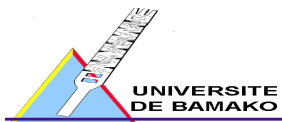


MINISTÈRE DE L' ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR ET DE LA  
RECHERCHE SCIENTIFIQUE



REPUBLIQUE DU MALI  
Un Peuple- Un But- Une Foi



FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2010-2011

N°...../

## TITRE

# Bilan des activités du centre de sante MUTEK de janvier 2005 à décembre 2009

## THESE

Présentée et soutenue publiquement le / / 2011 devant  
la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Par :

*Mme. DEMBÉLÉ Fatoumata S MAÏGA*

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

## JURY

Président : Pr. Abdoulaye Ag RHALY  
Membre : Dr. Boubacar H.KEBA  
Co-directeur : Dr. GUINDO Mariam TRAORE  
Directeur : Pr. Hamadoun SANGHO

## **DÉDICACES**

### **Je dédie ce travail**

#### **À l'Éternel DIEU :**

Au nom d'Allah, le tout Miséricordieux, le très Miséricordieux ; Seigneur des mondes, nous ne pourrons jamais finir de vous glorifier;

Louange et gloire à DIEU, qui m'a donné la santé et l'inspiration nécessaire pour mener à bien ce travail.

#### **À notre prophète Mohamed <<paix et salut sur lui>>.**

#### **À mon pays le MALI :**

Qui a consenti beaucoup pour mon instruction et fait de moi une de ses filles devant concourir à son développement. Je lui suis profondément reconnaissante et tâcherai de ne jamais le décevoir et d'être digne de lui.

#### **À mon père Sékou MAÏGA :**

Qui m'a toujours appris le sens de justice, d'engagement constant au travail bien fait, d'amour du prochain, ce travail est le couronnement de tes efforts.

Chef de famille irréprochable, tu as toujours œuvré sans relâche pour le succès de tes enfants, tu as fait de moi ce que je suis ; trouvez ici un témoignage de mon amour pour toi.

#### **À ma mère Adizatou KÉBA :**

Mère de famille exemplaire, dévouée pour la cause de ses enfants, je dois ma réussite à ta générosité, ton amour pour le prochain, ton courage, tes sacrifices.

Il manque toujours de mots justes pour qualifier une mère. Puisse ce travail te donne réconfort et fierté mais aussi le témoignage de mon grand amour.

#### **À mon Oncle Ibrahima MAÏGA :**

Tant d'années passées ensemble, soutien et disponibilité ne m'ont jamais fait défaut. Que ce travail m'offre l'occasion de vous réitérer mon affection et ma profonde gratitude, puisse ALLAH vous rendre heureux de façon éternelle.

**À mon oncle Docteur Boubacar Sidiki KÉBA :**

Merci. Votre humanisme, votre bonté, votre courage et votre sens élevé du travail bien fait ont permis la réalisation de ce travail. Ce travail est le votre, j'ai bénéficié de votre soutien aux moments les plus difficiles.

En témoignage de notre respect et notre gratitude pour tout ce que tu as fait pour moi ; puisse Allah vous accorder longévité et bonheur.

**À mon très cher Mari Docteur Bakary Mamby DEMBÉLÉ :**

Voici enfin venu le terme de ces dures épreuves, naturellement, ce travail est le tien, car tu as participé de près et de loin à son élaboration, tu as supporté tous mes caprices, ton amour, ton courage et ta sagesse ne m'ont jamais fait défaut.

Que le chemin de la vie soit pour nous parsemer d'amour, d'entente et de longévité.

**À ses amis :** Hasseye DICKO, Bakary DEMBÉLÉ, Bimba KAMISSOKO, Dimba KAMISSOKO, Dr Salif KAMISSOKO, Dr Issouf Keita, Dr Chaka KAMISSOKO, Dr Famougouri DIAKITÉ, Madi CISSOKO, Sékou DEMBÉLÉ, Mamoudou KAMISSOKO ....

**À mon fils Madou DEMBÉLÉ :** à qui je souhaite une très longue vie pleine de santé et de bonheur.

**À mes tantes: Assia MAÏGA, Adama KÉBA, Maya KÉBA, Ouma Madina MAÏGA**

Merci pour le soutien et l'affection que vous m'avez toujours apporté.

**À mes frères et sœurs :** Courage et persévérance pour le soutien éternel de nos liens de sang, ce travail est l'occasion pour moi de vous dire à quel point vous m'êtes chers, puisse ce travail vous inspirer et vous inciter toujours d'aller de l'avant.

**À mes oncles, tantes, cousins et cousines, nièces et neveux**

Je ne pourrai pas vous citer tous. Mais sachez que je serai toujours là pour vous.

**À ma belle famille**

Merci de votre soutien. Que Dieu vous gratifie.

**REMERCIEMENTS**

**À mes Tantes paternelles et maternelles.**

**À mes Oncles paternels et maternels.**

**À mes Cousines et cousins paternels et maternels.**

**À mes Amis:** Elisabet GUINDO, Nana GASSAMA, Hortence TRAORÉ, Klemence KAMATÉ, Youma SACKO, Ali TRAORÉ, Haouwa TOURÉ, Koura KONÉ, Denikourou MARIKO, Tagalli DIALLO, Mariam DOLO, Wayé KEÏTA, à travers ces lignes soyez rassurés de ma profonde gratitude.

**À tous mes camarades de promotion :** Brillante carrière.

**À tous les étudiants de la FMPOS :** Courage et dévouement.

**À mes cohabitants :** Makandian KAMISSOKO, Daniel DEMBÉLÉ, Nouhoum DEMBÉLÉ, Abdoulaye DIARRA, Abou DEMBÉLÉ, à travers ces lignes soyez rassurés de ma profonde gratitude.

**Au personnel de la bibliothèque :** pour votre gentillesse.

**Au Pr SANGHO Hamadoun:** Directeur Général du CREDOS, votre simplicité, vos conseils, vos immenses qualités humaines m'ont marqué à jamais.

**Au Dr GUINDO Mariam TRAORÉ du CREDOS,** merci pour votre soutien de tout genre, ce travail est aussi le votre, les mots me manquent pour exprimer votre soutien dans l'accomplissement de ce travail. Puisse Allah le tout puissant vous récompenser.

**Au Dr KEÏTA Assa SIDIBÉ :** Directrice Adjointe du CREDOS, votre culture scientifique, vos immenses qualités humaines imposent respect et admiration.

**Au Dr KEÏTA Aïssata TOURÉ :** Vos encouragements ont contribué à l'amélioration de ce travail.

**Au Dr KEÏTA Mamadou :** merci pour votre collaboration

**À mon beau frère Boubacar Yoro SIDIBE** : merci pour votre soutien

**Au Dr Bourama BELEM** : qui a contribué à l'amélioration de ce travail.

**À l'ensemble des chargés de cours** à la faculté de médecine, de pharmacie et d'Odonto-stomatologie (FMPOS) étendus au reste du personnel de la FMPOS merci.

**Au personnel:**

- du centre de santé MUTEC ;
- de la clinique Améri DOUMARÉ ;
- du CREDOS ;
- de l'ASACONIA ;
- du CSREF CV.

**À tous ceux qui m'ont aidé de près ou de loin**

Merci.

## **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

**À NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY:**

**PROFESSEUR ABDOULAYE AG RHALY**

- ✓ **Professeur honoraire d'endocrinologie à la Faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie,**
- ✓ **Professeur en médecine interne,**
- ✓ **Ancien directeur de l'INRSP,**
- ✓ **Responsable des cours d'endocrinologie, de sémiologie et des pathologies médicales à la Faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie,**
- ✓ **Secrétaire permanent du comité national d'éthique pour la santé et les sciences de la vie (CNESS),**
- ✓ **Chevalier de l'ordre international des palmes académiques du CAMES.**

Honorable maître,

Nous avons été touchés par votre accueil et par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre enseignement de qualité, votre rigueur scientifique et votre simplicité font de vous un maître admiré de tous,

Veillez recevoir cher maître, l'expression de notre profond respect.

**À NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY:**

**DOCTEUR BOUBACAR SIDIKI KEBA**

- ✓ **Ancien trésorier général de l'ordre national des médecins du Mali,**
- ✓ **Médecin conseil de l'union technique de la mutualité malienne (UTM),**
- ✓ **Médecin chef, Directeur du centre de santé de la MUTEK.**

Cher maître

Nous sommes honorés de vous compter dans ce jury et de pouvoir bénéficier de votre apport pour l'amélioration de la qualité de ce travail. Votre rigueur, votre immense gentillesse font de vous un maître admirable.

Trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude.

**À NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTRICE DE THESE:**

**DOCTEUR GUINDO MARIAM TRAORE**

- ✓ **Médecin pédiatre,**
- ✓ **Médecin en santé publique,**
- ✓ **Attachée de recherche au CREDOS.**

Cher maître

C'était un plaisir pour nous d'avoir eu des moments d'entretien, de partage avec vous pour ce travail.

Vous êtes restés disponibles, les bras ouverts pour nous et cela malgré vos multiples occupations.

Femme modeste, très simple, aimant le travail ordonné, trouvez ici cher maître nos sincères remerciements.



**À NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE:**

**PROFESSEUR HAMADOUN SANGHO**

- ✓ **Directeur général du centre de recherche d'étude et de documentation pour la survie de l'enfant (CREDOS),**
- ✓ **Maître de conférences en santé publique de l'université de Bamako,**
- ✓ **Premier secrétaire général de l'association des jeunes musulmans du Mali (AMJM).**

Honorable Maître,

Vous nous faite l'honneur en acceptant de nous confier ce travail et de le diriger.

Votre calme, votre rigueur dans le travail, votre disponibilité constante, votre amour du travail bien fait, votre humanisme font de vous un maître sûr et respecté,

Nous sommes fiers d'être parmi vos élèves.

Veillez trouver ici l'assurance de notre sincère gratitude et de notre profond respect.

## **LISTE DES SIGLES, ACCRONYMES ET ABRÉVIATIONS**

AMV : Assurance Maladie Volontaire

AN-RM : Assemblée Nationale de la République du Mali

ASACO : Association de Santé Communautaire

ASACONIA : Association de Santé Communautaire de Niamakoro

BCEAO : Banque Centrale des Etats de l'Afrique de l'Ouest

BW : Bordet-Wassermann (Test de dépistage de la syphilis)

C.A.N : Conseil d'Administration National

CHU-GT : Hôpital Gabriel Touré

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

EFF : Effectif

EDS : Enquête Démographique et de Santé

ENMP : Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie.

FMPOS : Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie

HTA : Hypertension artérielle

HPG : Hôpital du Point G

IRA : Infections Respiratoires Aigues

INRSP : l'Institut National de Recherche en Santé Publique

IST : Infection Sexuellement Transmissible

MUTEK : Mutuelle des Travailleurs de l'Education et de la Culture

MME : Mutuelle des Maliens de l'Extérieur

MGEN : Mutuelle Générale de l'Education Nationale

MED : Médecine

NFS VS : Numération de la Formule sanguine et vitesse de sédimentation

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

ORTM : Office Radio Télévision Malienne

Bilan des activités du centre de santé MUTEK

PRODESS : Programme de Développement Sanitaire et Social

PDDSS : un Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social

RTA : Rapport d'Activité Trimestriel

SNEC : Syndicat National de l'Education et de la Culture

Selle P.O.K : Examen bactériologique permettant de mettre en évidence, le

Parasite, l'Oeuf, et Kyste

UTM : Union Technique Mutualiste

## **LISTE DES ANNEXES**

Annexe 1.....	FICHE DE DÉPOUILLEMENT
Annexe2.....	FICHE SIGNALÉTIQUE
Annexe 3.....	RÉSUMÉ
Annexe 4.....	SERMENT D'HIPPOCRATE

## SOMMAIRE

<b>SOMMAIRE.....</b>	<b>13</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>16</b>
<b>I-OBJECTIFS.....</b>	<b>18</b>
1.1 Objectif général :.....	18
1.2 Objectifs spécifiques ; .....	18
<b>II- GÉNÉRALITÉS .....</b>	<b>19</b>
2.1. Le centre de santé MUTECH.....	19
2.1.1 Historique.....	19
2.1.1.1 Présentation de la MUTECH.....	19
2.1.1.2. La formulation du projet.....	19
2.1.2. Les conditions de création du centre de santé MUTECH.....	21
2.4. Situation sanitaire actuelle du Mali : .....	33
2.5. Définitions opératoires.....	35
<b>III- MÉTHODOLOGIE.....</b>	<b>36</b>
3.1. Cadre de l'étude.....	36
3.2. Type et Période d'étude : .....	40
3.3. Population d'étude : .....	40
3.4. Critères d'inclusion : .....	40
3.5. Critère de non inclusion : .....	40
3.6. Sources d'informations .....	40
3.7. Échantillonnage .....	40
3.10. Traitement et analyse des données .....	41
3.12. Considération d'éthique :.....	41
<i>Les résultats seront diffusés par écrit aux autorités administratives de la MUTECH.....</i>	<i>42</i>
<b>IV- RÉSULTATS.....</b>	<b>42</b>
Tableau I : Répartition des consultants du centre de santé MUTECH selon l'année..	42
<b>4.1. Caractéristiques sociodémographiques des patients ayant fréquenté le centre de santé MUTECH de 2005 à 2009.....</b>	<b>43</b>
Les sex-ratios sont respectivement de 1 ; 1 ; 0,9 ; 1 ; 0,8 en faveur des femmes.....	44
Tableau IV: Répartition des patients ayant fréquenté la MUTECH.....	44
Tableau V : Répartition des patients selon leur ethnie.....	45
Tableau VI : Répartition des patients selon leur résidence.....	46
Tableau VII : Répartition des patients selon leur statut.....	46
<b>4.2 Activités curatives du centre de santé MUTECH de 2005 à 2009 .....</b>	<b>46</b>

La Goutte épaisse a été l'examen biologique le plus demandé en 2005 (31,7%) et 2009 (29,4%) par contre le test de Widal et Félix était majoritaire en 2006 (31,1%) et 2008 (19,7).....	48
L'échographie a été la plus demandée en 2005 (51,7%), 2006 (40,3%),.....	48
2008 (32,1) et 2009 (29,4%) tandis que la Radiographie occupait la première place en 2007 (29,4%).....	48
Les cas du paludisme prédominaient dans le sexe féminin de 2005 à 2009 avec respectivement 51% ; 51,5%; 54,4% ; 60,2% ; 66%. .....	50
Les IRA ont été plus fréquentes dans le sexe féminin en 2006 (52,3%), 2007 (55,9%), 2008 (62,2%), et 2009 (59,9%) par contre le sexe masculin dominait en 2005 (52,6%). .....	50
Le paludisme a été plus rencontré chez les enfants âgés de 0 à 4 ans de 2005 à 2009 avec respectivement 37,1% ; 32,5%; 38,4% ; 38,5% ; 33,3%. .....	51
Les cas des IRA ont été fréquents dans la tranche d'âge de 0 - 4 ans avec en 2005 (31,5%) ; 2006 (31,1%) ,2008 (30,9%) et 2009 (30,2%) par contre en 2007 (35,9%) la tranche d'âge de 5 à 9 ans dominait.....	52
Tableau XVIII : Répartition des patients selon qu'ils soient référés ou non dans d'autres structures* de référence par année.....	53
<b>4.3 Activités préventives et promotionnelle du centre de santé MUTEK de 2005 à 2009.....</b>	<b>54</b>
Tableau XIX : Répartition du nombre de CPN1et CPN3 selon l'année .....	54
Tableau XX : Répartition du nombre de VAT1 et VAT2 selon l'année .....	55
Tableau XXI : Répartition des accouchements selon l'année .....	55
Tableau XXII : Répartition des consultations post natales en fonction de l'année....	56
Tableau XXIII : Répartition des enfants ayant bénéficié du vaccin contre la poliomyélite (polio-0) en fonction de l'année.....	56
Tableau XXIV : Répartition des enfants ayant bénéficié du vaccinés contre la poliomyélite (polio3) en fonction de l'année .....	56
Tableau XXV : Répartition des enfants ayant bénéficié du penta 1 en fonction de l'année .....	57
Tableau XXVI : Répartition des enfants ayant bénéficié du penta 3 en fonction de l'année.....	57
Tableau XXVII : Répartition du nombre d'enfants complètement vaccinés en fonction de l'année .....	58
Tableau XXVIII: Répartition du nombre d'enfants sains ayant bénéficié des activités* de la surveillance préventive en fonction de l'année.....	58
Tableau XXIX: Répartition des femmes ayant utilisé une méthode de planification familiale* en fonction de l'année.....	58
Tableau XXX : Répartition des séances d'IEC* en fonction de l'année.....	59
<b>V. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS .....</b>	<b>60</b>

<b>Paludisme et âge : dans notre étude la tranche d'âge de 0 - 4ans était la plus représentée de 2005 à 2009 avec respectivement 37,1% ; 32,5% ; 38,4% ; 38,5% ; 33,3%. .....</b>	<b>63</b>
<b>La tranche d'âge de 0 - 4 ans était plus concernée avec en 2005 (31,5%) ; 2006 (31,1%) ,2008 (30,9%) et 2009 (30,2%) par contre en 2007 (35,9%) la tranche d'âge de 5 à 9 ans dominait.....</b>	<b>63</b>
<b>L'examen biologique le plus demandé a été la goutte épaisse avec en 2005 (31,7%) et 2009 (29,4%) par contre le test de Widal et Félix était majoritaire en 2006 (31,1%) et 2008 (19,7).....</b>	<b>64</b>
<b>Parmi les autres examens para cliniques l'échographie a été plus demandée en 2005(51,7%), 2006(40,3%) ,2008(32,1) et 2009(29,4%) tandis que la demande de la Radiographie standard a été plus représentée en 2007(29,4).....</b>	<b>65</b>
<b><i>la proportion du nombre des activités préventives et promotionnelles réalisées au cours des 5 années a augmenté de façon progressive de 2005 a 2009 : CPN1 de 251 a 370, le VAT1 de 75 a 217, le nombre d'accouchement de 266 a 305, CPON de 54 a 1587, enfants complètement vaccinés de 131 a 167, enfants sains surveillés de 187 a 245, le nombre de planning familial de 105 a 174, séances d'IEC de 49 a 98.....</i></b>	<b>65</b>
<b>VI : CONCLUSION ET SUGGESTIONS.....</b>	<b>65</b>
<b>SUGGESTIONS.....</b>	<b>66</b>
<b>VII-RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>67</b>
<b>12. GUINDO B.....</b>	<b>69</b>
<b>ANNEXES 1.....</b>	<b>69</b>
<b>FICHE DE DÉPOUILLEMENT.....</b>	<b>69</b>
<b>FICHE SIGNALÉTIQUE.....</b>	<b>72</b>
<b>ANNEXE 4.....</b>	<b>75</b>
<b>SERMENT D'HIPPOCRATE.....</b>	<b>75</b>

## **INTRODUCTION**

Selon l’OMS « La santé est un état complet de bien être physique, mental et social et ne consiste pas en l’absence de maladie ou d’infirmité» [1,2]. Cela sous-entend que l’état de bonne santé est un état complexe faisant intervenir beaucoup de facteurs.

La santé est une composante indissociable du développement socio-économique. Elle représente donc un secteur d’investissement et devrait de ce fait obéir à la loi de l’utilisation rationnelle des ressources. Afin d’assurer la pérennité du développement sanitaire, la politique doit être planifiée. Cette planification doit tenir compte des ressources disponibles et mobiliser tous les acteurs: l’Etat, les privés, les ONG, les investisseurs étrangers et au premier plan les populations bénéficiaires.

La demande de soins de santé s’adresse aussi bien aux structures de santé privées qu’aux structures publiques et communautaires. L’importance des ressources financières allouées varie suivant le type de chacune de ces structures.

Dans les pays en voie de développement particulièrement en Afrique subsaharienne les problèmes sanitaires sont encore caractérisés par la persistance des maladies épidémiques dans un contexte économique défavorable.

Cette situation oblige les responsables des services de santé à faire des choix spécifiques mettant en première ligne la santé publique et les soins de santé primaires [3].

Ailleurs avec l’avènement de la libéralisation de la profession sanitaire au Mali par la loi 85-41/AN-RM du 14 mai 1985 et les conséquences de l’ajustement structurel, le système de santé malien est entré dans une nouvelle page de son histoire et n’a cessé d’acquérir des innovations tendant à mettre en place des



## Bilan des activités du centre de santé MUTECH

formations sanitaires privées adaptées aux spécificités de la population malienne.

C'est ainsi qu'ont été entreprises:

- la création des centres de santé communautaire (CSCOM);
- des expériences d'installation de médecin de campagne (1989);
- la création du centre de santé MUTECH

Le centre de santé MUTECH a ouvert ses portes en 1990 pour répondre aux besoins de santé prioritaires exprimés par les adhérents de la mutuelle.

Les services qu'elle fournit sont d'ordre :

- Curatifs
- Préventifs
- Promotionnels

Après 20 ans de service nous avons jugé intéressant de faire une étude sur le bilan des activités dans ce centre afin de juger son efficacité et faire des suggestions.

## **I-OBJECTIFS**

### **1.1 Objectif général :**

Etablir le bilan des activités du centre de santé MUTEK de 2005 à 2009 à Bamako.

### **1.2 Objectifs spécifiques ;**

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patients ayant fréquenté le centre de santé MUTEK de 2005 à 2009 ;
- Décrire les activités curatives du centre de santé MUTEK de 2005 à 2009 ;
- Identifier les activités préventives et promotionnelles du centre de santé MUTEK de 2005 à 2009 ;
- Formuler des suggestions.

## **II- GÉNÉRALITÉS**

### **2.1. Le centre de santé MUTECH**

#### **2.1.1 Historique**

##### **2.1.1.1 Présentation de la MUTECH**

La Mutuelle des Travailleurs de l'Éducation et de la Culture (MUTECH) est une association de droit Malien, dont l'objet social est mutualiste.

Les textes de 1945 et de 1947 sur la mutualité étant tombés en désuétude au Mali, la MUTECH a été enregistrée en juillet 1985 comme association répondant aux dispositions de l'ordonnance n°41PGRM PCG du 28 mars 1959 relative aux associations (autres que les sociétés de commerce, les sociétés de secours mutuel, les associations de culture et les congrégations).

La MUTECH comptait environ 3000 adhérents en octobre 1989 soit 50%, dont le plus grand nombre réside à Bamako (où l'effectif des agents de l'éducation et de la culture est de l'ordre de 6000 personnes).

Chaque membre s'engage à verser une cotisation mensuelle de 1000f CFA, il bénéficie alors d'un système retraite complémentaire, dont la gestion repose essentiellement sur les sections, et qui a été depuis sa mise en place le 1<sup>er</sup> janvier 1987 sa principale activité.

##### **2.1.1.2. La formulation du projet**

L'idée d'entreprendre des activités dans le domaine de la santé a été exprimée dès 1986. Bien que des propositions soient faites pour susciter la mise en place d'une assurance-maladie, c'est la création d'un centre de santé destiné en priorité aux mutualistes qui a été décidée en 1987.

Ce centre devait en effet répondre à l'insuffisance manifeste des services publics et aux difficultés d'accès à la médecine privée, qui à l'époque, ne faisant que commencer.

Au cours de l'année 1988, des études techniques se sont ajoutées à un travail de réflexion pour déboucher sur la formulation d'un projet en juin 1989.

Le centre de santé de la MUTEK a été créé pour répondre aux besoins de santé prioritaires exprimés par les adhérents de la mutuelle.

Leur première demande ayant été de pouvoir disposer d'un lieu où ils pourraient être soignés de façon satisfaisante et à un coût qui leur serait accessible, la création d'un tel centre leur a été proposée.

- D'un point de vue technique, ses objectifs opérationnels sont de mettre à la disposition des adhérents de la MUTEK des services médicaux de qualité et au meilleur prix possible.

Les critères de qualité qui ont été fixés au centre ont été les suivants:

- Propreté des locaux ;
- Caractère irréprochable de l'accueil ;
- Examen des malades conformément aux règles de l'art (en dehors de toute présence non souhaitée, après un interrogatoire précis, après un examen complet et en faisant appel aussi souvent que nécessaire à des examens para cliniques accessibles ou à des avis de spécialistes) ;
- Respect de la liste limitative des médicaments essentiels fixée par le ministère de la santé du Mali ;
- Prescription des médicaments en nom générique,

- Le choix de son lieu d'implantation a été porté sur le centre ville afin que le maximum de membres de la MUTEK puisse en bénéficier ;
- L'opportunité qui constituait les locaux disponibles a fait le reste.

Les cérémonies d'inauguration ont eu lieu le 1 février 1990.

### **2.1.2. Les conditions de création du centre de santé MUTEK**

Le projet a été préparé par un petit groupe de responsables de la MUTEK et de techniciens de la santé appartenant à l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie (ENMP) du Mali, à l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP) et à l'administration centrale du Ministère de la santé du Mali.

C'est lui qui a défini les grandes lignes du projet après avoir suscité et obtenu la réalisation d'une enquête auprès d'un échantillon d'environ 1000 familles d'agents de l'enseignement et de la culture.

A la demande de ce même groupe, a été mis au point un modèle informatisé de simulation de l'activité, des charges et des recettes du centre de santé.

#### **2.1.2.1. Étude de faisabilité**

Une étude de faisabilité a ainsi pu être effectuée et a permis l'élaboration finale du projet.

Le projet a été alors présenté à une organisation non gouvernementale française « Santé Sud », qui le présenta à la fédération nationale de la mutualité française; puis des contacts furent pris avec une deuxième institution mutualiste française: la Mutuelle générale de l'Education Nationale (MGEN). Il leur fut demandé non seulement de prêter leur expertise pour corriger les prévisions et pour mettre en place les modalités d'exécution les plus indiquées, mais aussi de participer au montage financier du dossier.

Une mission d'information et d'étude de la MGEN eu lieu en mai 1989.

Ses conclusions ayant été favorables, le projet a été présenté à la coopération française qui a d'emblée manifesté son intérêt.

« Santé Sud » s'engagea également à lui apporter son soutien.

Le projet pu alors entrer dans sa phase active et le centre de santé de la MUTEK fut inauguré au 1 février 1990, en présence de Monsieur Chevalier, Président de la MGEN.

### **2.1.2.2. Les grands principes**

Une autre étude a été effectuée par l'équipe de consultants de l'INRSP et de l'ENMP.

Elle a porté sur une période de trois ans au terme de laquelle il était ressorti que le centre aurait atteint sa complète maturité.

Quatre types de fonctions ont été assignés au centre: celle de dispensaire médical, de centre de santé familial, de maternité et de centre de promotion sanitaire.

Il devrait fournir aux bénéficiaires les prestations suivantes:

- Dans le cadre des fonctions de maternité des accouchements ne nécessitant pas une intervention chirurgicale,
- Dans le cadre des fonctions de centre de promotion sanitaire:
  - L'éducation des parents en matière de santé de la famille à l'occasion des consultations individuelles ;
  - L'édition d'un bulletin destiné aux adhérents ;
  - Les informations sur les caractéristiques des prescriptions délivrées au centre de santé.

Il a été prévu que dans une deuxième phase, le centre pourrait, selon la qualité des résultats obtenus au cours de la première phase, élargir le champ de ces prestations, en ouvrant:

- Un laboratoire d'analyses biologiques ;
- Un cabinet dentaire ;
- Des consultations spécialisées (échographie, fibroscopie, radiographie, rectoscopie,...) ;
- Le transport en ambulance des malades à l'intérieur de Bamako ;
- D'autres activités de promotions sanitaires au sein des familles des adhérents.

### **2.1.3. Instances dirigeantes:**

Le centre de santé de la MUTEK est organisé autour de 4 instances:

#### **2.1.3.1. Le conseil d'administration national de la MUTEK**

Le conseil d'administration national est l'organe politique du centre :

- Il décide des grandes orientations du centre ;
- Il met en place le comité de gestion ;
- Il peut négocier pour le centre des accords de partenariat et de coopération avec l'extérieur.

#### **2.1.3.2. Le Comité de Gestion**

➤ Le comité de gestion est composé de:

- un représentant du conseil d'administration national de la MUTEK,
- sept mutualistes désignés parmi les adhérents à jour de leurs cotisations par le C.A.N ;
- Le Directeur et le Gestionnaire du centre ;

➤ Les attributions du comité de gestion sont:

- la définition de la politique générale du centre en rapport avec la MUTEK ;

- l'adoption budget du centre ;
  - le suivi de l'exécution du programme annuel ;
  - l'approbation des dépenses ;
  - la proposition de toutes mesures susceptibles d'améliorer la qualité des prestations ;
  - la bonne gestion du centre ;
  - enfin la discussion de tout problème pouvant influencer sur la vie du centre.
- Le comité de gestion nomme en son sein un Président qui assure la direction des débats.

Le président est signataire des correspondances du centre.

Il est l'ordonnateur des dépenses en collaboration avec le Directeur.

Il peut déléguer par écrit une partie de ses attributions au Directeur du centre.

- Le comité de gestion choisit en son sein un secrétaire administratif chargé des procès verbaux et des correspondances.

Une copie de chaque procès –verbal est envoyée à la MUTECH.

Pour toutes études sur les perspectives du centre, le comité de gestion peut faire appel à un bureau d'étude ou des personnes ressources.

Le directeur du centre de santé est membre de droit du comité de gestion. Il a voix consultative.

### **2.1.3.3. Le service administratif**

- Le service administratif est dirigé par un Directeur qui est le médecin chef nommé par le conseil d'administration national de la MUTECH sur proposition du comité de gestion.
- Le Directeur est le premier responsable du centre dont il supervise toutes les activités.

Il est chargé de la mise en œuvre des décisions du comité de gestion qu'il traduit en programmes.



- Il assure la gestion du personnel qu'il peut embaucher et licencier en cas de faute grave non compatible avec l'esprit de mutualiste en accord avec le comité de gestion.
- Le gestionnaire aide le Directeur dans ses tâches. Il dresse mensuellement et annuellement l'état d'exécution des programmes qu'il présente au comité de gestion.

Il produit chaque année un rapport d'activité.

Il tient les archives du centre qu'il met à jour régulièrement.

Il est chargé de l'entretien et de l'état de propreté du centre.

#### **2.1.3.4. Les unités de soins.**

Les unités de soins sont:

- L'infirmierie
- Le laboratoire
- La maternité
- Le cabinet dentaire
- La boutique optique

Chacune des unités de soins a à sa tête un responsable nommé par le médecin chef en accord avec le comité de gestion.

- L'unité de soins est directement sous l'autorité du Médecin chef qui est nommé par le conseil d'administration national de la MUTEK en accord avec le comité de gestion.
- Le Médecin– chef propose les sanctions pour le personnel directement mis à son service en cas de faute grave.

Il est responsable de la programmation quotidienne des services techniques de soins, des gardes et de la bonne utilisation du personnel.

Il est responsable des fichiers et des dossiers des malades.

- Le Médecin - chef est assisté dans ses tâches par un infirmier major.

- L'infirmier major est responsable devant le médecin-chef et est chargé de la coordination des activités du personnel de soins.

Il est responsable de la gestion et de la bonne utilisation du matériel mis à la disposition de l'unité de soins.

## **2.2. Union technique de la mutualité (UTM)**

C'est une association qui regroupe des mutuelles qui ambitionnent de développer des services au profit de leurs adhérents avec une priorité faite au volet santé. La mise en place de l'UTM a été motivée par un certain nombre de constats parmi lesquels nous pouvons citer [4]:

- L'insuffisance d'un cadre de concertation existant ;
- L'absence de cadre juridique pour la mise en œuvre de la partie de la convention Mali-France destinée au renforcement du mouvement mutualiste,
- La nécessité de renforcer les capacités du mouvement mutualiste pour la prise en charge de son propre développement ;
- L'existence de mutuelle disposant de leur propre structure sanitaire,
- L'existence d'une volonté politique de développement de la mutualité qui s'est matérialisée par l'adoption d'une loi, de deux décrets d'application et d'un arrêté interministériel ;
- La volonté du mouvement mutualiste de prendre en charge son développement,
- L'existence de partenaires techniques et financiers pour soutenir le développement du mouvement.

### **2.2.1. Modalité de création de l'Union Technique de la Mutualité (UTM)**

Créée avec l'appui du projet du développement de la mutualité de santé au Mali, l'Union Technique de la Mutualité (UTM) regroupe des mutuelles qui ambitionnent de développer des services au profit de leurs adhérents, avec une priorité faite au volet santé. La mise en place de l'union technique a été motivée par certains constats qui peuvent se résumer, entre autres, comme suit:

- L'insuffisance du cadre de concertation existant
- L'absence de cadre juridique pour la mise en œuvre de la partie de la convention Mali-France destinée au renforcement du mouvement mutualiste
- La nécessité de renforcer les capacités du mouvement mutualiste pour la prise en charge de son propre développement
- L'existence de mutuelles disposant de leur propre structure sanitaire
- L'existence d'une volonté politique de développement de la mutualité qui s'est matérialisée par l'adoption d'une loi, de deux décrets d'application et d'un arrêté interministériel
- La volonté du mouvement mutualiste de prendre en charge son développement
- L'existence des partenaires techniques et financiers pour soutenir le développement du mouvement

Ces constats ont conduit, dès la mise en place du projet d'appui au développement de la mutualité de santé au Mali, à engager des réflexions avec le mouvement mutualiste malien pour la création de l'Union Technique de la Mutualité (UTM).

## **2.2.2 Organisation générale**

L'UTM est structurée en instances, organes de décision et techniques.

### **2.2.2.1. Instances**

Elles sont composées de l'assemblée générale qui est l'instance suprême comprenant les délégués des groupements mutualistes adhérents, se réunissant une fois par an sur convocation du conseil d'administration.

### **2.2.2.2. Organes**

Ils sont composés de:

#### **- Le Conseil d'administration:**

Il est chargé pour l'administration et la gestion de l'UTM, de tous les pouvoirs qui ne sont pas expressément réservés à l'assemblée générale. Il adopte le budget de l'union technique; ses membres sont élus parmi les délégués des mutuels membres de l'union technique. Le bureau est constitué comme suit:

- un président ;
- un vice-président ;
- un secrétaire général ;
- un trésorier général, un trésorier général adjoint ;
- un secrétaire à la formation.

Ils sont élus par les membres du conseil d'administration à bulletin secret à la majorité absolue.

Ce bureau est chargé de l'expédition des affaires courantes et de prendre entre deux réunions du conseil d'administration toutes décisions utiles pour le fonctionnement de l'UTM.

Il existe par ailleurs un système de contrôle mené par l'UTM au centre de santé qu'elle jugera utile pour vérifier la bonne application de la convention. Ce système de contrôle est dirigé par une commission de contrôle qui est:

- élue à bulletin secret tous les ans par l'assemblée générale parmi les délégués des groupements mutualistes adhérents à l'UTM, non-administrateurs.
- composée de cinq membres se réunissent au moins deux fois par an pendant son mandat.

Elle est chargée également de vérifier la régularité des opérations comptables, de contrôler la tenue de la comptabilité, la caisse et le portefeuille.

Les résultats des travaux sont consignés dans un rapport écrit communiqué au président du conseil d'administration avant l'assemblée générale et présentée à celle-ci.

- **La direction générale**

Elle est chargée de la gestion administrative et financière de l'UTM, elle coordonne et supervise les différents services, aussi elle appuie les commissions de l'UTM. Elle comprend:

- **Le service de développement**

Il est chargé de concevoir le plan de développement de l'UTM, d'appuyer la réalisation des différentes phases de création des mutuelles de santé, de coordonner les actions de communication et de promotion de la mutualité et des produits de santé. Il est chargé aussi de tout ce qui est volet formation à destination des promoteurs ou administrateurs des mutuelles. En effet, ce service de développement possède des stratégies d'approche dans le milieu urbain et le milieu rural.

#### ▣ **Approche du milieu urbain: l'Assurance Maladie Volontaire**

L'UTM, sous impulsion des mutuelles qui la composent, a été amenée à créer un produit santé standard: l'Assurance Maladie Volontaire ou AMV disponible à la demande des mutuelles. Ce choix de produit et de type de gestion répond à des réalités économiques et sociales propres au milieu urbain et à la structuration actuelle du mouvement mutualiste malien.

Il apparaît comme un produit facile d'accès pour les populations urbaines, mais aussi pour les mutuelles dans la mesure où elles peuvent le proposer à leurs adhérents avec un minimum d'investissement et ceci parce que nous assistons à

l'élargissement des mailles du tissu social malien rendant difficile l'investissement des populations dans des œuvres solidaires et collectives, de même nous assistons à un mouvement mutualiste malien qui ne possède pas toutes les capacités techniques et financières nécessaires à une diffusion massive de leur produit de santé Et à cela vient s'ajouter une réelle difficulté de mobilisation des adhérents dans les mutuelles ayant une ampleur nationale.

L'assurance maladie volontaire a pour objectif de faciliter:

- ❖ l'accessibilité financière: par le jeu de la solidarité entre les membres d'une même mutuelle, chacun d'entre eux bénéficiera d'une prise en charge de ses frais d'hospitalisations ou ambulatoires en cas de survenance du risque; ce qui fait qu'ici le problème financier n'est plus un facteur limitant pour les soins.
- ❖ la continuité dans les soins: la mise en place des garanties santé permettra aux mutualistes de continuer à bénéficier de soins en fonction du degré de gravité de la maladie grâce au conventionnement de tous les étages de la pyramide sanitaire (CSCOM, hôpital régional, hôpital national...)
- ❖ l'amélioration de la qualité des soins: par le biais des conventions qu'elle signe avec les professionnels de la santé, la mutuelle peut exiger de ses partenaires le respect de certaines normes de qualité et ce dans l'intérêt de ses adhérents.

### **□ Approche du milieu rural:**

La société est aujourd'hui encore composée à plus de 70% de personnes vivant en milieu rural. Le développement de la mutualité au Mali passera donc par la couverture de ses populations. L'UTM pour rendre son appui aux populations du monde rural plus efficace, est entrain de mettre en place des structures décentralisées. Le bureau de Kayes existe depuis février 1999, le bureau de

Koulikoro depuis 2004, le bureau de Sikasso depuis février 2001, le bureau de Ségou depuis 21 février 2002, le bureau de Mopti depuis 2001 et le bureau de Gao depuis 2007. Ces structures régionales ont pour mission de:

- ❖ la création de mutuelles et notamment d'une mutuelle interprofessionnelle dans les principales villes des cercles; ceci passant par une prise de contact avec les administrations, les entreprises, les associations, les coopératives, les ONG et les particuliers dans le but de repérer les personnes ressources qui seront plus tard les acteurs et sans doute les futurs dirigeants de ces mutuelles
- ❖ exécuter un programme d'information et de sensibilisation sur la mutualité à l'aide de supports tels que la radio et/ou la presse écrite
- ❖ être l'outil de recensement des besoins en formation des mutualistes de la région qui passe par l'organisation, en collaboration avec les services compétents de l'UTM, de session de formation
- ❖ suivre l'évolution des mutuelles et apporter aux mutuelles l'assistance nécessaire dans le cadre des orientations générales définies par l'UTM telles que la mise en place de l'assurance maladie volontaire
- ❖ suivre les conventions signées avec les prestations de soins. La qualité des soins, l'accueil des patients ainsi que le tarif sont les principaux éléments pris en compte.
- ❖ pour le bureau de Kayes, participer à la diffusion des activités de la mutuelle des maliens de l'extérieur dans le cadre de la convention UTM-MME

### **2.3. Mutualité malienne**

La loi 96/022 du 21 février 1996 régissant la mutualité en république du Mali définit les mutuelles comme <<des groupements a but non lucratif qui essentiellement au moyen des cotisations de leur membres, se proposent de mener dans l'intérêt de ceux-ci de leur famille une action de prévoyance, de solidarité, d'entraide>> [4].

Au Mali, les premières mutuelles ont été créées durant la période coloniale, avec la mutuelle des postes et télécommunications, la mutuelle des catholiques et la mutuelle des cheminots.

A partir des années 80, suite aux problèmes posés par le programme d'ajustement structurel et au retard constaté dans le paiement des salaires, d'autres secteurs de la fonction publique ont perçu la nécessité de la création d'une mutuelle comme moyen de financement alternatif.

La mutuelle des travailleurs de l'éducation et de la culture MUTEK a alors été créée sur l'initiative du Syndicat National de l'Education et de la Culture (SNEC), ainsi que la mutuelle de la gendarmerie créée en 1986.

A partir de 1991, après les événements de mars qui ont favorisé le développement des associations, le mouvement mutualiste a connu un essor particulier. Ainsi de nouvelles mutuelles ont vu le jour : mutuelle des étudiants en 1993, la mutuelle de l'ORTM en 1995, la mutuelle des artisans du Mali en 1996.

Jusqu'à cette date ces mutuelles étaient régies par les dispositions de l'ordonnance 41 de 1959 relatives aux associations. A cette date le gouvernement malien a mis en place un cadre législatif propre aux mutuelles contribuant ainsi à asseoir leur développement. Il ressort donc que depuis deux décennies des organisations mutualistes existent en république du Mali initiée



par des personnes motivées par les valeurs telles que la solidarité, la prévoyance et l'entraide.

L'évolution des besoins des adhérents a amené la MUTECH, à partir de 1989 à élargir le champ de ses prestations, à construire un centre de santé à Bamako pour faciliter à ses adhérents de la capitale l'accès aux soins de qualité et à moindre coût.

Dans les années 90, même si certaines mutuelles accordaient des prêts à leurs adhérents pour leurs maladies, la couverture santé n'était pas pour elles une priorité.

Cependant depuis 1998 grâce à la mise en place d'un projet Franco-Malien de développement de la mutualité de santé au Mali, (UTM) nous assistons à la prise en compte de ce type de couverture par les mutuelles existantes et à l'émergence de nouvelles mutuelles de santé. On en dénombre actuellement une vingtaine, selon des catégories professionnelles ou d'entreprise, et également certaines en milieu rural.

#### **2.4. Situation sanitaire actuelle du Mali :**

La situation sanitaire de la population du Mali, reste préoccupante, malgré les fluctuations de la part des dépenses de santé dans le budget de l'Etat qui est passé de 109 milliards en 1999 à 165 milliards en 2004. Ces dépenses de santé proviennent essentiellement du financement direct des ménages (57 %), des fonds publics (18 %) et des fonds du reste du monde (13 %) [5].

Pour la période 1999-2004, les niveaux de morbidité et de mortalité du Mali restent parmi les plus élevés au monde et cela s'explique surtout par :

- Une insuffisance des ressources financières allouées au secteur au regard des besoins de la politique sectorielle et du Programme quinquennal de Développement Sanitaire et Social (PRODESS) ;

- Un environnement naturel insalubre propice à la transmission des maladies infectieuses et parasitaires du fait d'une hygiène individuelle défectueuse et des comportements très souvent inadéquats face à l'environnement ;
- Une insuffisance de l'accès à l'eau potable des populations;
- Des habitudes sur le plan nutritionnel qui ont pour conséquence des apports nutritionnels non équilibrés et déficients aussi bien en quantité qu'en qualité (fer, iode, vitamine A), ce qui provoque des maladies et des carences;
- La persistance de certaines coutumes et traditions souvent néfastes pour la santé ;
- Un faible niveau d'alphabétisation, d'instruction et d'information de la population ;
- Une insuffisance en nombre et en qualité du personnel sanitaire et social.

Compte tenu de ces insuffisances, le gouvernement a pris des mesures qui figurent dans la déclaration de politique sectorielle de santé et de population en 1990. Dans ces orientations, on note que la priorité de l'action sanitaire s'adresse au milieu rural et périurbain, cela dans un souci d'équité et de correction des inégalités sociales, qu'elle vise la prévention des maladies ou qu'elle s'attache à promouvoir l'action socio sanitaire en vue d'améliorer le bien-être de la famille. En outre, par la déclaration de politique sectorielle de santé et de population, on constate que la santé représente désormais un secteur d'investissement qui obéit à la loi de l'utilisation rationnelle des ressources, afin d'assurer la pérennité du développement sanitaire. La prise en compte dans la planification des ressources disponibles et la mobilisation de tous les acteurs par l'État, les Organisations Non Gouvernementales (ONG) et ces populations.

Fort des résultats de cette politique sectorielle, un Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS 1998-2007) a été élaboré. Pour la mise en oeuvre de ce Plan, le Mali a opté pour l'approche sectorielle. Le PDDSS est mise en oeuvre à travers le Programme de Développement Sanitaire

(PRODESS) ; le démarrage du PRODESS I (quinquennat 1998-2002), était initialement prévu pour mars 1998, mais le lancement du Programme n'a été effectif qu'une année plus tard. La programmation de la deuxième phase quinquennale (PRODESS II) a accusé en conséquence du retard, d'où le report de la fin du PDDSS à 2009. Le PRODESS II couvre la période de 2005 à 2009, et est organisé autour de deux composantes : la Composante Santé et la Composante Développement Social. Le PRODESS II est basé sur les mêmes stratégies et orientations que celles élaborées et adoptées en 1998 [5].

## **2.5. Définitions opératoires**

**Le nombre de consultation :** c'est le nombre global des consultations sans distinction entre les nouveaux et les anciens cas.

**Le nombre de consultant :** le nombre de nouvelles consultations.

**Évacuation sanitaire :** D'une manière générale se caractérise par la nécessité d'un transfert rapide du malade d'un centre vers un autre plus équipé ou mieux spécialisé.

**La référence :** Conceptuellement la référence est le transfert, d'une formation sanitaire à une autre, de cas qui, pour une raison ou pour une autre, ne trouve pas satisfaction [6].

Ces raisons sont d'ordre soit :

-Médical : le niveau de qualification du personnel disponible ne permet pas d'assurer une bonne prise en charge des malades.

-Social : pour des raisons de famille ou économiques.

-Organisationnel : Il s'agit de la répartition des rôles ou des fonctions par niveau. On peut citer par exemple la décentralisation de certaines modalités diagnostique, thérapeutique (tuberculose).

**Enfant complètement vacciné:** Conformément aux recommandations de l'OMS, un enfant est complètement vacciné lorsqu'il a reçu le BCG (protection contre la tuberculose), le vaccin contre la rougeole, trois doses de vaccin contre

la polio et trois doses de DTCOq (diphtérie, tétanos et coqueluche). À ceux-ci s'ajoute le vaccin contre la fièvre jaune, en dose unique. D'après le calendrier vaccinal, tous ces vaccins doivent être administrés avant l'âge d'un an.

### **III- MÉTHODOLOGIE**

#### **3.1. Cadre de l'étude**

Notre étude a été effectuée au Centre de Santé MUTEK situé en commune III du district de Bamako au Mali.

Le Mali est un pays continental de l'Afrique de l'Ouest avec une superficie de 1.241.238 km<sup>2</sup>. C'est un vaste territoire qui s'étend à 25 % sur la zone soudano guinéenne, 25% sur la zone sahélienne et 50 % sur le désert sahélien [5]. Le Mali est divisée en 8 régions administratives et un district (Bamako), subdivisé en 49 cercles et 703 communes.

Le système de santé fonctionne à l'image d'une pyramide:

Le premier niveau de contact avec les populations est constitué par les CSCOM.

Le deuxième niveau est constitué par les centres de santé de référence qui constituent le premier niveau de référence.

Le troisième niveau par les hôpitaux au nombre de 11(7 au niveau régional et 4 à Bamako) qui servent de référence de deuxième niveau.

Le centre de santé MUTEK s'inscrit dans le premier niveau.

**3.1.1. Situation Géographique:** Le centre de santé de la MUTEK est situé dans le quartier du fleuve, près du centre ville, aux pieds du siège de la Banque centrale des Etats de l'Afrique de l'Ouest (BCEAO).

**3.1.2. Les locaux:** Les locaux du centre comprennent 5 bâtiments et 3 annexes repartis en 4 secteurs:

- Un bâtiment de consultation médicale qui abrite:
  - Un bureau de consultation médicale;
  - Une salle d'échographie;

- Une pharmacie;
- Une toilette pour les personnels.
  
- Un bâtiment de soins infirmiers comprenant:
  - Un laboratoire d'analyse médicale;
  - Un bureau du major ;
  - Une salle de soins ;
  - Une salle de garde;
  - Une toilette ;
  - Une salle d'attente.
  
- Une maternité comprenant :
  - Un bureau de sage femme ;
  - Une salle d'accouchement ;
  - Une salle d'observation ;
  - Une salle de garde ;
  - Une salle de consultation femme et enfant
  - Une salle d'hospitalisation.
  
- les bâtiments administratifs :
  - Un bureau du gestionnaire ;
  - Un secrétariat.
  
- les locaux du cabinet dentaire et de la boutique optique.

### **3.1.3. Personnel:**

Il se composait de 18 personnes: deux médecins généralistes, une chirurgienne dentiste, un assistant dentiste, trois techniciens de santé, une technicienne de laboratoire, deux sage- femmes, une technicienne obstétricienne, un opticien, un

gestionnaire, un guichetier, une gérante à la pharmacie, un gardien et une laveuse, un chauffeur.

Par ailleurs le centre reçoit des élèves et étudiants stagiaires.

**Le Paquet Minimum d'Activité (PMA)** comprend les activités suivantes :

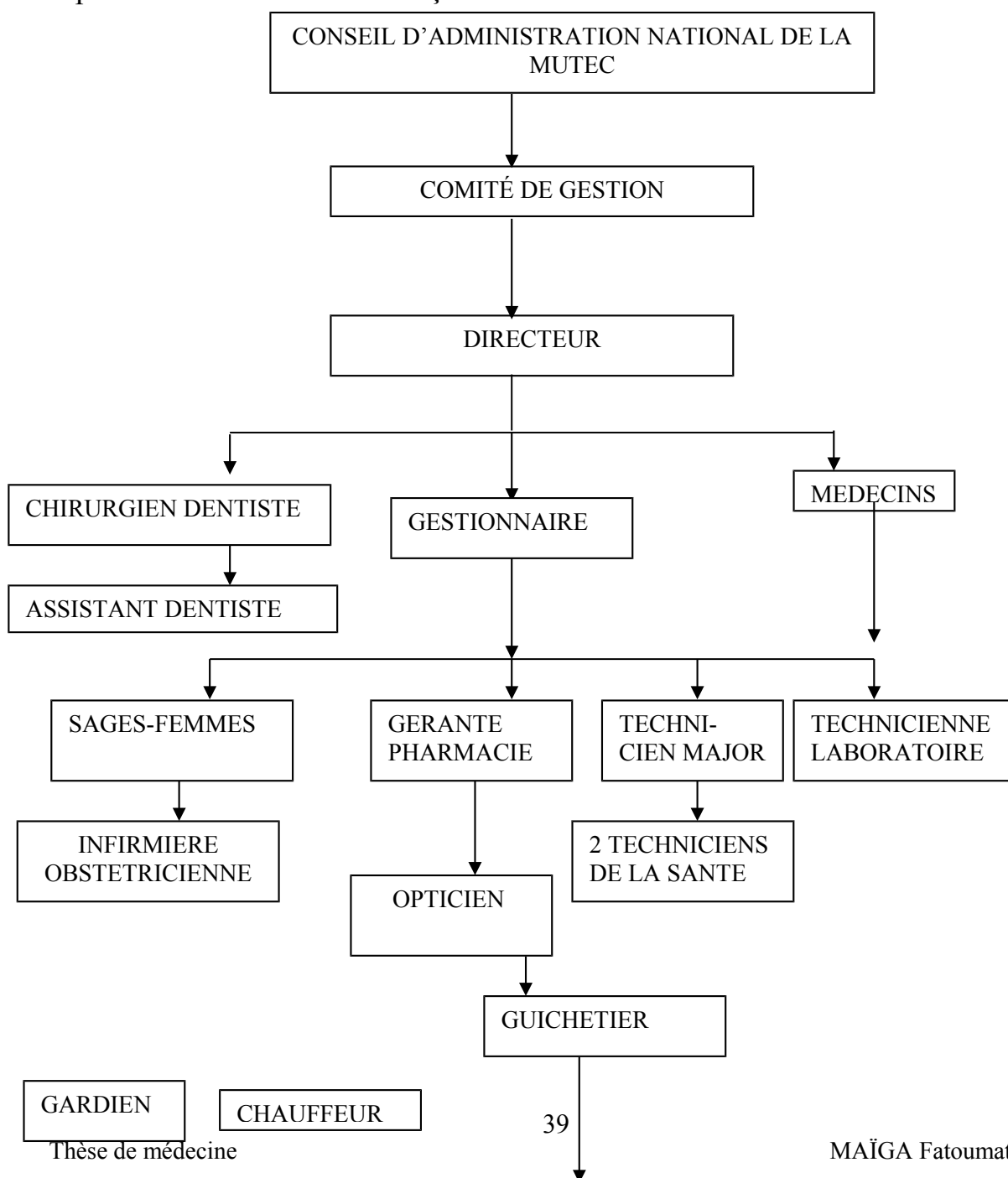
**.Activités curatives** : elles couvrent la prise en charge des cas de maladies aiguës et chroniques et la référence de certains cas.

**.Activités préventives** : elles portent sur la consultation prénatale (CPN), l'assistance aux accouchements, la consultation post- natale (CPON), le planning familial, la surveillance et la vaccination des enfants ainsi que des femmes en âge de procréer. Elles peuvent se faire aussi en stratégie avancée.

**.Activités promotionnelles** : Information, Education, Communication en santé (I E C).

**Organigramme:**

Il peut être schématisé de la façon suivante:



**Schéma 1:** Organigramme du Centre de Santé MUTEK.

**3.2. Type et Période d'étude :**

Il s'agissait d'une étude rétrospective allant de janvier 2005 à décembre 2009.

**3.3. Population d'étude :**

Notre population d'étude était composée de tous les consultants ayant fréquenté la MUTEK pendant la période d'étude.

**3.4. Critères d'inclusion :**

Ont été inclus dans cette étude les dossiers de toutes les nouvelles consultations des patients entre 2005 à 2009.

**3.5. Critère de non inclusion :**

Ont été exclus toutes les anciennes consultations ainsi que les dossiers incomplets.

**3.6. Sources d'informations**

Registre de consultation curative, préventives, promotionnelles et les rapports d'activité trimestriels.

**3.7. Échantillonnage**

**3.7.1. Méthode et techniques**

Les dossiers ont été choisis de façon exhaustive.

**3.7.2. Taille de l'échantillon**

Le rapport d'activité de l'année 2005 a montré que la MUTEK a reçu en moyenne 8850 nouvelles consultations curatives par an, 251 nouvelles



consultations préventives par an. Ainsi la taille moyenne de l'échantillon est  $9101 \times 5 = 45505$  dossiers des patients.

### **3.8. Techniques et outils de collecte des données**

L'exploitation des registres des consultations et les RTA à l'aide des fiches de dépouillement ont permis de collecter les données.

### **3.9. Déroulement de l'enquête**

La collecte de ses données a été réalisée avec l'appui du personnel travaillant dans le centre de santé MUTEK.

Cinq exemplaires de fiche de dépouillement ont été testés aussi à l'ASACONIA après avoir informé les responsables du service pour avoir une autorisation. Enfin les fiches ont été remplies à travers les registres de consultation et les rapports d'activité trimestriels.

### **3.10. TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNÉES**

Les données ont été saisies en utilisant le logiciel SPSS Version 12,0.

Le traitement des données a été réalisé sur Microsoft Word 2003.

### **3.11. Variables**

Age, sexe, ethnie, résidence, profession, statut, activités curatives, préventives et promotionnelles.

### **3.12. CONSIDÉRATION D'ÉTHIQUE :**

L'accès des RTA et des registres de consultation des patients qui ont été consultés pendant la période d'étude a été effectué avec l'accord du Médecin chef.

Etant donné que cette étude est rétrospective le consentement libre et éclairé des patients n'a pas été demandé cependant la confidentialité a été respectée par l'utilisation des noms des patients de façon anonyme.

Les résultats seront diffusés par écrit aux autorités administratives de la MUTEK.

#### IV- RÉSULTATS

L'étude a permis de recenser 45430 consultants (dont 12062 préventives et 33361 curatives). Les activités promotionnelles réalisées durant cette période étaient au nombre de 356.

**Tableau I:** Répartition des consultants du centre de santé MUTEK selon l'année.

<b>Année</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>2005</b>	<b>8850</b>	<b>26,5</b>
2006	8347	25
2007	5658	17
2008	5542	16,5
2009	4964	15
Total	33361	100

L'année 2005 a enregistré plus de consultants avec 26,5%.

#### 4.1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PATIENTS AYANT FRÉQUENTÉ LE CENTRE DE SANTÉ MUTEK DE 2005 À 2009

**Tableau II** : Répartition des patients par tranche d'âge et par année

Tranche d'âge	Années				
	2005 (n=8850)	2006 (n=8347)	2007 (n=5658)	2008 (n=5542)	2009 (n=4964)
0 à 4 ans	21,8	17,2	22,1	22,2	17,6
5 à 9 ans	14	17	13,6	17,7	12,3
10 à 24 ans	17	10,7	21,7	12,9	11,6
<b>25 ans et plus</b>	<b>47,2</b>	<b>55,1</b>	<b>42,6</b>	<b>47,2</b>	<b>58,5</b>
Total	100	100	100	100	100

La tranche d'âge de 25 ans et plus était plus représentée de 2005-2009 avec respectivement 47,2%, 55,1%, 42,6%, 47,2%, 58,5%.

**Tableau III** : Répartition des patients par sexe et par année

Sexe	Années				
	2005 (n=8850)	2006 (n=8347)	2007 (n=5658)	2008 (n=5542)	2009 (n=4964)
<b>Féminin</b>	<b>50,3</b>	<b>50,1</b>	<b>51,5</b>	<b>51,1</b>	<b>56,3</b>
Masculin	49,7	49,9	48,5	48,9	43,7
Total	100	100	100	100	100

Les patients de sexe féminin étaient majoritaires de 2005 à 2009 avec respectivement 50,3% ; 50,1% ; 51,5% ; 51,1% ; 56,3%.

Les sex-ratios sont respectivement de 1 ; 1 ; 0,9 ; 1 ; 0,8 en faveur des femmes.

**Tableau IV**: Répartition des patients ayant fréquenté la MUTEK

Patients	Effectif	Pourcentage
<b>Ménagère</b>	<b>7481</b>	<b>22,4</b>
Enfant*	6718	20,1
Elève	4913	14,7
Enseignant	4007	12
Commerçant	3787	11,4
Etudiant	2891	8,7
Artiste	2112	6,3

Bilan des activités du centre de santé MUTEK

Secrétaire	1050	3,1
Autres**	402	1,2
Total	33361	100

Les ménagères ont été les plus représentées avec 22,4%. \*\*Autres : (chauffeur ; maçon ; manœuvre ; cultivateur), \*Les enfants de moins de 5 ans.

**Tableau V** : Répartition des patients selon leur ethnie

<b>Ethnie</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Bambara</b>	<b>6214</b>	<b>18,6</b>
Peulh	5721	17,2
Malinké	4037	12,1
Senoufo	3512	10,5
Sarakolé	3507	10,5
Sonrhäi	3417	10,2
Dogon	2598	7,8
Minianka	2385	7,2
Autres*	1970	5,9
Total	33361	100

L'ethnie Bambara dominait avec 18,6%.

\*Autres : bozo, bobo, Maure, Kasouké etc.....

**Tableau VI** : Répartition des patients selon leur résidence

<b>Résidence</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Commune V</b>	<b>6542</b>	<b>19,6</b>
Commune VI	5279	15,8
Commune IV	5140	15,4
Commune I	4797	14,4
Commune II	4482	13,4
Commune III	4089	12,3
Commune de Kati	2012	6
Autres*	1020	3,1
Total	33361	100

Les patients venant de la commune V étaient majoritaires avec 19,6%.

\*Autres localités = (Kanadjiguila, Moribabougou, Baguinéda Banankoro etc....)

**Tableau VII** : Répartition des patients selon leur statut

<b>Statut</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Non adhérents</b>	<b>20126</b>	<b>60,3</b>
Adhérents garantie santé	7925	23,8
Adhérents MUTEK	5310	15,9
Total	33361	100

Les non adhérents ont été les plus fréquents avec 60,3% des cas.

## **4.2 ACTIVITÉS CURATIVES DU CENTRE DE SANTÉ MUTEK DE 2005 À 2009**

**Tableau VIII** : Répartition des patients selon leur motif de consultation et par année

Motif de consultation	Années				
	2005 (n=8850)	2006 (n=8347)	2007 (n=5658)	2008 (n=5542)	2009 (n=4964)
<b>Fièvre</b>	<b>47,3</b>	<b>34</b>	<b>41,4</b>	<b>45,6</b>	<b>25</b>
Vertige	16	22,8	17,2	9	16,6
Diarrhée	5,9	16,3	11,8	16	27
Rhinorrhée	9,2	11,5	11,2	8,2	5,5
Toux	10,6	7,2	9	7,5	9,6
Météorisme abdominal	5,2	3	2,1	6,9	8
Dysphagie	2,7	2	3,8	2	4
Amaigrissement	1,3	1,2	1	1,7	0,8
Vomissements	0,8	0,9	0,4	1,6	2
Hématurie	1	1	1,2	0,6	1
Autres	0,1	0,1	0,9	0,9	0,5
Total	100	100	100	100	100

La fièvre a été le motif de consultation le plus fréquent de 2005 à 2009 avec respectivement 47% ; 34% ; 41,4% ; 45,6% ; 25%.

**Tableau IX** : Répartition des patients en fonction du type d'examen biologique et par année

Examens biologiques	Années				
	2005 (n=8850)	2006 (n=8347)	2007 (n=5658)	2008 (n=5542)	2009 (n=4964)
<b>Goutte épaisse</b>	<b>31,7</b>	13,8	<b>10,2</b>	17,5	<b>29,4</b>
<b>Widal et Félix</b>	15,3	<b>31,1</b>	8	<b>19,7</b>	12,4
Glycémie	11,3	15,2	14,5	17	12,3
Groupage Rhésus	7,4	9	14,1	6,8	6,3
Créatininémie	11,5	0,7	3,6	7,8	6,9
Selle POK	2,8	3,8	8,1	4,8	8,5
ECBU	7,1	3,8	6,9	7	3
NFS VS	1,7	3,1	3	7,3	8,1

ASLO	1,5	3,9	11,2	4,4	4,1
Frottis vaginal	5,5	4,7	0,3	1,5	5,7
Test d'emmell	2,7	4,3	3	3,9	2,8
BW	0,2	4,8h	12,6	1,4	0,1
*Autres	0,8	1,8	4,5	0,9	0,4
Total	100	100	100	100	100

La Goutte épaisse a été l'examen biologique le plus demandé en 2005 (31,7%) et 2009 (29,4%) par contre le test de Widal et Félix était majoritaire en 2006 (31,1%) et 2008 (19,7).

\*Autres examens biologiques :

AgHBS, Toxoplasmose, Calcémie, Albuminurie, sucre, Transaminase, Azotémie.

**Tableau X :** Répartition des patients selon les autres types d'examen para cliniques et par année

Autre types d'examens para clinique	Années				
	2005 (n=8850)	2006 (n=8347)	2007 (n=5658)	2008 (n=5542)	2009 (n=4964)
<b>Radiographie</b>	17,8	26,7	<b>32,3</b>	35,1	35,9
<b>Echographie</b>	<b>51,7</b>	<b>40,3</b>	32,1	<b>35,7</b>	<b>29,4</b>
Fibroscopie	17,5	19,7	22,3	15,2	19,1
Fond d'œil	13	13,3	13,3	14	15,6
Total	100	100	100	100	100

L'échographie a été la plus demandée en 2005 (51,7%), 2006 (40,3%), 2008 (32,1) et 2009 (29,4%) tandis que la Radiographie occupait la première place en 2007 (29,4%).



**Tableau XI** : Répartition des patients selon le diagnostic et par année

Diagnostic	Années				
	2005 (n=8850)	2006 (n=8347)	2007 (n=5658)	2008 (n=5542)	2009 (n=4964)
<b>Paludisme</b>	<b>46,9</b>	<b>48</b>	<b>40,3</b>	<b>18,9</b>	<b>20,6</b>
IRA	15,5	25	20,2	17,2	20,3
Diarrhées	13,6	8,8	16,7	5,6	19,6
Fièvre typhoïde	6,9	6,5	8,7	11,1	7,5
Caries et autres affections de la bouche	5,1	4,2	3,3	14,3	7,6
Troubles liés à la grossesse	2,8	1,9	1,7	11,4	4,3
Parasitose	3,9	2,5	1	6,4	7
Traumatismes et Plaies	2,5	1	1,9	8,3	1,5
IST	1,4	1,3	4,5	3,8	3
Angine	0,8	0,4	0,8	1,1	1,6
HTA	0,5	0,3	0,5	0,9	0,5
Autres	0,1	0,1	0,4	1	0,5
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Le paludisme a été le diagnostic le plus représenté de 2005 à 2009 avec respectivement avec 46,9% ; 48% ; 40,3% ; 18,9% ; 20,6% ; suivi des IRA

15,5% (2005) ; 25% (2006) ; 20,2% (2007); 17,2% (2008) ; 20,3% (2009) et diarrhées 13,6% (2005) ; 8,8% (2006) ; 16,7% (2007); 5,6% (2008) ; 19,6% (2009).

**Tableau XII :** Répartition des cas du paludisme par sexe et par année

Sexe	Années				
	2005 (n=4148)	2006 (n=4002)	2007 (n=2283)	2008 (n=1043)	2009 (n=1321)
<b>Féminin</b>	<b>51</b>	<b>51,5</b>	<b>54,4</b>	<b>60,2</b>	<b>66</b>
Masculin	49	48,5	45,6	39,8	34
Total	100	100	100	100	100

Les cas du paludisme prédominaient dans le sexe féminin de 2005 à 2009 avec respectivement 51% ; 51,5%; 54,4% ; 60,2% ; 66%.

**Tableau XIII :** Répartition des cas des IRA par sexe et par année

Sexe	Années				
	2005 (n=1370)	2006 (n=2062)	2007 (n=1142)	2008 (n=952)	2009 (n=1007)
<b>Féminin</b>	47,4	<b>52,7</b>	<b>55,3</b>	<b>62,2</b>	<b>59,9</b>
Masculin	<b>52,6</b>	47,3	44,7	37,8	40,1
Total	100	100	100	100	100

Les IRA ont été plus fréquentes dans le sexe féminin en 2006 (52,3%), 2007 (55,9%), 2008 (62,2%), et 2009 (59,9%) par contre le sexe masculin dominait en 2005 (52,6%).

**Tableau XIV :** Répartition des cas de diarrhée par sexe et par année

Sexe	Années				
	2005 (n=1200)	2006 (n=742)	2007 (n=944)	2008 (n=311)	2009 (n=971)
<b>Féminin</b>	<b>55,2</b>	<b>49,5</b>	<b>60,5</b>	<b>65,9</b>	<b>52</b>
Masculin	44,8	50,5	39,5	34,1	48
Total	100	100	100	100	100

Les cas de diarrhée étaient plus rencontrés chez le sexe féminin de 2005 à 2009.

**Tableau XV :** Répartition des cas du paludisme par tranche d'âge et par année

Tranche d'âge	Années				
	2005 (n=4148)	2006 (n=4002)	2007 (n=2283)	2008 (n=1046)	2009 (n=1321)
<b>0 à 4 ans</b>	<b>37,1</b>	<b>32,5</b>	<b>38,4</b>	<b>38,5</b>	<b>33,3</b>
5 à 9 ans	24,3	18,5	26,5	30,8	22
10 à 24 ans	22,7	28,9	18	22,1	28,8
25 ans et plus	15,9	20,1	17,1	8,6	15,9
Total	100	100	100	100	100

Le paludisme a été plus rencontré chez les enfants âgés de 0 à 4 ans de 2005 à 2009 avec respectivement 37,1% ; 32,5% ; 38,4% ; 38,5% ; 33,3%.

**Tableau XVI :** Répartition des cas des IRA par tranche d'âge et par année

Tranche d'âge	Années				
	2005 (n=1370)	2006 (n=2062)	2007 (n=1142)	2008 (n=952)	2009 (n=1007)
0 à 4 ans	31,5	31,1	33,7	30,9	30,2
5 à 9 ans	26,6	26,8	35,9	22,9	23
10 à 24 ans	20	27	21	28,7	31,8
25 ans et plus	21,9	15,1	9,4	17,5	15
Total	100	100	100	100	100

Les cas des IRA ont été fréquents dans la tranche d'âge de 0 - 4 ans avec en 2005 (31,5%) ; 2006 (31,1%) ,2008 (30,9%) et 2009 (30,2%) par contre en 2007 (35,9%) la tranche d'âge de 5 à 9 ans dominait.

**Tableau XVII :** Répartition des cas de diarrhée par tranche d'âge et par année

Tranche d'âge	Années				
	2005 (n=1200)	2006 (n=742)	2007 (n=944)	2008 (n=311)	2009 (n=971)

<b>0 à 4 ans</b>	<b>42,9</b>	<b>33,2</b>	<b>35,6</b>	<b>29,3</b>	<b>35,2</b>
5 à 9 ans	23,5	24,9	25,4	23,8	25,1
10 à 24 ans	25,3	25,7	23,1	28,9	21,2
25 ans et plus	8,3	16,2	15,9	18	18,5
Total	100	100	100	100	100

Les cas de diarrhée étaient majoritaires dans la tranche d'âge de 0 - 4 ans avec en 2005 (42,9%) ; 2006 (33,2%) ; 2007 (35,6) ; 2008 (29,3%) et 2009 (35,2%).

**Tableau XVIII :** Répartition des patients selon qu'ils soient référés ou non dans d'autres structures\* de référence par année

patients	Années				
	2005 (n=8850)	2006 (n=8347)	2007 (n=5658)	2008 (n=5542)	2009 (n=4964)
<b>Référés</b>	<b>0,4</b>	<b>0,3</b>	<b>0,7</b>	<b>0,2</b>	<b>0</b>
Non référés	99,6	99,7	99,3	99,8	100
Total	100	100	100	100	100

Seulement 0,4% en 2005, et 0,3% en 2006 et 0,7% en 2007 et 0,2% en 2008 et 0% en 2009 des patients ont été référés vers d'autres structures sanitaires où il existe un plateau technique plus étoffé.

\* : les structures n'étaient pas précisées.

- **Les évacuations**

-Toutes les évacuations du centre MUTEK vers d'autres structures ont été effectuées en 2008 soit 48 patients.

### **4.3 ACTIVITÉS PRÉVENTIVES ET PROMOTIONNELLE DU CENTRE DE SANTÉ MUTEK DE 2005 À 2009.**

**Tableau XIX** : Répartition du nombre de CPN1 et CPN3 selon l'année

<b>Années</b>	<b>CPN1</b>		<b>CPN3</b>	
	<b>Effectif</b>	<b>%</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
2005	251	16	116	17,9

Bilan des activités du centre de santé MUTEK

2006	254	16,2	120	18,8
2007	339	21,7	128	19,8
2008	350	22,4	135	20,9
<b>2009</b>	<b>370</b>	<b>23,7</b>	<b>146</b>	<b>22,6</b>
Total	1564	100	645	100

Les CPN1 et CPN3 ont été plus enregistrées en 2009 avec un taux de CPN1 (1564) supérieur à CPN3 (645).

**Tableau XX** : Répartition du nombre de VAT1 et VAT2 selon l'année

Années	VAT1		VAT2	
	Effectif	%	Effectif	%
2005	95	14,4	95	14,2
2006	123	18,7	125	18,9
2007	128	19,5	129	19,4
2008	135	20,5	133	20
<b>2009</b>	<b>277</b>	<b>36,5</b>	<b>183</b>	<b>27,5</b>
Total	758	100	665	100

Le VAT1 et VAT2 ont été plus enregistrés en 2009 avec un taux de VAT1 (75,8) supérieur à VAT2 (66,5).

**Tableau XXI** : Répartition des accouchements selon l'année

Années	Effectifs	Pourcentage
2005	266	19
2006	268	19,2
2007	273	19,5
2008	285	20,4
<b>2009</b>	<b>305</b>	<b>21,8</b>
Total	1397	100

Les accouchements en 2009 représentaient les 21,8% des cas.

**Tableau XXII :** Répartition des consultations post natales en fonction de l'année

<b>Années</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
2005	54	9,8
2006	78	14,2
2007	109	19,9
2008	150	27,3
<b>2009</b>	<b>158</b>	<b>28,8</b>
Total	549	100

Les consultations post natales de l'année 2009 ont été majoritaires avec 28,8%.

**Tableau XXIII :** Répartition des enfants ayant bénéficié du vaccin contre la poliomyélite (polio-0) en fonction de l'année

<b>Années</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
2005	260	18,9
2006	268	19,5
2007	270	19,7
2008	275	20
<b>2009</b>	<b>301</b>	<b>21,9</b>
Total	1374	100

L'année 2009 a enregistré le maximum de la première dose vaccin contre la poliomyélite avec 21,9%.

**Tableau XXIV :** Répartition des enfants ayant bénéficié du vaccinés contre la poliomyélite (polio3) en fonction de l'année

<b>Années</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
2005	159	16,2



Bilan des activités du centre de santé MUTEK

2006	173	17,7
2007	193	19,7
2008	<b>220</b>	<b>22,4</b>
<b>2009</b>	<b>235</b>	<b>24</b>
Total	980	100

L'année 2009 a enregistré 24% des doses de la troisième dose du vaccin contre la poliomyélite.

**Tableau XXV** : Répartition des enfants ayant bénéficié du penta 1 en fonction de l'année

Années	Effectifs	Pourcentage
2005	177	16,7
2006	201	18,9
2007	219	20,6
2008	224	21,1
<b>2009</b>	<b>241</b>	<b>22,7</b>
Total	1062	100

Le nombre de penta 1 a été majoritaire en 2009 avec 22%.

**Tableau XXVI** : Répartition des enfants ayant bénéficié du penta 3 en fonction de l'année

Années	Effectifs	Pourcentage
2005	159	16,2
2006	173	17,7
2007	193	19,7
2008	220	22,4
<b>2009</b>	<b>235</b>	<b>24,0</b>
Total	980	100

L'année 2009 a enregistré 24% du nombre de penta 3

**Tableau XXVII : Répartition du nombre d'enfants complètement vaccinés en fonction de l'année**

<b>Années</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
2005	131	17,6
2006	137	18,4
2007	148	19,9
2008	162	21,7
<b>2009</b>	<b>167</b>	<b>22,4</b>
Total	745	100

Le nombre des enfants complètement vaccinés en 2009 a été le plus élevé avec 22,4% des cas.

**Tableau XXVIII:** Répartition du nombre d'enfants sains ayant bénéficié des activités\* de la surveillance préventive en fonction de l'année

<b>Années</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
2005	187	16.8
2006	219	19.7
2007	221	19.9
2008	238	21.4
<b>2009</b>	<b>245</b>	<b>22.1</b>
Total	1110	100

Le nombre d'enfants sains ayant bénéficié de la surveillance préventive a été le plus élevé en 2009 avec 22,1%.

Ces activités\* étaient composées de : Prise du poids, la taille et du périmètre brachial.

**Tableau XXIX:** Répartition des femmes ayant utilisé une méthode de planification familiale\* en fonction de l'année

<b>Années</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
2005	105	14,2
2006	144	19,5

## Bilan des activités du centre de santé MUTECH

2007	149	20,1
2008	168	22,7
<b>2009</b>	<b>174</b>	<b>23,5</b>
Total	740	100

Le nombre de planning familial effectué en en 2008 a été le plus élevé avec 23,5%.

\*Type de planning effectué à la MUTECH : Nor-provera, dispositif intra-utérin, et pilplan.

**Tableau XXX** : Répartition des séances d'IEC\* en fonction de l'année

<b>Années</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
2005	49	13,8
2006	53	14,9
2007	69	19,4
2008	87	24,4
<b>2009</b>	<b>98</b>	<b>27,5</b>
Total	356	100

Les séances d'IEC en 2009 ont été les plus nombreuses avec 27,5% des cas.

\*Les IEC portaient sur :

- Hygiène et assainissement ;
- Nutrition ;
- L'utilisation de moustiquaires imprégnées.

## **V. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS**

Notre étude a colligé les dossiers des patients sur une période de 5 ans allant de Janvier 2005 à Décembre 2009 au centre de santé MUTECH.

Au cours de cette période nous avons recensé 45430 consultants (dont 12062 préventives et 33361 curatives). Les activités promotionnelles réalisées durant cette période étaient au nombre de 356.

Nous avons rencontré quelques difficultés au cours de cette étude :

Beaucoup de rapports d'activités trimestriels (RTA) étaient incomplets, ce qui a rendu difficile la collecte des données.

La discussion s'articulera autour de :

### **- l'atteinte des objectifs**

L'objectif de notre étude était d'établir le bilan des activités du centre de santé MUTEK de 2005 à 2009.

Nous avons pu décrire les activités curatives, préventives et promotionnelles ainsi nous pensons que l'objectif a été atteint.

### **- la validité et la qualité des résultats obtenus**

L'étude a été réalisée avec collecte rétrospective des données chez des consultants vus dans le centre de santé MUTEK de 2005 à 2009. Tous les dossiers accessibles ont été exploités de façon exhaustive à l'aide des fiches de dépouillement. Il s'agissait entre autres des registres des consultations et les rapports d'activités trimestriels (RTA). Cette méthode était conforme à nos objectifs. Ainsi les résultats issus de notre étude ne sont valables que pour le centre de santé MUTEK.

## **1. Données sociodémographiques**

### **❖ Age et sexe**

Dans notre étude la tranche d'âge de 25 ans et plus était la plus concernée de 2005-2009 avec respectivement 47,2%, 55,1%, 42,6%, 47,2%, 58,5%.

MAÏGA R Y. [7] avait trouvé 48,8% dans la même tranche d'âge.

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que cette couche représente la plus élevée de la population [5].

Il découle de notre étude une légère prédominance féminine de 2005 à 2009 avec respectivement 50,3% ; 50,1% ; 51,5% ; 51,1% ; 56,3%.

BALDÉ B. [8] ; KWEN F. [9] ont obtenu également une prédominance féminine avec respectivement 57,26% et 51,2%.

Par contre l'étude faite par Dolo A. [10] a révélé une prédominance masculine avec 58,1%.

Cette prédominance féminine pourrait s'expliquer non seulement par la dominance du sexe féminin au sein de la population générale (50,5 % de femmes contre 49,5 % des hommes selon RGPH3) mais aussi par leur disponibilité.

#### ❖ La provenance des patients

La majorité des patients provenait de la commune V avec 19,6 %. Notre résultat est comparable à celui d'une étude faite dans la même structure par MAÏGA R Y. [7] qui avait trouvé 21,5% pour la commune V. Cela pourrait s'expliquer par la proximité de cette commune à la MUTEK.

## 2. Activités curatives.

Le paludisme a été le diagnostic le plus représenté de 2005 à 2009 avec respectivement avec 46,9% ; 48% ; 40,3% ; 18,9% ; 20,6% ; suivi des IRA 15,5% (2005) ; 25% (2006) ; 20,2% (2007); 17,2% (2008) ; 20,3% (2009) et diarrhées 13,6% (2005) ; 8,8% (2006) ; 16,7% (2007); 5,6% (2008) ; 19,6% (2009).

MOUSSA S. avait eu respectivement 42,3%, 20,5% et 11,2% dans son étude réalisée au CSCOM de Bacodjicoroni [11].

GUINDO B. dans son étude réalisée au CSCOM de Molodo a trouvé 38,4% pour le paludisme, 26,4% pour les IRA et 13,2% pour la diarrhée [12].

Cela s'expliquerait par le fait que ces trois pathologies constituent les premières causes morbidités au Mali.

❖ **Paludisme et âge** : dans notre étude la tranche d'âge de 0 - 4ans était la plus représentée de 2005 à 2009 avec respectivement 37,1% ; 32,5% ; 38,4% ; 38,5% ; 33,3%.

ROSIE L. [13] et SIDIBÉ A. [14] ont trouvé respectivement 23,5% pour la tranche d'âge 0 – 9 ans et 41,9% pour la tranche d'âge de 1 -4 ans.

Cela pourrait s'expliquer qu'au Mali, comme dans la majorité des pays au sud du Sahara, le paludisme demeure l'endémie majeure et la première cause de morbidité et de mortalité dans les groupes les plus vulnérables, notamment parmi les enfants de moins de cinq ans [5].

❖ **IRA et âge** : Elles étaient la deuxième pathologie la plus représentée.

La tranche d'âge de 0 - 4 ans était plus concernée avec en 2005 (31,5%) ; 2006 (31,1%) ,2008 (30,9%) et 2009 (30,2%) par contre en 2007 (35,9%) la tranche d'âge de 5 à 9 ans dominait.

Une étude faite au CHU de Yopougon a montré également que les IRA représentaient 16,17% des hospitalisations ; 85,40% des moins de 5 ans [15]. SIDIBÉ A. [14] avait trouvé 20,7% chez les enfants de moins d'un an.

Cette situation pourrait s'expliquer par le fait que durant les premières années de vie, leur système respiratoire demeure immature.

❖ **La diarrhée et âge:** C'était la troisième pathologie de notre étude.

Elles étaient présentes à tout âge, isolées ou associées à une autre pathologie mais prédominaient chez les enfants de moins de 4 ans avec en 2005 (42,9%) ; 2006 (33,2%) ; 2007 (35,6) ; 2008 (29,3%) et 2009 (35,2%).

EDSIV (2006) a trouvé que la prévalence de la diarrhée est particulièrement importante chez les jeunes enfants de 6 - 11 mois (20 %) et de 12-23 mois (22 %) [5].

Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que ces âges de forte prévalence sont aussi les âges auxquels les enfants commencent à recevoir des aliments autres que le lait maternel et à être sevrés. Ils correspondent aussi aux âges auxquels les enfants commencent à explorer leur environnement, ce qui les expose davantage à la contamination par des agents pathogènes.

❖ **Référence vers d'autres structures:**

Seulement 0,3% en 2005, et 0,4% en 2006 et 0,7% en 2007 et 0,2% en 2008 et 0% en 2009 des consultants soit 115 malades durant les 5 années ont été référés vers d'autres structures sanitaires où il existe un plateau technique plus étoffé non précisées dans les registres et les RTA.

DOLO A T. trouvait en 1990 un taux de référence de 0,4% [10].

❖ **Aspects para cliniques**

L'examen biologique le plus demandé a été la goutte épaisse avec en 2005 (31,7%) et 2009 (29,4%) par contre le test de Widal et Félix était majoritaire en 2006 (31,1%) et 2008 (19,7).

Cela pourrait s'expliquer par le fait que la fièvre a été le motif de consultation le plus élevé.

MAIGA R Y avait trouvé 19, 9% en faveur du sérodiagnostic Widal et Félix [7].



Parmi les autres examens para cliniques l'échographie a été plus demandée en 2005(51,7%), 2006(40,3%) ,2008(32,1) et 2009(29,4%) tandis que la demande de la Radiographie standard a été plus représentée en 2007(29,4).

#### ❖ Statut des patients

On retient qu'il n y a que 15,9% des consultants qui sont adhérents à la MUTEK, alors que 60,3 % sont des non adhérents et 23,8% des adhérents de la garantie santé.

Ceci pourrait s'expliquer par un manque de sensibilisation de la population.

### **3. Les activités préventives et promotionnelles.**

la proportion du nombre des activités préventives et promotionnelles réalisées au cours des 5 années a augmenté de façon progressive de 2005 a 2009 : CPN1 de 251 a 370, le VAT1 de 75 a 217, le nombre d'accouchement de 266 a 305, CPON de 54 a 1587, enfants complètement vaccinés de 131 a 167, enfants sains surveillés de 187 a 245, le nombre de planning familial de 105 a 174, séances d'IEC de 49 a 98.

Cela s'expliquerait par l'augmentation du nombre d'adhérent et de la population globale

## **VI : CONCLUSION ET SUGGESTIONS**

### ❖ CONCLUSION

A l'issu de cette étude nous tirons les conclusions suivantes :

- Ce centre reflète les structures de soins de premier niveau du district de Bamako.

- Il est géré par une association mutuelle et possède un «paquet minimum d'activités» composé de soins curatifs, des activités préventives et promotionnelles ;
- Il sert plus à la population de la commune V mais aussi à toutes les autres;
- Il est fréquenté par toutes les tranches d'âges mais les adultes sont majoritaires ;
- Il reçoit moins d'adhérents que de non adhérents;
- L'échographie et la radiographie ont été les plus demandées ;
- Le paludisme, les IRA, et les diarrhées ont été les pathologies dominantes avec un faible taux de référence et évacuation dans les autres structures non précises dans les supports;
- L'affluence des activités préventives et promotionnelles réalisées au cours des 5 années, augmentent de façon progressive.

### ❖ SUGGESTIONS

Au terme de cette étude nous suggérons :

➤ **A La Direction de la MUTECH :**

- Doter la MUTECH d'une radiographie standard.
- Remplir correctement les supports d'enregistrement des patients.

-Mentionner toujours dans le registre de consultation les lieux de références ou d'évacuation.

-Renforcer la sensibilisation de la population sur les avantages de l'adhésion à la MUTECH.

## **VII-RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

### **1. KONÉ M.**

Dépense de prise en charge des urgences en gynéco obstétrique dans les deux hôpitaux (HPG et HGT).Thèse de medecine-1997.

### **2. BOIRÉ M.**

Évaluation de la qualité de soins dans certains services médicaux, médico-techniques et pharmaceutiques de L'HGT. Bamako 2000

**3. CHOBLI M. Massougbodji D'almeida. M Agboton H. Sanou J. Madougou M. et coll** .créer un service d'aide médicale d'urgence dans un pays en voie de développement: luxe ou nécessité? 44<sup>me</sup> congrès National d'anesthésie réanimation. Société française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) 2002 :1-2

#### **4. UTM**

Loi 96-022 du 21 février 1996 : Découverte et connaissance de la mutualité au Mali

#### **5. Enquête Démographique et de Santé**

E.D.S.M – IV Mali 2006

#### **6. Ministère de la santé, de la solidarité et des personnes âgées**

Analyse de la situation des SMI au Mali, novembre 1997

#### **7. MAÏGA R Y.**

Évaluation de la prise en charge des adhérents de la garantie santé dans le Centre de santé MUTEK, thèse de médecine : FMPOS, 2008, P36

#### **8. BALDÉ B.**

Étude épidémiologique de l'Asacobafa Thèse médecine Bamako 1997.

#### **9. KWEN F.**

Évaluation du CSCOM de Magnanbouyou. Thèse médecine Bamako 1997.

#### **10. DOLO A T.**

Activités de soins dans le CSCOM de Sangha, thèse de Médecine, Bamako : FMPOS, 2001, p48-56

#### **11. MOUSSA S.**

Étude analytique des activités du CSCOM de Bacodjicoroni de l'année 2003, Thèse de médecine, FMPOS : 2005, p61

**12. GUINDO B.**

Analyse des données du système local d'information sanitaire sur le paludisme les IRA et diarrhées dans le cercle de Niono, thèse de médecine, Bamako : FMPOS, 2006, P27 à 48

**13. ROSIE L.**

Étude de la qualité des consultations curatives et prénatales au CSCOM de l'hippodrome, thèse de médecine Bamako : 2005, p54-56.

**14. SIDIBÉ A.**

Étude de la prévalence des principaux motifs de consultation dans le centre de santé de Sirakoro Meguetana et des médicaments, thèse de médecine : FMPOS 2008, p49

**15. ADONI L Y. et Coll.**

Place des infections respiratoires dans les hospitalisations pédiatriques au CHU de Yopougon. Publications Médicales Africaines, 1994, N° 129.

**ANNEXES 1**

**FICHE DE DÉPOUILLEMENT**

**A. IDENTIFICATION**

**Date**...../...../200.....

**Q1.Age**

.....

1 : 0 – 4 ans ; 2 : 5 à 9 ans, 3 : 10 à 24 ans, 4 : 25 ans et plus

**Q2.Sexe**

.....

1 : Masculin 2 : Féminin

**Q3.Ethnie**

.....

1 : Senoufo ; 2 : Bambara, 3 : Sarakolé, 4 : peulh ; 5: Dogons; 6 : Sonrhäï ; 7 : Malinké ; 8 : Minianka ; 9 : Autres (bozo, bobo, Maure, Kasouké etc).

**Q4 .Patients**

.....

1 : Ménagère ; 2 : Enfant (0 – 4 ans) ; 3 : Elève; 4 : Enseignant ; 5 : Commerçant ; 6 : Etudiant ; 7 : Artiste ; 8 : Secrétaire ; 9 : Autres (chauffeur ; maçon ; manœuvre ; cultivateur)

**Q4.Résidences**

.....

1 : CI ; 2 : CII ; 3 : CIII ; 4 : CIV ; 5 : CV ; 6 : CVI ; 7 : autres (Kanadjiguila, Moribabougou, Baguinéda , Banankoro etc....)

**Q5 .Statut**

.....

1 : Adhérents Garantie Santé; 2 : Adhérent MUTEK; 3 : non Adhérent

**B. ACTIVITÉS CURATIVES**

**Q1. Motifs de consultation**

.....

1 : Fièvre ; 2 : Vomissements ; 3 : Rhinorrhée ; 4 : Amaigrissement ; 5 : Toux ;  
6 : Diarrhée ; 7 : Vertige ; 8 : Météorisme abdominal ; 9 : dysphagie ; 10 :  
Hématurie; 11 : Ulcération génitale ; 12 : Autres

**Q2 .Diagnostic**

.....

1 : Paludisme ; 2 : HTA ; 3 : Diarrhée ; 4 : IRA haute ; 5 : IRA basse ; 6 :  
Angine ; 7 : Parasitoses ; 8 : IST ; 9 : Bilharziose urinaire ; 10 : Carie et autres  
affection de la bouche ; 11 : Traumatismes plaies ; 12 : Trouble lié à la  
grossesse ; 13 : Autres.

**Q3 Examen biologique**

.....

1 : NFS ; 2 : Glycémie ; 3 : Goutte Eppaisse ; 4 : Groupage rhésus ; 5 : Widal et  
Félix ; 6 : Test d'emmel ; 7 : Créatinémie ; 8 : ASLO ; 9 : Selle POK ; 10 : BW ;  
11 : ECBU ; 12 : Frottis vaginale ; 13 : Autres (AgHBS, Toxoplasmosse,  
Calcémie, Albuminurie, sucre, Transaminase, Azotémie).

**Q4. Autres examens para cliniques**

.....

1 : Echographie ; 2 : Radiographie ; 3 : Fibroscopie ; 4 : Fond oeil.

**Q5.Référe à d'autres structures**

.....

1 : Oui ; 2 : Non

**Q6.Evacué à d'autres structures**

.....

1 : Oui ; 2 : Non

**Q7.Paludisme**

**a. Age**

.....

Bilan des activités du centre de santé MUTEK

1 : 0 – 4 ans ; 2 : 5 à 9 ans, 3 : 10 à 24 ans, 4 : 25 ans et plus

**b. Sexe** .....

1= Masculin 2 = Féminin

**Q8.IRA**

**a. Age**

.....

1 : 0 – 4 ans ; 2 : 5 à 9 ans, 3 : 10 à 24 ans, 4 : 25 ans et plus

**b. Sexe** .....

1= Masculin 2 = Féminin

**Q9.Diarrhée**

**a. Age**

.....

1: 0 – 4 ans ; 2 : 5 à 9 ans, 3 : 10 à 24 ans, 4 : 25 ans et plus

**b. Sexe** .....

1= Masculin 2 = Féminin

**C.ACTIVITÉS PRÉVENVIVES :**

.....

1 : Penta1 ; 2 : Penta3 ; 3 : Polio-0 ; 4 : Polio-3; 5: VAT1 ; 6 : VAT2 ; 7 : CPN1 ; 8 : CPN3; 9: Accouchement; 10: CPON; 11: PF.

**D: ACTIVITÉS PROMOTIONNELLES:**

**IEC** .....

1 : oui; 2 : non

**ANNEXE 2**

**FICHE SIGNALÉTIQUE**



Bilan des activités du centre de santé MUTECH

Nom **MAÏGA**

Prénom **Fatoumata**

**Titre de la thèse :** Bilan des activités du centre de santé MUTECH (de janvier 2005 à décembre 2009)

Année universitaire: **2010 – 2011**

Ville de soutenance: Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie (FMPOS)

Secteur d'intérêt : Santé Publique.

### **ANNEXE 3**

#### **RÉSUMÉ :**

## Bilan des activités du centre de santé MUTEK

Il s'agissait d'une étude rétrospective portant sur les dossiers de 45430 nouvelles consultations du centre de santé MUTEK. Le but de ce travail était d'identifier les principales activités des 5 dernières années du centre ainsi que les besoins des patients qui y fréquentent afin d'améliorer sa prestation et satisfaire ses clients. L'étude a pu faire ressortir du point de vue fréquentation du centre que la population de la commune V est majoritaire avec 19,6 % ; les non adhérents sont les plus représentés avec 60,3% ; les ménagères fréquentent le plus avec 22,4 % ; le centre mène toutes les activités de santé : curative, préventives et promotionnelles. L'examen biologique le plus demandé a été la goutte épaisse ; l'échographie et la radiographie ont été les examens complémentaires les plus demandés les 3 dernières années dans une proportion de 30-40% des examens para cliniques ; les pathologies les plus concernées ont été le paludisme suivit des IRA et de la diarrhée ; les activités préventives et promotionnelles augmentaient chaque année.

**Mots clés** : Bilan d'activité - MUTEK.

## **ANNEXE 4**

### **SERMENT D'HIPPOCRATE**

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

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

**Admise** 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 de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

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

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

**Respectueuse** et reconnaissante 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 couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Je le jure