité était représentée par les tumeurs en 1982 dans la population générale [30].

Ainsi les études réalisées en Afrique font ressortir, les mêmes groupes d'affections à savoir : les maladies infectieuses et parasitaires, les maladies de l'appareil cardiovasculaires, les maladies de l'appareil respiratoire et les maladies du tube digestif. L'importance de la mortalité liée à tel groupe par rapport à tel autre, pourrait s'expliquer par le mode de recrutement, la méthodologie utilisée, les conditions climatiques et aussi le niveau de vie socio-économique du lieu de recrutement.

CONCLUSION

Conclusion :

Au terme de ce travail, nous avons enregistré 1072 hospitalisations dont 105 décès.

Dans notre série le sexe féminin était le plus touché avec 50,8%, le sexe ratio était de 1,03 en faveur des femmes.

La tranche d'âge de (15-59 ans) ont représenté 57,1%, la médiane était de 26 avec un minimum de (0) et un maximum de 104.

L'ethnie Bambara était la plus représentée avec 70%.

Les ménagères avec 35,9%, les enfants avec 28,17%, les cultivateurs avec 21,5% étaient les plus fréquents.

Les patients venant de plus de 30 km étaient les plus nombreux 44,2%, 63,9% étaient référés.

Les pathologies étaient dominées par les maladies infectieuses et parasitaires 38,2%, la classe de grossesses et puérpéralites 19,8% suivies les maladies du système osteo articulaire 11%.

La durée moyenne de séjour était de $6 \pm 0,77$ jours avec des extrêmes allant de 1 à 45 jours, en médecine aussi bien qu'en chirurgie. Le taux d'occupation des lits était de 55 % en médecine et 44 % en chirurgie. Le taux global d'hospitalisation était de 49,5 %. Les maladies infectieuses et parasitaires avec 38,9%, les maladies de l'appareil digestif avec 20,9% et les maladies de l'appareil circulatoire avec 9,52 % étaient les principales causes de décès. Le taux global de décès était de 9,7%. Le service de médecine a enregistré le plus de décès avec 71,42% contre 28,60% en chirurgie.

Ce travail a été réalisé dans le souci de contribuer à l'amélioration des qualités de soins et de servir de base aux études ultérieures.

RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATIONS:

Après l'analyse et l'établissement des résultats, nous formulons les recommandations suivantes :

Aux chefs d'unités et le personnel :

Il serait souhaitable de veiller à la bonne tenue, dans l'intérêt de tous, des registres d'hospitalisation en fournissant le maximum de renseignement sur les malades hospitalisés (nom, prénom, sexe, âge, ethnie, profession, résidence, durée de séjour, date d'entrée et de sortie, diagnostic d'entrée et de sortie, mode d'admission n° d'enregistrement). Cela pourrait faciliter considérablement les recherches et les études ultérieures.

Au chef de Service :

1. Former les majors sur la tenue des registres d'hospitalisation ;
2. Surveiller la tenue des registres et dossiers d'hospitalisation des différents services ;
3. Informatiser le système d'information hospitalier ;
4. Doter en matériel les services de médecine et de chirurgie, afin de mieux remplir leur mission d'hospitalisation ;
5. Mettre en œuvre un plan de communication pour la sensibilisation de la population.

Aux autorités

Mettre à la disposition des centres de santé de référence un logiciel de gestion des archives, facilitant les différents travaux de recherche.

REFERENCES BIBLIOGRPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- : [http : //www.un.org/esa/population/adult_mort/complete.pdf](http://www.un.org/esa/population/adult_mort/complete.pdf)
- OMS. Statistique Sanitaire Mondiale: Methods for estimating 2005 adult mortality. United nation population division, july2002 (esa/p/wp.175)
- 2- Abdallah, B; Mondher, L; Kamel, Ben S; Hassan, E; and Mohamed, S. La morbidité hospitalière dans un district urbain de Tunisie 1998, vol 4, issue n°1, 95-100 p.
- 3- Diarra, K S. Morbidité et Mortalité dans les services de chirurgie générale. Thèse Méd, Bko, 2001 ; n° 132.54p
- 4- Ly, B A. Morbidité et Mortalité des services de médecine, de soins intensifs et de santé mentale. Thèse Méd, Bko, 2001 ; n°108.70p
- 5- Koumaré, S. les urgences chirurgicales à L' H.N.P.G. Thèse Méd, Bko, 1999 ; n°86.36p
- 6- Coulibaly, F. Etudes quantitatives des causes de mortalité maternelle à Bko. Thèse Méd., Bko, 1995 ; n°40.195p
- 7- Sissoko, M. Approche épidémiologique de la mortalité maternelle (Bamako 1975-1979). Thèse Méd, Bko, 1980 ; n°190.132p
- 8- Sankale, M. et coll. Mortalité dans un service de médecine interne, Bull. sec. Méd. Afr. Nre, lang.Fr, 1971 ; 16p : 609-15.

9- Erneville, H. Les défaillances cardiaques chez le noir africain en milieu hospitalier à Dakar, à propos de 1133 cas. Thèse Méd , Dakar, 1973 ; **25**.105p.

10- Guehi, A. Morbidité et mortalité d'un service de médecine du C.H.U d'Abidjan. Thèse Med, Abidjan, 1974; 95p.

11- Hountondji, C.J.A. Morbidité et mortalité dans le service de médecine interne du C.H.U. de Cotonou. Thèse de Méd , Cotonou, 1983 ; n°150. 97p.

12- Leclerc, A. et al. Morbidité - mortalité et classe sociale

Revue bibliographique portant sur divers aspects de la pathologie, et discussion, Rev. Epidem. sté publ, 1979 ; **4** : 331-58.

13- Sanogo, T. Morbidité et mortalité cardiovasculaire hospitalière observée à l'hôpital du point G. Thèse Med, Bko, 1985 ; n°17.121p.

14- Cellule de planification et de statistique du Mali. Annuaire statistique des Hôpitaux, 2004.16p.

15- Gausset, M. F ; Casadebaig, F ; Guillaud-bataille, J. M ; Quenmada, N ; Terra, J. L.

Mortalité des malades mentaux. Revue de littérature. L'encéphale, 1992 ; **18** : 107-14.

16- Black, D. W. Warrack, G. Winokur, G. Excès de mortalité chez les malades psychiatriques. JAMA, 1985 , **10** : 403-5.

17- Craig, T. J. Lins, P. Mortality Among psychiatric in patients. Arch Gen Psychiatry, 1981, **38**: 935-8.

18- Martin, R. L; Cloninger, C. R; Guze, S. B; Clayton, P. J.
Mortality in a follow-up of 500 psychiatric out patients. I : total mortality
Arch Gen psychiatric, 1985, **42**: 47-54.

19- Martin, R.L; Cloninger, C.; Guze, S. B; Clayon, P. J.
Mortality in a follow-up of 500 psychiatric out patient. I I: cause specific
mortality. Arch Gen psychiatric, 1985, **42**: 58-66.

20- Rorsman, B. Mortality among psychiatric.
Acta Psychiatric scand, 1974; **50**: 354-75.

21-Sims, A. mortality in neurosis. Lancet, 1973, **1**: 1072-5.

22- Sims, A. Prior, P.
The pattern of mortality in Svere neuroses, B. J. Psychiatry, 1978, **133**:
299-305p.

23- Wood, J. B; Evenson, R. C; Cho, D. W; Magan, B. J.
Mortality variations among public mental health patients. Acta psychiatry
scand, 1985, **72**: 218-29.

24- Babigian, H. M, Odoroff, C. L.

The mortality experience of a population psychiatric illnem, Am, J psychiatric, 1969; **126**: 470-80.

25- Annales de chirurgie: (Paris) anna-chirurgie, 2002 ; vol **127** ; n°2 95-100 6p.

26- Chukwuemeka, A. C; Pobee, J. O. M; Larbi, E; Kpodonu, J; Ikeme, A. C; Cole,D; Williams, H; Chuwa,M. E. Are cardiovascular diseases important causes of mortality in Africa? Results of a who/ UGMS cardiovascular disease follow-up study over a five-year period in suburb of Accra, Tropical cardiology, 1982; **8**: 105-10p.

27- Monnerot, D.

Les dix principales causes de décès dans le monde: différence entre pays neufs et pays prospères. Presse Méd, 1967, **75** : 1349p.

28- Bertrand, E .D. et al.

Epidémiologie de l'hypertension en Côte d'Ivoire. Afr Med, 1974, **13**: 999p.

29- Adetuyibi, A. et al.

« Analysis of the causes of death on the médical wards of the university college Hôpital, Ibadan, over a 14 years period (1960-1973)»

Nig, Méd. J. **8**, 28p, 1978.

30- Casadebaig, F ; Quemada, N ; Gausset, M. F. et al.

Surmortalité des malades mentaux en soins. Réflexions méthodologiques. L'encéphale, 1992 ; **18** : 101-5.

31- Sy ; O.

Morbidité et mortalité dans le service de pédiatrie du CHU de l'HGT. These Méd, Bko, 2003 ; 50p.

32- Proye, C. Et al.

Mortalité d'un service de chirurgie de CHU. Etude sur l'année 1990. Service de chirurgie (Paris) ; 1991.

33- OMS. Serie de rapports techniques n°792, 1990 ; (prévention dès le jeune âge des maladies cardiovasculaires de l'adulte : il est temps d'agir. Rapport d'un comité d'expert de l'OMS).

34- Sympara A. Evaluation des activités des services de médecine au centre de santé de référence de Macina, Thèse de Méd, Bko, 2006 ; 66p.

35- Baldé B : Etude épidémiologiques du CScom de l'ASACOBABA (Association de santé Communautaire de Banangabougo –Faladie, Commune VI). Thèse de Méd, BKO, 1997 ; N°15.

36- soumana M : Etude analytiques des activités du CSCom de Baco Djicoroni. Thèse de Méd, BKO, 2005 ; N°77).

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

FICHE D'ENQUETE N°.....

I. Identité du malade :

Service d'hospitalisation: Médecine /___/ Chirurgie /___/

Nom : /___/ **Prénom :** /___/

Age : **Sexe :** Masculin/___/ Féminin /___/

Résidence : Bougouni ville /___/ Moins de 30km /___/ Plus de 30km /___/

Ethnie : Bambara /___/ Peulh /___/ Sénoufo /___/ Mianka /___/
Bobo /___/ Bozo /___/ autres /___/

Profession: fonctionnaire /___/ Cultivateur /___/ ménagère /___/ étudiant/élève /___/ ouvriers/manœuvre /___/ Commerçant /___/ Peulh éleveur /___/ autres /___/

Niveau d'instruction: supérieur /___/ secondaire /___/ fondamental /___/ école coranique /___/ alphabétisé /___/ non scolarisé/___/

II. Mode d'admission

Date d'entrée :..... Heures d'entrée (si possible)

Référé /___/, Evacué /___/ auto référé /___/

Structure de référence : CSCOM /___/ Privée /___/ Parapublique /___/
maternité/dispensaire /___/, Agent ambulant /___/, Aucun /___/

Diagnostic d'entrée :

III. Prise en charge

Traitement administré au CSRef: antibiotiques /___/, antipaludiques /___/,
antalgiques /___/, anti inflammatoires /___/, antipyrétiques /___/, association
antibiotiques et antipaludiques /___/, association antibiotiques /____/, Perfusion de
soluté /____/, Autres à préciser /___/

.....
.....
.....

Examens para cliniques réalisés:

.....
.....

Conclusion des résultats des examens paracliniques :

.....
.....

IV. Evolution :

Guérison /___/ , Evacuation /___/ , Décès /___/

Coûts directs (en francs) /_____/

Date de sortie/d'évacuation/décès

Durée de séjour (en jours) /___/

Diagnostic de sortie

Numéro d'enregistrement /_____/

V. Autres commentaires :

.....
.....
.....
.....
.....

LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES CIM 10

N°	Classes
01	Maladies infectieuses et parasitaires
02	Tumeurs
03	Maladies du sang, organes hématopoïétiques et certains troubles immunitaires
04	Maladies endocriniennes, nutritionnelles, métaboliques
05	Troubles mentaux et du comportement
06	Maladies du système nerveux
07	Maladies de l'œil et de ses annexes
08	Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde
09	Maladies de l'appareil circulatoire
10	Maladies de l'appareil respiratoire
11	Maladies de l'appareil digestif
12	Maladies de la peau et du tissu cellulaires sous cutané
13	Maladies du système ostéo- articulaire des muscles et des tissus conjonctif
14	Maladies de l'appareil génito-urinaire
15	Grossesses, accouchements et puerperalité
16	Certaines affections dont l'origine se situent dans la période périnatale
17	Malformation congénitale et anomalies chromosomiques
18	Symptômes signes et résultats anormaux d'examen clinique et laboratoire non classés ailleurs
19	Lésions traumatiques intoxications empoisonnement
20	Causes externes de morbidité et mortalité

FICHE SIGNALITIQUE

NOM : SANOGO

PRENOM : Bassirou

TITRE : Profil de la morbidité et de la mortalité au centre de santé de référence de Bougouni.

Année : 2006

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de faculté de Médecine de Pharmacie et d'odonto-Stomatologie. (FMPOS)

Secteur d'intérêt : Médecine

Résumé :

L'étude a été réalisée au centre de santé de référence de Bougouni. Elle avait pour but d'évaluer les principales causes de morbidité et de mortalité.

Méthode : il s'agissait d'une étude d'observation de type transversal portant sur des données rétrospectives. L'étude s'est étendue sur une période d'un (1) an (1^{er} janvier à 31 décembre 2005).

La CIM10 a été utilisée pour la classification des pathologies rencontrées.

Les résultats nous avons observés ont été comparés à ceux d'autres études antérieures.

Résultats : au terme de cette étude il apparaît que les services de chirurgie et de médecine ont observés 1072 patients parmi lesquels nous avons déploré 105 décès. Dans notre série les femmes étaient plus touchées que les hommes avec un sexe ratio de 1,03 (F/H) et une prédominance chez l'adulte jeune de 15 à 59 ans avec 57,1%. Les maladies infectieuses et parasitaires et au premier plan avec 38,2% suivies des maladies de la classe de grossesses, accouchements et puèrperalités avec 19,8% et les maladies du systèmes osteo-articulaire avec 11%. Les principales causes de décès étaient les maladies infectieuses et parasitaires avec 38,09% les maladies de l'appareil digestif avec 20,9% et les maladies de l'appareil circulatoire avec 9,52%. La durée moyenne de séjour a été de $6 \pm 0,77$ jours avec des extrêmes allant de 1 à 45 jours.

Mots clés : morbidité et mortalité

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou 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 leurs pères.

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