

MINISTERE DES ENSEIGNEMENTS
SECONDAIRE SUPERIEUR ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE – UN BUT – UNE FOI

FACULTE DE MEDECINE
DE PHARMACIE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE SCOLAIRE: 1998-99

N° 25

L'ACTIVITE CHIRURGICALE GYNECO-
OBSTETRICALE EN PRATIQUE DE VILLE :
EXEMPLE DE LA CLINIQUE « LE HOGON »

THESE

Présentée et soutenue publiquement

Lejanvier 1999

Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie du Mali

Par

Mr Aliou DOLO

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(DIPLÔME D'ETAT)

Jury:

Président : Professeur Kalilou OUATTARA

Membres : Professeur Gaoussou KANOUTE
Docteur Alou Badara MACALOU

DIRECTEUR DE THESE: Professeur Amadou DOLO

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

ADMINISTRATION

DOYEN : **MOUSSA TRAORE** - PROFESSEUR

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

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

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

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

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Aliou BA	Ophthalmologie
Mr Bocar SALL	OrthopédieTraumatologie.Sécourisme
Mr Souléyman SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L.TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Mohamed TOURE	Pédiatrie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie

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

D.E.R.CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie-Traumatologie, Chef de D.E.R
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Alhousséini Ag MOHAMED	O.R.L. Chef de DER
Mr. Abdoulaye K. DIALLO	Anesthésie- Réanimation
Mr. Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mme SY Aissata SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif Diakité	Gynéco-Obstétrique

4. ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUE

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

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

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

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

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

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Yénimégué A.DEMBELE	Chimie Organique
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Bakary M.CISSE	Biochimie
Mr Abdrahamane S.MAIGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie

4. MAITRES ASSISTANTS

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

5. ASSISTANTS

Mr Mounirou BABY	Hématologie
Mr Mahamadou A.THERA	Parasitologie

D.E.R.DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES1. PROFESSEURS

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

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

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

3. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

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

4

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

Pédiatrie
Psychiatrie
Endocrinologie
Radiologie
Radiologie

3. ASSISTANT

Mr Cheick Oumar GUINDO

Neurologie

D E R DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Boubacar Sidiki CISSE

Toxicologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Arouna KEITA
Mr Ousmane DOUMBIA

Matière Médicale
Pharmacie Chimique

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr. Boukassoum HAIDARA
Mr Elimane MARIKO

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

3. MAITRES ASSISTANTS

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

Matières Médicales
Galénique
Toxicologie
Galénique

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sidi Yaya SIMAGA

Santé Publique (chef D.E.R.)

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Moussa A. MAIGA

Santé Publique

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Yanick JAFFRE
Mr Sanoussi KONATE

Anthropologie
Santé Publique

4. MAITRES ASSISTANTS

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

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Bakary I.SACKO	Biochimie
Mr Sidiki DIABATE	Bibliographie
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souléymanne GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Nyamanto DIARRA	Mathématiques
Mr Mamadou Bocary DIARRA	Cardiologie

ENSEIGNANTS EN MISSION

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

DEDICACES

Je dédie ce travail à

- A MON PERE FEU INGRE DOLO IN MEMORIUM

Cher père c'est le moment plus que jamais pour moi de me prosterner sur ta tombe.

Vous restez pour moi un modèle. Vous m'avez inscrit à l'école attendant avec impatience le produit de vos efforts. Mais hélas Dieu en a voulu autrement .

Puisse ce travail vous faire plaisir jusque dans votre dernière demeure. Que le tout Puissant t'accueille dans son paradis

- A MA MERE

Peu de femmes ont vécu ce que vous avez enduré pour vos enfants. De près ou de loin votre tendre affection ne nous a jamais fait défaut.

Trouve dans ce travail mon indéfectible attachement.

- A MON FRERE AINE

Vous êtes pour moi plus qu'un frère, un guide, un conseiller, un sauveur. Que Dieu vous assiste et vous donne la joie de vivre.

- A MES FRERES ET SOEURS

Ibrahim, Djenèba, Maïmouna, Mariam, Abdoulaye, Oumar, Yaya, Issa, Aïssata (Nanou), Nana, Tidiane, Nouhoum, Youma.

Restons unis pour honorer Papa et mamans.

- A MON FRERE ISMAEL DOLO IN MEMORIUM

Tragique destin

- A MES TANTES ET ONCLES

Une liste nominative serait trop longue
Soyez rassuré de ma profonde reconnaissance

- A MA FUTURE EPOUSE KOURA DIALLO

Les mots me manquent pour t'apprécier à juste titre.

Vertueuse, modeste, lucide, raffinée, le chemin est long et tumultueux. Tu es pour moi une sœur, une confidente, sage, améliore toi au fil des années comme le bon vin en vieillissant

Ton amour, ton affection et ta tendresse m'ont permis de surmonter plusieurs obstacles dans la réalisation de ce travail. Que Dieu te donne la force et le courage de supporter mes caprices.

REMERCIEMENTS

JE REMERCIE

- Dieu le tout Puissant, le Clément, le très Miséricordieux de m'avoir donné la vie, le courage et les potentialités nécessaires. Continuer à m'assister. Amen.

- A MES BEAUX FRERES

La bonne réalisation de ce travail a été votre souci constant. Grand merci pour vos conseils.

- A MON BEAU FRERE YOUSOUF COULIBALY

Douloureusement arrachée à notre affection.

- A MES NEVEUX ET NIECES

Courage, le parcours est assez long.

- AUX FAMILLES DOLO, BA, DIALLO, DEM, THIAM, NIANG, TAMBADOU, ROUAMBA.

C'est l'occasion pour moi de vous adresser mes vifs remerciements.

Trouvez ici l'expression de ma gratitude et de ma profonde reconnaissance.

- A MES AMIS

- Idrissa Mama DIARRA
- Aboubacar CISSE
- Souleymane DOUMBIA
- Seydou KEITA
- Mamadou CISSOKO
- Malick SIDIBE
- Fousseyni KALOGA
- Abdoulaye TRAORE
- Hamadoun KASSAMBARA

- Dr Kassim KAYENTAO

- Dr Idrissa COULIBALY

Pour les moments agréables passés ensemble et pour votre soutien moral et matériel. Qu'ils trouvent ici l'expression de ma profonde gratitude.

- **AU DR BELCO POUADIOUGOU**

Malgré votre lourd emploi du temps, vous parvenez toujours à me consacrer beaucoup de temps. Profondément reconnaissant.

- **A TOUS MES PROMOTIONNAIRES**

- **A LA DIRECTRICE ET A TOUT LE PERSONNEL DE LA CLINIQUE « LE HOGON »**

C'est l'occasion pour moi d'exprimer toute ma reconnaissance pour votre aide inestimable à l'élaboration de ce travail. Ce travail est aussi le votre.

Votre disponibilité ne m'a jamais fait défaut.

Croyez moi, je ne l'oublierai jamais.

Grand merci.

- **AU PERSONNEL DU SERVICE DE GYNECOLOGIE ET D'OBSTETRIQUE**

- Aux Dr KEITA Badi

- Dr TRAORE Mamadou

- Dr DIALLO Fanta Sambou

- Dr DIARRA Issa

- Dr DIARRA Elhadj

Pour l'enseignement que j'ai reçu de vous

- **Aux Dr TRAORE Oumar et Modibo Timbo**

Pour vos encouragements, mes sincères remerciements

- Au major DIALLO Amadou

- Aux sages femmes

Mme CISSE Fanta , Mme KANE , Mme KEITA Assa, Mme CAMARA,
Mme TOURE, Mme CISSE Kady, Mme DIALLO, Mme TRAORE, Mme
DIALLO, Mme MAIGA, Mme N'DIAYE .

Vous m'avez assisté et appris les secrets de votre noble art. Sincère
reconnaissance.

- A TOUTES LES INFIRMIERES

- A MES COLLEGUES DU SERVICE DE GYNECOLOGIE

Aminata TRAORE , Dr Dian SIDIBE, Coumba MAIGA, Amaguiré SAYE,
Aissata ONGOIBA, Mouminatou KATILE, Abdramane DICKO, Abdoulaye
KONE, Evelyne MOUTONGO, Ibrahim BAMBA, Alain N'ZEFA

- A TOUS LES INTERNES DE LA PROMOTION 1998

AUX MEMBRES DU JURY

Notre maître et Président du Jury

Professeur Kalilou OUATTARA

Professeur Titulaire en Urologie

**Enseignant à la faculté de médecine de pharmacie et d'Odontostomatologie (FMPOS)
du Mali.**

Chef de service de l'Urologie de l'hôpital national du Point « G »

Votre grande expérience chirurgicale.

Le dogme de la modestie et de la rigueur dans le travail font de vous un homme admirable.

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider le jury de notre travail.

Permettez-nous, cher maître, de vous exprimer nos vifs remerciements et notre profond respect.

Notre maître et membre du jury

Professeur Gaoussou KANOUTE

Professeur de chimie analytique

Directeur de l'Hôpital National du Point « G »

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger notre travail.

Soyez assuré, cher maître de notre profonde gratitude.

Docteur Alou Badara MACALOU

Gynécologue-obstétricien

Directeur de la clinique « Filany »

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de siéger dans ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre disponibilité constante, l'amabilité et la gentillesse de votre accueil nous ont beaucoup impressionnés.

Trouvez ici l'expression de notre plus haute considération

Nôtre maître et Directeur de Thèse

Monsieur le Professeur Amadou DOLO

Maître de conférence agrégé en Gynéco-Obstétrique

Chef du service de Gynécologie-obstétrique de l'hôpital national du Point « G »

Président de la société médicale du Mali

Notre maître et membre du jury

Cher maître, la vertu, l'intégrité, la rigueur, le courage, les qualités humaines sont certes des traits de votre personnalité qui nous ont comblés.

La clarté de votre enseignement, votre encadrement constituent l'essaim noir indélébile qui va nourrir vos étudiants comme un miel noir. Votre dévouement pour le bien-être de la femme reste un exemple pour nous .

Les mots nous manquant pour effleurer vos qualités cher maître recevez notre sacerdoce de toujours vous honorer en honorant la Médecine et l'expression de notre sincère reconnaissance, de notre profond respect.

SOMMAIRE

	Pages
CHAPITRE I : INTRODUCTION	1
CHAPITRE II . GENERALITES	5
CHAPITRE III . METHODOLOGIE	26
1- Cadre de l'étude	26
2- Méthode et matériel	29
CHAPITRE IV. RESULTATS	31
CHAPITRE V . COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS	48
CHAPITRE VI. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	58
BIBLIOGRAPHIE	62
Résumé :	

CHAPITRE I :
INTRODUCTION

INTRODUCTION

La médecine profession libérale dans les pays industrialisés est restée longtemps étatisée dans les pays en développement.

Dans les années quatre vingt, ses principaux adeptes étaient les pays industrialisés et quelques nations d'Amérique latine. Ensuite elle s'est répandue rapidement dans certains pays en développement puis dans le reste du monde. Aujourd'hui une majorité des nations parmi lesquelles de nombreux pays d'Asie du sud et de l'est et d'Afrique sub-saharienne ont leur programme de privatisation [25].

La privatisation des professions socio-sanitaires est une expérience récente en République du Mali.

En 1983 le Mali va connaître une crise économique et financière et dans le cadre de l'ajustement structurel les autorités ont pris un certain nombre de mesures:

- la réduction du personnel de la fonction publique par le concours et la retraite anticipée ;
- la libéralisation de certains secteurs jusque là exclusivement étatiques comme le secteur socio-sanitaire.

C'est ainsi qu'en 1985 la conjugaison d'un certain nombre de facteurs et les besoins qui lui sont inhérents (le manque d'infrastructures suffisantes et d'équipements pour une meilleure prise en charge dans les structures publiques, le chômage, l'éloignement des structures sanitaires, une mauvaise organisation du personnel associée à une lenteur administrative) vont contribuer à promouvoir la création des structures hospitalières privées.

Le 22 juin 1985 a été votée la loi n° 85-41 / AN-RM autorisant l'exercice privé des professions sanitaires. La loi n° 86-35 -AN-RM du 12 Avril 1986 institua l'ordre national des médecins ainsi que le code de déontologie.

En 1991, un décret a fixé les modalités d'action de l'exercice privé des professions sanitaires.

Les conditions d'accès aux professions sanitaires et les types d'établissements médical et paramédical sont précisés par le document précité. Ainsi par établissements médical et paramédical on entend:

- le cabinet de consultation ;
- la clinique médicale, chirurgicale et d'accouchement ;
- le cabinet de soins (physiothérapie, kinésithérapie et soins infirmiers) ;
- le laboratoire d'exploration fonctionnelle ;
- le laboratoire d'analyses biomédicales ;
- le laboratoire de radiologie ;
- le centre de rééducation ;
- le centre de cure.

Un recensement des établissements sanitaires privés effectué par l'Inspection Nationale de la santé en juillet 1996 fait état de :

- 8 cabinets dentaires ;
- 34 cabinets de consultation et de soins ;
- 15 cliniques médicales ;
- 3 cliniques d'accouchement ;
- 28 cabinets de soins infirmiers ;
- 1 lunetterie ;
- 152 officines de pharmacie ;
- 1 cabinet de radiologie ;
- 93 dépôts pharmaceutiques ;
- 2 laboratoires d'analyse médicale dont un seul ouvert ;
- 6 établissements d'importation [5].

Après 13 années d'exercice de la médecine privée au Mali, il nous a alors paru opportun de faire un bilan.

Pour ce faire nous avons choisi la clinique « Le Hogon » sise à Korofina sud comme cadre de notre étude. Celle ci a pour objectif général de faire le bilan de l'activité chirurgicale gynécologique et obstétricale dans cette structure privée.

Les objectifs spécifiques sont les suivants :

- déterminer le nombre et la nature des interventions chirurgicales dans la période d'étude ;
- définir la place de l'activité chirurgicale parmi les autres activités de la clinique ;
- déterminer les caractéristiques socio-démographiques des malades opérées ;
- déterminer le niveau et l'évolution des recettes en rapport avec l'activité chirurgicale pendant la période d'étude ;
- faire les recommandations en vue de l'augmentation des prestations chirurgicales au sein de la clinique.

CHAPITRE II

GENERALITES

GENERALITES

Elles porteront sur la médecine privée et la chirurgie gynéco-obstétricale

1- LA MEDECINE PRIVEE [5]

1-1- HISTORIQUE

Dès que le Mali a acquis son indépendance le gouvernement a adopté un plan quinquennal (1961-1965) ayant pour objectifs principaux:

- de développer la production agricole et animale dans un cadre socialiste pour renforcer l'indépendance alimentaire du pays et augmenter les exportations ;
- de jeter les bases d'une économie planifiée, diversifiée par la recherche systématique des richesses minières et pétrolières du sous sol , l'étude des possibilités hydro-énergétiques et la valorisation de l'industrie des principales productions brutes ;
- de réaliser des investissements d'infrastructure (transport, administration, santé, éducation) qui permettent un nouvel essor de la production au cours des plans ultérieurs.

Dans le domaine de la santé ce plan quinquennal a été surtout consacré à la mise en place rapide des infrastructures en même temps qu'une organisation nouvelle des services de santé de prévention sur l'ensemble du territoire.

En 1964 fut élaboré le plan décennal, en 1966 1976 le plan de développement des services axé sur celui des services de santé de base. Ce plan contenait les directives suivantes:

- l'extension de la capacité des hôpitaux existants et leur modernisation technique ;
- la poursuite de la décentralisation avec comme objectif la dotation de chacune des six régions sanitaires du territoire d'un hôpital complet (comportant tous les services spécialisés de médecine, chirurgie radiologie, pédiatrie).

Le plan quinquennal n'ayant malheureusement pas permis de développer comme on l'espérait le secteur de l'agriculture considéré comme prioritaire, il s'en est suivi un blocage des actions sanitaires et de ce fait le plan décennal qui devait continuer et consolider les actions entreprises pendant le plan quinquennal a vu son exécution compromise.

Le deuxième séminaire national de santé publique et des affaires sociales tenu en Novembre 1978, deux mois après la conférence de ALMA ATA (en ex U.R.S.S.) a fait le constat de la faible couverture sanitaire de la population et a adopté la stratégie des soins de santé primaire comme seule capable d'atteindre l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000.

A la suite de différents plans de développement socio-sanitaires, des progrès notables ont été enregistrés mais il reste encore beaucoup à faire et on peut faire le constat suivant :

- la couverture sanitaire reste insuffisante ;
- existence d'une pénurie de médicament dans les formations sanitaires ;
- éloignement de certaines formations sanitaires des centres principaux ;
- persistance du chômage des jeunes médecins et d'autres professionnels de la santé.

Du bilan des maux existants et de la conjoncture économique internationale, il apparaît que l'état n'est pas en mesure de soutenir l'effort d'investissement destiné à étendre la couverture en formations sanitaires. Pour cela il fallait chercher d'autres solutions.

Le troisième séminaire de la santé publique et des affaires sociales tenu à Bamako le 26 Novembre 1983 a recommandé la libéralisation des professions socio-sanitaires.

Le conseil national de l'union démocratique du peuple malien (U.D.P.M) lors de sa session des 27-28-29 Février et du 1 .03. 1984 a approuvé la privatisation des professions socio-sanitaires.

Par la suite un an après apparaît le premier texte fondamental qui autorise l'exercice privé de la médecine au Mali. ; il s'agit de la loi n° 85- 41 / AN-RM du 22 juin 1985 portant autorisation de l'exercice privé des professions sanitaires.

1-2- LA JUSTIFICATION DE LA PRIVATISATION

La République du Mali après deux décennies de gestion de son économie s'est trouvée en face de profonds déséquilibres . Le secteur agricole ne répond plus à son rôle de catalyseur de l'économie, le secteur d'état est devenu un fardeau pour l'économie nationale. Le service de la dette ampute de plus en plus le budget national. Au bout du rouleau c'est une crise économique et financière persistante qui sévit dans le pays.

Confrontée à cette situation, les autorités maliennes firent appel au Fond Monétaire International (F.M.I) pour un ajustement structurel . Depuis 1982 trois programmes correspondant à trois accords de confirmation furent approuvés assortis d'une panoplie de mesures auxquelles le Mali est tenu de se soumettre.

Les trois accords de confirmation étaient ainsi programmés:

- l'accord de Mai 1982 à Mai 1983 pour un montant de 30,4 milliards de DTS (droit de tirage spécial): $1 \text{ DTS} = 471 \text{ CFA} = 0,88867 \text{ D'OR}$;
- l'accord de Décembre 1983 à Avril 1985 : 40,5 millions de DTS ;
- l'accord de Juin 1985 à Décembre 1986 : 22,6 millions de DTS ;
- Soit au total 93,8 millions de DTS équivalent à 44,2 milliards de Francs CFA.

La mise en exécution du programme d'ajustement structurel se fait au moyen de certains instruments de politique économique et de certaines reformes institutionnelles.

Les reformes institutionnelles entreprises par les autorités maliennes en ce qui concerne le secteur d'état sont:

- la réduction du personnel de la fonction publique et les incitations à l'emploi dans le secteur privé par l'instauration du concours d'entrée dans la fonction publique, l'incitation au départ volontaire de la fonction publique ;
- le redressement des sociétés et entreprises d'état et le désengagement de l'état de certaines autres par la cogestion, la liquidation ou la privatisation.

C'est ainsi que les cadres de la santé, organisés au sein du syndicat national de la santé publique et des affaires sociales ont tiré des arguments à partir de cette politique en vue de parvenir à la privatisation de la médecine.

En effet, les raisons avancées sont d'ordre socio-économique:

- la création de nouveaux emplois (donc d'éviter l'exode des cerveaux) ;
- contribution à la réduction des dépenses consacrées à l'évacuation des malades vers l'extérieur.

C'est en 1985 que le gouvernement du Mali a autorisé l'exercice à titre privé des professions socio-sanitaires suite aux revendications soutenues de longue date des agents socio-sanitaires. Cette mesure devait :

- assurer une plus longue couverture sanitaire du pays en donnant la possibilité à des acteurs autre que l'état d'ouvrir des établissements sanitaires ;
- créer des emplois pour les jeunes diplômés que l'état continue de former et qu'il ne peut plus recruter dans la fonction publique du fait de l'ajustement structurel ;
- assurer l'émergence d'une médecine de qualité par un appel aux investissements privés, l'emploi des spécialistes étrangers de hauts niveaux ;
- améliorer le plateau technique médical global du pays car les ressources de l'état sont limitées pour l'équipement de ses formations sanitaires ;
- revaloriser le niveau des ressources des agents de santé mal payés par l'état.

1-3- CONDITION POUR L'EXERCICE A TITRE PRIVE D'UNE PROFESSION MEDICALE OU PARAMEDICALE

- Etre titulaire d'un diplôme national donnant accès à l'exercice des professions sanitaires ou de tout autre diplôme équivalent et être résident au Mali.
- Etre de nationalité malienne ou ressortissant d'un pays qui accorde la réciprocité aux maliens et jouir de ses droits civils et civiques.
- Etre inscrit au tableau de l'ordre de la profession correspondante.
- Etre âgé de 21 ans résolus
- Obtenir une décision ministérielle pour l'exercice à titre privé . La décision est individuelle .
- Etre de bonne moralité.
- Obtenir une licence d'exploitation pour l'ouverture d'un établissement . La licence peut être délivrée à titre individuel ou au nom d'une société légalement constituée.

1-4- FORMES DE SOCIETES ADMISES PAR LA REGLEMENTATION

(Décret 91-106/P-RM du 15 Mars 1991 et arrêté 91-43-18/ MSP-AS-PF/Cabinet du 3 Octobre 1991).

Les membres des professions médicales, paramédicales et odontostomatologiques peuvent s'organiser en sociétés civiles professionnelles pouvant souscrire au capital social d'une SARL ou d'une SA.

La convention de souscription doit être conforme au code de déontologie médicale.

1-5- LES DIFFERENTS TYPES D'ETABLISSEMENTS DEFINIS PAR LA REGLEMENTATION

- Le cabinet de consultation a pour vocation de tri et ne peut héberger les malades.
- La clinique médicale ou clinique chirurgicale héberge des malades ou des blessés. Ils reçoivent les soins médicaux et/ou chirurgicaux nécessités par leur état.
- La clinique d'accouchement accueille les parturientes et dispense les soins nécessités par leur état.
- Le cabinet de soins pour physiothérapeute, kinésithérapeute ou infirmier a vocation d'un centre de soins et ne peut aucun cas servir pour héberger les malades.
- Le cabinet de radiologie a vocation de diagnostic et ne peut en aucun cas héberger les malades.
- La clinique d'odonto-stomatologie est un établissement privé d'hospitalisation accueillant les malades et blessés pouvant recevoir tous les soins dans le domaine des affections odontologiques orales et maxillo-faciales.
- Le cabinet dentaire est un cabinet de consultation et de soins odontostomatologiques qui ne peut en aucun cas héberger des malades. Il peut être doté d'un laboratoire de prothèse dentaire.
- Le laboratoire de prothèse dentaire a vocation d'un centre pour l'élaboration des différentes sortes de prothèses dentaires et ne peut en aucun cas servir de cabinet de consultation.

1-6- LES INFRASTRUCTURES EXIGÉES POUR LES DIFFÉRENTES CATEGORIES D'ÉTABLISSEMENTS (Arrêté n°91-4319/ MSP AS-PF)

1-6-1- Clinique médicale

- Le maximum de lits autorisés est fixé à 90 lits dans une clinique ou une polyclinique.
- Tout accroissement de la capacité doit être autorisé par le ministère de la santé. La clinique médicale doit comporter en outre :
 - une salle d'attente (16m² minimum) ;
 - une ou plusieurs salles de soins (12 m²) ;
 - une salle d'examen (6m²) ;
 - un ou plusieurs bureaux de médecins (10 m²) ;
 - une salle de réanimation avec source d'oxygène ;
 - un appareil à stérilisation ;
 - un groupe sanitaire pour le personnel ;
 - des toilettes pour consultants ;
 - un vestiaire pour le personnel ;
 - une installation téléphonique ;
 - un service administratif ;
 - une cuisine avec réfrigérateur ou congélation ou chambre froide ;

1-6-2- Clinique chirurgicale

Outre les équipements de la clinique médicale

- un bloc chirurgical ;
- une salle septique ;
- une salle aseptique (16 m² pour 30 lits) ;
- une salle de réanimation pour 10 lits (4 m par lit de réanimation) ;

- une salle de soins (13 m²) ;
- une salle de radiologie ;
- une salle de stérilisation avec une paillasse, un autoclave , un poupinel et une armoire ;
- un dispositif d'incinération des déchets.

1-6-3- Clinique d'accouchement

Outre les infrastructures de la clinique médicale :

- Un bloc d'accouchement comprenant : une salle de travail à deux tables (13 m²), une salle d'accouchement à deux tables (16 m²) pour 30 lits, une salle de soins pour nouveaux nés (9m²) une salle de stérilisation (9 m²), une bibonnerie , une salle d'attente de 16 m² , une salle de garde de 13 m² , un vestiaire avec lavabo et toilette pour le personnel et un dispositif d'incinération des déchets .
- Un équipement technique : une table d'accouchement, une table pour instruments , un appareil de réanimation pour nouveaux nés , un lavabo à eau stérile , un dispositif d'oxygénation, un éclairage artificiel doublé d'un système de secours , un aspirateur chirurgical, un climatiseur, éventuellement un équipement pour les actes chirurgicaux.

1-6-4- Cabinet de consultation et de soins

- un bureau de médecin ;
- une salle d'attente et de réception de 16 m² ;
- une salle de soins de 12 m² ;
- des toilettes.

1-6-5- Cabinet de consultation pour sage-femme

- un bureau de sage-femme ou une salle de consultation de 16 m² ;
- une salle d'attente et de réception de 16 m² ;
- une salle de soins ;
- des toilettes et W-C.

1-6-6- Cabinet de radiologie

- un bureau de médecin ;
- une salle d'attente ;
- des sanitaires pour malades et personnel ;
- une salle d'examen avec protection anti- rayon X ;
- un déshabilleur

1-6-7- Cabinet de soins infirmiers

- une salle d'attente équipée de bancs et de chaises ;
- une salle de soins.

1-7- LES EQUIPEMENTS EXIGES PAR TYPE D'ETABLISSEMENT (Arrêté n° 91- 4319/ MSPAS- PF)

1-7-1- Bloc chirurgical

- une table d'opération ;
- des boîtes chirurgicales complètes pour les interventions pratiquées ;
- un appareil d'anesthésie à circuit fermé avec accessoire ;
- une ou plusieurs tables pour le matériel chirurgical ;
- une lampe Scialytique ;
- un bistouri électrique, un climatiseur ;
- un dispositif mobile de distribution d'oxygène ;

- un aspirateur mobile ;
- un lavabo d'eau stérile en dehors de la salle d'opération.

1-7-2- Cabinet de consultation ou de soins

- une lampe de consultation et un escabeau ;
- une source de lumière maniable ;
- une boîte complète d'instruments pour consultation médicale ;
- un stérilisateur ;
- un pèse personne ;
- un stéthoscope ;
- un tambour de doigtiers et gants stériles ;
- une armoire de médicaments d'urgence ;
- une poubelle fermée.

1-7-3- Cabinet d'acupuncture

En plus d'un cabinet de consultations et de soins il faut:

- 100 aiguilles de 5 cm fine ;
- 100 aiguilles de 4 cm fine ;
- 100 aiguilles de 2 cm et 3 cm 1/2 fine ;
- 100 aiguilles de 2 cm 1/3 fine ;
- un appareil électro-stimulateur ;
- un vibromasseur.

1-7-4- Cabinet de consultation pour Sage-femme

- une table gynécologique ;
- un escabeau ;
- une source de lumière maniable ;
- une table roulante pour le matériel de consultation ;

- une boîte métallique stérilisable contenant des spéculums, des pinces longuettes, des pinces de pozzi, une paire de ciseaux à bout mousse ;
- un tambour contenant des compresses stériles ;
- un tambour contenant des tampons de coton stériles ;
- un stéthoscope ;
- un tensiomètre ;
- un pèse- personne et un pèse-bébé ;
- un mètre ruban ;
- un tambour à gants stériles ;
- un plateau ;
- un stérilisateur ;
- un haricot ;
- un stérilisateur ;
- une armoire pour médicaments d'urgences ;
- une poubelle fermée.

1-7-5- Cabinet de soins infirmiers

- une table ou paillasse ;
- un tambour de coton stérile ;
- un tambour de compresses stériles ;
- une poissonnière ou un stérilisateur ;
- un haricot émaillé ou en acier inoxydable ;
- un plateau émaillé ou en acier inoxydable ;
- une réserve d'alcool éthylique et d'antiseptique ;
- une pince à servir.

1-7-6- Cabinet de kinésithérapie et de physiothérapie

- une table de massage ;
- une bicyclette ergométrique ;
- un pèse personne ;
- un goniomètre ;
- un exuto-moteur ;
- une source à infrarouge ;
- une source à infrason ;
- un appareil à haute fréquence ;
- un appareil d'ondes courtes ;
- une pâte à modeler ;
- un jeu de poids ;
- un jeu de coussine pour posture ;
- un jeu de sangles ;
- une minuterie, un mètre ruban ;

1-7-7- Clinique d'Odontostomatologie

- un bureau de stomatologie ;
- une salle d'attente ;
- une salle de consultation ;
- une chambre mise en cas de besoin ;
- des toilettes ;
- une salle d'opération comprenant un fauteuil dentaire ;
- un éclairage libre ou incorporé ;
- un appareil radio ;
- un aspirateur complet avec canules ;
- un tabouret d'opérateur ;
- un stérilisateur ;
- une armoire pour médicaments d'urgence ;

- des boites à instruments ;
- le nécessaire pour développer le film de radio.

1-7-8- Cabinet de consultation dentaire

- un fauteuil dentaire ;
- un appareil radio sur UNIT ou indépendant ;
- un stérilisateur ;
- une armoire renfermant des produits et matériels techniques nécessaires ;
- des boites à instruments.

1-7-9- Cabinet de radiologie

- une source de films et produits ;
- un dispositif pour développement manuel ;
- des casiers pour cassettes ;
- un négatoscope ;
- des tabliers de protection anti X pour le personnel.

2- CHIRURGIE GYNECO-OBSTETRICALE [2, 3, 4 , 15, 16, 29]

2-1- HISTORIQUE

En 1809, l'Américain Mac Dowell pratiqua avec succès la première ovariectomie , suivi aux USA..., d'une autre réussie en 1822, d' une troisième en 1827. A ce moment Sauter avait réalisé une hystérectomie vaginale Recamier en fit autant et guérit sa malade .En 1827 ce fut le tour de Lisfranc. En 1844, un praticien du Doubs, Woyer kowsky, opéra avec succès un kyste de l'ovaire, guérit sa malade et fut blâmé par l'Académie de Médecine . En Angleterre, Spencer Wells opérait et guérissait ses malades. Nelaton voulut en faire autant, mais perdit successivement dix neuf opérées et l'on

ferma « la maison du crime où il opérait à Meudon . Les premières réussites sont dues à Koeberlé à Strasbourg et à Péan à Paris.

Quant à la myomectomie , les pionniers de cette chirurgie conservatrice sont Chelms (de Heidelberg) qui réalisa le premier l'ablation par voie haute d'un gros myome pédiculé en 1838, et Amussat, auteur de la première myomectomie vaginale (1842).

C'est avec Kelling que le terme de coelioscopie apparaît en 1903. Celui-ci pour la première fois visualise la cavité abdomino-pelvienne préalablement distendue par un pneumopéritoine.

La chirurgie des salpingites naît avec Lawson Tait en 1873, ainsi que la notion d'hémorragie des grossesses tubaires.

En 1889 Trendelenburg inventait la position décline. (bechenhochlagerung).

En 1896; Jean Louis Faure en France, en 1898 Weirtheim à Vienne, règlent l'hystérectomie abdominale pour cancer. Au début de ce siècle on pouvait croire de bonne foi que tout était fait, que rien ne restait plus rien à faire.

En coeliochirurgie , Raoul Palmer réalisa le premier film de coelioscopie gynécologique en 1955. En 1956 Frangenheim met au point le premier laparoscope gynécologique. Dès lors, il n'y avait plus d'obstacle à la naissance de la chirurgie coelioscopique. La première ovariectomie par coelioscopie a été rapportée pour la première fois en 1978. C'est Reich en 1989 qui a rapporté la première hystérectomie percoelioscopique (HPC).

En 1815 Wertheim et Kustner vont tenter le traitement chirurgical des cures de synéchie.

Quant à la césarienne, c'est à Pline que l'on doit la tradition de l'opération césarienne qui présida à sa naissance et à son surnom.

2-2- LA CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE ET OBSTETRICALE :

2-2-1- Les voies d'abord

- La situation anatomique de l'appareil génital féminin permet différentes voies d'abord:

- La voie haute, abdominale est utilisée dans la plupart des cas.

L'incision de la paroi peut être verticale, médiane sous ombilicale, donnant une très bonne visibilité des organes pelviens; transversale, sus pubienne, dite de Pfannenstiel ou transrectale de Mouchel, dont le caractère invisible et la solidité sont compensées par l'impossibilité d'être agrandie.

- La voie basse, vaginale, est surtout employée dans les prolapsus. Elle a l'avantage d'être peu choquante. Elle est agréable dès qu'existe une certaine ptose des organes génitaux, mais difficile dans le cas contraire. Elle nécessite expérience et sens des plans de clivage.

- La voie combinée est rarement indiquée, une équipe de chirurgiens opère par voie haute tandis qu'une autre opère par voie basse. Les deux équipes travaillent simultanément ou successivement. Elles doivent toujours bien s'entendre sous peine de se gêner .

2-2-2- Les actes chirurgicaux

La chirurgie gynécologique est vaste et variée. Elle comprend :

- la chirurgie des annexes(trompes , ovaires et meso) ;
- la chirurgie de l'utérus ;
- la chirurgie du vagin ;
- la chirurgie de la vulve ;
- les exentérations pelviennes ;
- la chirurgie du sein ;
- le drainage et la peritonisation ;
- la chirurgie du péritoine pelvien ;
- la coelioscopie et la coeliochirurgie.

2-2-2-1- La chirurgie des annexes

L'ablation des annexes est l'annexectomie uni ou bilatérale.

Les interventions sur les trompes peuvent être :

- mutilatrices: salpingectomies uni ou bilatérales ;
- conservatrices: salpingostomies qui consistent à inciser la trompe pour extraire l'œuf d'une grossesse extra-utérine;
- plastiques: chirurgie de la stérilité .

Elles tentent de rétablir une fonction tubaire normale:

- la salpingolysis est la libération des adhérences enserrant la trompe et son ampoule ;
- la fimbrioplastie est la désagglutination des franges du pavillon ;
- la salpingostomie est l'ouverture de la trompe , beaucoup plus terminale que medio-ampullaire ;
- l'implantation tubo-utérine est l'implantation du fragment externe de la trompe dans l'utérus après résection de l'extrémité interne.

Les interventions sur les ovaires peuvent être :

- mutilatrices: ovariectomies uni ou bilatérales ;
- conservatrices ;
- Kystectomies : exérèse d'un kyste avec conservation de parenchyme ovarien ;
- résection ovarienne en quartier d'orange.

2-2-2-2- La chirurgie de l'utérus

Les interventions chirurgicales sur l'utérus peuvent être:

- Mutilatrices : hystérectomies. Elles sont totales lorsque le col est enlevé (que les annexes soient ou non retirées); subtotaux lorsque le col est

conservé ; élargies lorsque les paramètres sont enlevés. Elles sont toujours dans ce cas associées à une annexectomie bilatérale, à une colpectomie (exérèse du tiers supérieur du vagin) et souvent à une lymphadénectomie (exérèse des ganglions).

L'hystérectomie est dite interannexielle lorsque trompes et ovaires sont conservés.

- Conservatrices : hystéropexies qui consistent à orienter ou soutenir l'utérus soit en avant par l'intermédiaire du péritoine vésical ou des ligaments ronds, soit en arrière : fixation au disque lombo-sacré, myomectomies (ablation des myomes avec conservation de l'utérus).

- Plastiques : hystéroplasties, chirurgie des avortements à répétition .

Il existe d'autres types d'interventions sur l'utérus :

- le curetage utérin et les cures de synéchie utérine ;
- la chirurgie du col utérin : électrocoagulation du col, la conisation du col, amputation conoïde du col ;
- la chirurgie des béances et des déchirures du col en dehors de la grossesse ;
- la chirurgie des cures de prolapsus.

2-2-2-3- La chirurgie de la vulve :

- la vulvectomie ;
- les plasties vulvo-périnéales ;
- les urethroplasties.

2-2-2-4- La chirurgie du vagin :

- les plasties vaginales ;
- la chirurgie des malformations vaginales.

2-2-2-5- La chirurgie du sein de la femme:

- incision des abcès du sein ;
- les tumorectomies ;
- mastectomies.

2-2-2-6- Les interventions sur le péritoine pelvien du cul-de-sac de Douglas.

Il peut être plicaturé en bourse, exclu ou réséqué en partie: douglasséctomie partielle ou totale.

2-2-2-7- Les exentérations pelviennes

Le terme d'exentération pelvienne regroupe une série d'interventions de la sphère gynécologique qui associe une exérèse élargie de l'appareil génital à une ablation partielle ou totale de la vessie et/ou du rectosigmoïde.

2-2-2-8- Le drainage et la péritonisation

- Le drainage vise à évacuer les suintements sanglants et les exsudations liquidiennes d'un foyer opératoire. Il était pratiquement abandonné. Il réapparaît avec la réapparition des lésions infectieuses graves, l'épuisement des antibiotiques, et l'apparition des souches bactériennes résistantes. Il peut être abdominal ou vaginal.
- La péritonisation doit être attentive. Elle vise à recouvrir par du péritoine les zones cruentées et les moignons des pédicules vasculaires. Le soin évitera des occlusions par accollement ou strangulation. Attention aux surjets et au matériel résorbable trop fin.

2-2-2-9- La coelioscopie

Il s'agit de l'exploration intra-abdominale, ventre fermé des organes génitaux internes, à l'aide d'un tube muni d'un système optique et d'un système

éclairant. Il s'agit là d'un examen très spécialisé qui ne peut être effectué que par un gynécologue ou un chirurgien habitués à cette technique. Cette méthode d'exploration visuelle peut être complétée si nécessaire par la biopsie de l'ovaire, sous contrôle de la vue, et éventuellement par la cautérisation d'adhérences.

Cette technique a apporté des résultats extrêmement importants dans nombre de diagnostics difficiles: grossesse extra-utérine, tumeur de l'ovaire, dysplasie ovarienne, lésion des trompes, diagnostics des aménorrhées, des malformations congénitales, des syndromes douloureux pelviens, etc. Elle constitue actuellement une méthode très fréquemment employée dans la pratique moderne de la gynécologie (du moins en Europe, car paradoxalement, les U.S.A commencent à peine à découvrir cette technique)

2-2-2-10- La coelioscirurgie

Raoul palmer fut le pionnier de la cœlioscopie et son nom restera à jamais attaché à cette technique. Le premier il a développé ce geste et surtout il fut celui qui, avant tous, comprit qu'un jour la cœlioscopie deviendrait opératoire. Il fut le premier à réaliser des ligatures des trompes, des adhésiolyses, des fimbrioplasties... Et jusqu'à la fin de sa vie, il s'est passionné pour la cœlioscopie et voyait avec un plaisir immense les progrès constants que faisait cette nouvelle technique chirurgicale .

La cœlioscopie opératoire s'est imposée dans les dix dernières années. Elle a bouleversé toutes les habitudes de la gynécologie . Dans les services les plus avancés, les laparotomies pour grossesses extra-utérines, pour kystes de l'ovaire, pour plastie tubaire distale, pour cure de rétroversion ... sont devenus l'exception et le rendement des méthodes coelioscopiques s'avère souvent supérieur à celui des techniques traditionnelles.

Si la cœlioscopie opératoire est devenue une discipline majeure, c'est le fruit d'adaptations technologiques et de recherches considérables menées par

quelques équipes. Et comme toute technique opératoire, elle justifie un enseignement et un apprentissage.

La chirurgie obstétricale concerne la césarienne, le cerclage du col utérin et les autres actes obstétricaux (forceps, la périnéorrhaphie).

CHAPITRE III

METHODOLOGIE

METHODOLOGIE

1- CADRE D'ETUDE : La clinique « Le Hogon »

1-1- PRESENTATION

La clinique " Le Hogon " a été créée le 30 Novembre 1993 . Elle est située à Korofina sud sur la route de Koulikoro au n° 896. Son téléphone est le 24-96-70. Sa tâche principale est la dispensation des soins de qualité et participer au programme mondial de la santé pour tous d'ici l'an 2000 si chère à l'OMS. (l'organisation mondiale de la santé).

On rencontre différentes spécialités en son sein :

- la Gynécologie ;
- l'obstétrique ;
- la Pédiatrie ;
- la Chirurgie et la Médecine générale.

1-2- STRUCTURE :

C'est un bâtiment à deux niveaux qui comprend :

a- Au rez-de-chaussée

- une salle de réception ;
- une salle d'attente équipée d'un téléviseur ;
- 2 bureaux de consultation ;
- une salle d'échographie ;
- un laboratoire d'analyse;
- 2 salles d'hospitalisation de première catégorie équipée de toilette individuelle;
- 1 salle de garde ;
- un magasin ;
- 2-toilettes ;
- un bureau pour la directrice de la clinique.

b- A l'étage

- cinq salles d'hospitalisation de première catégorie équipée de toilette individuelle;
- un bloc opératoire ;
- une salle d'accouchement ;
- une salle de préparation des malades ;
- une salle de soins ;
- une salle de réveil ;
- une salle de soins et de réanimation de nouveau-né ;
- une cuisine ;
- une salle d'accouchement ;
- une salle de préparation des malades.

1-3- LE PERSONNEL :

- Une directrice qui s'occupe de la supervision et de la gestion de la clinique ;
- Dix médecins dont un permanent et neuf vacataires.

Parmi les médecins on distingue:

- quatre gynéco-obstétriciens dont un professeur agrégé et trois praticiens ;
- hospitaliers qui font les consultations, les accouchements et les interventions ;
- un chirurgien qui effectue les consultations et des interventions chirurgicales ;
- un professeur agrégé en pédiatrie qui effectue des consultations pédiatriques ;
- un médecin anesthésiste qui pratique les actes d'anesthésie et de réanimation ;
- quatre médecins généralistes qui assurent le service de garde ;

- six infirmières qui administrent les soins prescrits aux malades, assurent la surveillance des malades hospitalisés, gèrent le stock de médicaments mis à la disposition et classent les dossiers des malades ;
- un technicien de laboratoire qui fait les analyses biologiques ;
- trois manœuvres qui s'occupent de la propreté des locaux et du transport des malades.

La garde est assurée tous les jours par un médecin généraliste et un infirmière.

2- METHODE ET MATERIEL

2-1- TYPE ET PERIODE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur le bilan de l'activité chirurgicale gynécologique et obstétricale à la clinique du 1-janvier 1994 au 31 décembre 1996, soit 36 mois.

2-2- POPULATION D'ETUDE

Elle est constituée par les femmes ayant subi une ou plusieurs interventions chirurgicales gynécologiques ou obstétricales à la clinique.

2-3- CRITERES D'INCLUSION

Toutes les femmes ayant subi une ou plusieurs interventions chirurgicales gynécologiques ou obstétricales à la clinique et qui ont bénéficié d'une prise en charge consignée dans un dossier médical.

2-4- CRITERES D'EXCLUSION

Les femmes non opérées à la clinique, les femmes opérées pour d'autres pathologies chirurgicales non gynécologiques ou obstétricales.

2-5- LE SUPPORT DES DONNEES

Pour la collecte des données nous avons utilisé les documents suivants: les dossiers médicaux, les registres de consultation externe ; les registres d'hospitalisation, les registres de consultation anesthésique.

2-6- ANALYSE DES DONNEES

Nous avons utilisé le logiciel Epi-info version 6.02 pour l'analyse des données.

RESULTATS

1- CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES MALADES

1-1- Age :

Tableau I : Répartition des malades selon l'âge.

Age	Effectif	Pourcentage
≤ 20	33	8,2
21 - 25	69	17,2
26 - 30	127	31,6
31 - 35	86	21,4
≥ 36	86	21,4
Total	401	100

La classe d'âge de 26 à 30 ans était la plus représentée (31,6%) contre 8,2% pour la classe d'âge de 16 à 20 ans. L'âge minimal était de 16 ans; la moyenne d'âge était de 30,3 ans tandis que l'âge maximal était de 67 ans.

1-2- L'ethnie :

Tableau II : Répartition des malades selon l'ethnie.

Ethnies	Effectif	Pourcentage
Bambara	99	24,7
Peulh	84	20,9
Sonrhai	37	9,2
Malinké	33	8,2
Bozo	5	1,2
Dogon	25	6,2
Sarakolé	63	15,7
Senoufo	7	2,2
Minianka	9	0,7
Tamacheq	0	0
Kassonké	0	0
Bobo	3	9
Autres	36	0,3
Total	401	100

L'ethnie bambara était la plus représentée 24,7%

1-3- Situation matrimoniale :

Tableau III : Répartition des malades selon la situation matrimoniale

Etat matrimonial	Effectif	Pourcentage
Mariée	339	84,5
Célibataire	57	14,2
Divorcée	4	1
Veuve	1	0,2
Total	401	100

Par rapport au statut matrimonial les femmes mariées sont les plus représentées 84,5% contre 0,2% pour les veuves.

1-4- Profession :

Tableau IV : Répartition des malades selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Femmes au foyer	182	45,5
Fonctionnaires	149	12,2
Commerçantes	11	2,7
Elèves	49	37,1
Autres	10	2,5
Total	401	100

Les femmes au foyer ont constitué la catégorie professionnelle la plus représentée 45,5% contre 2,7% pour les commerçantes.

1-5- Lieu de résidence :

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

Résidence	Effectif	Pourcentage
Bamako	351	87,5
Kayes	16	4
Sikasso	7	1,7
Ségou	4	1
Mopti	12	3
Tombouctou	0	0
Gao	9	2,2
Kidal	2	0,5
Total	401	100

La localité dominante était Bamako (lieu d'étude) 87,5%. Parmi les autres localités la région de Kayes était la plus représentée 4% contre 0% pour la région de Tombouctou.

1-6- Gestité :

Tableau VII : Répartition des malades selon la gestité.

Gestité	Effectif	Pourcentage
Nulligestes	37	9
Primigestes	109	27
Paucigestes	196	49
Multigestes	44	11
Grandes multigestes	15	4
Total	401	100

Primigestes = 1 grossesse ; Paucigestes = 2-4 grossesses ;

Multigestes = 5-7 grossesses ; Grandes multigestes \geq 7 grossesses

Les paucigestes ont occupé une grande proportion avec 49%.

1-7- Parité :*Tableau VIII : Répartition des malades selon la parité*

Parité	Effectif	Pourcentage
Nullipares	140	35
Primipares	96	36
Paucipares	130	51
Multipares	25	9
Grandes multipares	10	4
Total	401	100

Nullipares = 0 accouchement

Primipares = 1 accouchement

Paucipares = 2 - 4 accouchements

Multipares = 5 - 7 accouchements

Grandes multipares ≥ 7 accouchements

1-8- Nationalité :*Tableau IX : Répartition des malades selon la nationalité.*

Nationalité	Effectif	Pourcentage
Maliennne	381	95
Etrangère	20	5
Total	401	100

L'analyse de ce tableau montre une nette prédominance de la nationalité maliennne.

2- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

2-1- Nature des interventions chirurgicales :

Tableau IX : Répartition des malades en fonction de la nature des interventions chirurgicales.

Nature de l'intervention	1994		1995		1996		TOTAL	
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
Curetage	36	26,2	40	28,8	27	1,6	103	26
Cœlioscopie	25	18,2	24	17,2	23	18,4	72	18
Césarienne	22	16,1	21	15,1	19	15,2	62	15,5
Cerclage	20	14,6	21	15,1	9	7,2	60	15
Myomectomie	9	6,6	9	6,5	8	6,4	26	6,5
Plastie tubaire	8	5,8	7	5,1	6	4,8	21	5,2
Hystérectomie	5	3,7	4	2,9	2	1,6	11	2,7
Salpingectomie	3	2,2	3	2,2	3	2,4	9	2,2
L.R.T*	1	0,7	1	0,7	3	2,4	5	1,2
Cure de prolapsus	2	1,5	1	0,7	1	0,8	4	1
Annexectomie	1	0,7	1	0,7	2	1,6	4	1
Kystectomie	0	0	2	4	0	0	2	0,5
Mammectomie	0	0	0	0	1	0,8	1	0,2
Autres	3	2,2	2	1,4	10	8	15	0,2
Total	135	100	139	100	125	100	401	100

Autres : Ablation Kyste de Bartholin 2 cas, Cure d'éventration 2cas, Plastie du périnée 2 cas, Suture du vagin 2 cas, Césarienne +LRT 4 cas, Manchester + LRT 1 cas, Salpingo-ovaryolyse + Salpingolyse 1cas, Adhésiolyse + Salpingo-ovariolyse + Polymyomectomie + Fimbrioplastie 1 cas, Annexectomie bilatérale + Salpingectomie 1 cas, Myomectomie + Fimbrioplastie + Adhésiolyse 1 cas

* LRT = Ligature résection tubaire

2-2- Cœlioscopie :

Tableau X: Répartition des cœlioscopies en fonction de l'âge

Age	Effectif	Pourcentage
≤ 20	7	10
21-25	12	16
26- 30	26	36
31-35	17	24
≥ 36	10	14
Total	72	100

Agés extrêmes : 19 - 42 ans

Age moyen : 30 ans

Tableau XI : Répartition des cœlioscopies en fonction des indications

Indications	Effectif	Pourcentage
<u>Stérilité I</u>	23	32
Stérilité II	45	62
Pelviaigies	2	3
Aménorrhées I	2	3
Total	72	100

La stérilité II a été la principale indication (32%)

2-3- Césarienne :*Tableau XII: Répartition des césariennes en fonction de l'âge.*

Age	Effectif	Pourcentage
≤ 20	3	5
21 - 25	11	18
26 - 30	25	40
31 - 35	17	27
≥ 36	6	10
Total	62	100

Agés extrêmes : 19 - 40 ans

Age moyen : 31ans

Tableau XIII: Répartition des césariennes en fonction de la parité

Parité	Effectif	Pourcentage
Nullipares	7	11
Primipare	19	31
Paucipare	28	45
Multipare	5	8
Grande multipare	3	4
Total	62	100

Parité moyenne : 2

Tableau XIV: Répartition des césariennes en fonction des indications.

Indications	Effectif	Pourcentage
Utérus cicatriciel	9	14,5
D.F.P.*	4	6,4
S.F.A**	3	5
B.G.R***	2	3,2
P.P Hémorragique	3	5
Présentation anormale	2	3,2
Echec du déclenchement	6	9,6
Dilatation stationnaire	12	19,3
Primipare âgée	8	13
Césarienne prophylactique	7	11,2
Autres	6	9,6
Total	62	100

Autres :

Siège + bassin limite dans 2 cas

R.P.M + Tetrallogie de Fallot dans 1 cas

D.F.P + R.P.M + Multiparité dans 1 cas

S.F.A + Dépassement du terme dans 1 cas

S.F.A + R.P.M dans 1 cas

* D.F.P. = disproportion foeto-pelvienne

** S.F.A = Souffrance fœtale aiguë

*** B.G.R = Bassin généralement rétréci

R.P.M = Rupture prématurée des membranes

2-4- Cerclage :

Tableau XV: Répartition des cerclages en fonction de l'âge

Age	Effectif	Pourcentage
≤ 20	1	2
21-25	12	20
26-30	27	45
31-35	12	20
≥ 36	8	13
Total	60	100

Age extrêmes : 17 - 39 ans

Age moyen : 28 ans

Tableau XVI: Répartition des cerclages en fonction de la parité.

Parité	Effectif	%
Nullipare	7	12
Primipare	11	18
Paucipare	35	58
Multipare	4	7
Grande multipare	3	5
Totale	60	100

Parité moyenne : 2

2-5- Myomectomie :

Tableau XVII : Répartition des myomectomies en fonction de l'âge.

Age	Effectif	Pourcentage
≤ 20	0	0
21 - 25	0	0
26 - 30	5	19
31 - 35	9	35
≥ 36	12	46
Total	26	100

~ Ages extrêmes : 27 - 50 ans

Age moyen : 36 ans

Tableau XVIII: Répartition des myomectomies en fonction de la voie d'abord.

Voie d'abord	Effectif	Pourcentage
Abdominale	25	96
Vaginale	1	4
Total	26	100

2-6- Plastie tubaire :

Tableau XIX: Répartition des plasties en fonction de l'âge.

Age	Effectif	Pourcentage
≤20	1	5
21-25	3	14
26- 30	5	24
31- 35	8	38
≥ 36	4	19
Total	21	100

Ages extrêmes : 20 - 40 ans

Age moyen : 31ans

Tableau XX: Répartition des plasties en fonction des indications.

Indications	Effectif	Pourcentage
Obstruction tubaire proximale	4	19
Obstruction tubaire distale	17	81
Total	21	100

Tableau XXI: Répartition des plasties en fonction de la technique utilisée

Technique	Effectif	Pourcentage
Salpingonéostomie	13	62
Fimbrioplasties	3	14
Autres	5	24
Total	21	100

Autres =

- Salpingo-ovaryolyse+Fimbryoplastie =2
- Adhésiolyse + Implantation tubo-utérine=2
- Adhésiolyse +Salpingo-ovaryolyse+Fimbryoplastie=1

2-7- Hystérectomie :

Tableau XXII: Répartition des hystérectomies en fonction de l'âge.

Age	Effectif	Pourcentage
≤ 20	0	0
21- 25	1	9
26- 30	0	0
31- 35	4	36,3
≥ 36	6	54,5
Total	11	100

Ages extrêmes : 23 - 67 ans

Age moyen : 44ans

Tableau XXIII: Répartition des hystérectomies en fonction des indications.

Indications	Effectif	Pourcentage
myomatose utérine	5	46
Néo du col	3	27
prolapsus génital	1	9
Métrorragie incoercible	1	9
Tumeur ovarienne	1	9
Total	11	100

Tableau XXIV: Répartition des hystérectomies en fonction de la voie d'abord

Type d'hystérectomie	Effectif	Pourcentage
Hystérectomie Abdominale	10	91
Hystérectomie vaginale	1	9
Total	11	100

Dans 7 cas l'hystérectomie a été associée à une annexectomie

Tableau XXV: Répartition des hystérectomies en fonction de la technique utilisée.

Technique	Effectif	Pourcentage
Viart	8	73
Weirtheim	3	27
Total	11	100

La technique de Viart a été la plus pratiquée.

3- TYPE D'ANESTHESIE.

Tableau XXVI: Répartition des interventions en fonction du type d'anesthésie.

Type d'anesthésie	Effectif	Pourcentage
Générale	340	84,6
Loco-régionale	54	13,4
Locale	6	3
Total	401	100

4- SUITES OPERATOIRES.

Tableau XXVII: Répartitions des malades en fonction des suites opératoires.

Suites	Effectif	Pourcentage
Simple	343	85,6
Infections de paroi	1	0,2
Suites fébriles simples	57	14,2
Total	401	100

5- PLACE DE L'ACTIVITE CHIRURGICALE PARMIS LES AUTRES ACTIVITES DE LA CLINIQUE.

Tableau XXVIII : Place de l'activité chirurgicale à la clinique.

Activité	Effectif	Pourcentage
Intervention	401	3,3
Consultation	11868	96,7
Total	12269	100

6- EVOLUTION DES RECETTES GENEREES PAR L'ACTIVITE CHIRURGICALE GYNECO-OBSTETRICALE

Tableau XXIX : Répartition des recettes de la clinique.

Année	Recettes
1994	21.430.300 FCFA
1995	24.396.600 FCFA
1996	25.797.200 FCFA
Total	71.624.100 FCFA

CHAPITRE V
COMMENTAIRES ET
DISCUSSIONS

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES MALADES

L'étude des caractéristiques socio-démographiques des malades opérées à la clinique « Le Hogon » nous a permis de savoir que les malades sont âgées de 16 à 67ans. Dans l'ensemble, elles étaient jeunes avec un âge moyen égal à 30,5 ans. Ce résultat se rapproche de ceux de certains auteurs : Eli M .[13] a rapporté un âge moyen de 31,5 ans et Ouininga R.M [24] au Burkina a rapporté l'âge moyen de 31, 2 ans.

Les malades opérées à la clinique sont venues pour la plupart de Bamako 87,5 %. D'autres auteurs ont fait la même constatation [13, 37]. Au regard de ces résultats on peut dire que la clinique "Le Hogon" ainsi que les hôpitaux nationaux exercent une attraction sur les populations résidentes.

Les femmes au foyer ont été les plus nombreuses 45,5 %. Elles n'exercent presque pas un métier rémunérateur. Leurs frais médicaux sont à la charge des conjoints ou de leurs parents. Cette attitude repose sur nos valeurs socio-culturelles.

La nationalité malienne a représenté 95 % de l'ensemble des malades opérées à la clinique. Les autres nationalités 5%. Le recensement de 1987 [10] a trouvé pour les autres nationalités : 3,2 % à Bamako et 0,8 % pour l'ensemble du Mali.

Dans notre étude les bambaras ont été les plus nombreuses 24,7%. Ceci n'a rien d'étonnant à cause de la forte concentration de cette ethnie à Bamako. Le recensement de 1987 [10] a trouvé que les bambaras représentent 38, 3 % de la population de Bamako.

Les femmes mariées sont les plus représentées 84,5 % .Ce sont des femmes dont la prise en charge est facilitée par leurs époux .

Il est ressorti de notre étude que 58 % des malades étaient paucipares .
Traoré Abdoul [34] dans sa série a trouvé 36,37 % de paucipares.

NATURE ET FREQUENCE DES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

• Curetage utérin :

Dans notre étude l'essentiel des interventions chirurgicales à la clinique est représenté par le curetage utérin: 103 cas soit 26,1 % . Il s'agit de curetage pour reste d'avortement dans la majorité des cas.

Dembélé Fatoumata [7] au cours d'une étude effectuée sur les avortements provoqués à l'Hôpital Gabriel Touré a trouvé que le curetage était la plus fréquente des interventions. Sur 189 avortements 93 ont subi un curetage soit 49,20 % des avortements.

• Cœlioscopie :

Elle occupe la deuxième place parmi les actes chirurgicaux. Elle a constitué 18 % des interventions chirurgicales. Yena S. [39] a trouvé en 1995 dans le service de Gynéco-obstétrique de l'Hôpital National du Point « G » une fréquence de 5%. La fréquence relativement élevée de cœlioscopie dans notre échantillon pourrait être due à la défection du cœlioscope du Point « G » obligeant les malades à se rabattre sur d'autres structures.

Dans notre étude 36 % des malades qui ont subi une cœlioscopie ont un âge compris entre 26 et 30 ans. Pour Traoré Kalifa [36] 36 % avaient un âge compris entre 26 et 30 ans , Traoré Seydou [38] a noté une fréquence de 32 % entre 25 et 29 ans ; Mintz [23] a trouvé 58,7 % entre 25 et 30 ans et 41 % de patientes de plus de 30 ans, il évoque une diminution de la fécondité à partir de 30 ans chez la femme.

L'âge moyen de 30 ans dans notre série est proche de ceux de Traoré Seydou [38] : 26,5 ans et Traoré Kalifa [36] : 27ans . Il ressort de notre étude que la stérilité II est la principale indication soit 62 % .Ce résultat est proche

de ceux de certains auteurs : Traoré Seydou [38] rapporte 52% de stérilité II, Traoré Kalifa [36] 62 % de stérilité II , Kouriba I [21] retrouve 62 % de stérilité II , Zinsou [40] dans sa série au Gabon a relevé 75 % de stérilité II.

A ces résultats s'opposent certains résultats européens notamment ceux de Dolcetta G [11] concernant 160 patientes stériles dont 32 (20 %) présentaient une stérilité II, Delarue T [6] sur une série de 60 cas retrouve 27 % de stérilité II.

• Césarienne

La césarienne est l'acte obstétrical le plus pratiqué à la clinique. Elle représente 15,4 % de l'activité chirurgicale globale. Elle a représenté 24,05 % des accouchements à la maternité de l'Hôpital National du Point « G » de 1990 à 1993 [31] . Elle représente 43,64 % des accouchements dans la thèse de Traoré Abdoul Karim [34]. Notre fréquence est inférieure à celle des Hôpitaux Nationaux cela s'explique par l'importance du coût des interventions chirurgicales à la clinique par rapport aux hôpitaux nationaux.

Dans 40 % des cas nos césarisées ont un âge compris entre 26 et 30 ans.

Pour Keita S. [19] 37,80 % des césarisées ont un âge compris entre 20 et 29 ans. La moyenne d'âge dans notre série est de 30 ans Cette moyenne d'âge était de 25 ans en 1995 dans le service de Gynéco-obstétrique de l'Hôpital National du Point « G ».

Les paucipares représentent 45% des parturientes. Elles représentent 56 % dans la série de Kané Bourama [18].

Dans notre étude les dystocies dynamiques viennent au premier rang des indications de césarienne avec 19,3 % avant les utérus cicatriciels 14,5 % . Par contre elles ont occupé respectivement en 1996 à la maternité de l'Hôpital National du Point « G » 5 % et 25,4 %, Thiero Mohamed [32] en 1995 rapporte 13,8% de dystocie dynamique, Dougnon [12] a trouvé 5,6 % de dystocie dynamique. Cette différence entre le taux de dystocie dynamique

à l'hôpital du Point « G » en 1996 et celui de notre étude pourrait être due à l'utilisation systématique à la clinique de l'ocytocin au cours du travail d'accouchement.

Sur le plan technique l'hystérotomie segmentaire basse transversale est la seule technique pratiquée à la clinique. Il en est de même dans le service de Gynéco-obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré selon Diallo H. [9] et dans les centres de santé de cercle à l'intérieur du pays selon Ba Raki [1]. Cette technique offre différents avantages :

- le risque de rupture utérine ou de déhiscence des cicatrices lors des prochaines grossesses est minimisé ;
- la perte sanguine est minime ;
- les adhérences postopératoires sont exceptionnelles ;
- la réparation est facile à réaliser.

• **Cerclage du col utérin**

Le cerclage du col utérin tient une place importante dans l'activité chirurgicale globale de la clinique.

En effet au cours de notre étude 60 cerclages du col ont été pratiqués sur 401 interventions soit 15 % de l'activité chirurgicale globale. Traoré. Boubacar [35] a rapporté 17,9 % de cerclage, Keita S. [19] dans sa série a relevé 9,50% de cerclage.

L'âge moyen des gestantes cerclées est de 28 ans. La parité moyenne est de 2. La béance cervico-isthmique en est la principale indication. Le traumatisme cervical (dilatation forcée pour curetage ou conisation) serait la cause la plus fréquente de la béance.

La technique de Mac Donald-Hervet est la seule utilisée à la clinique. A cause de sa simplicité elle est aujourd'hui la plus utilisée dans le monde.

Le cerclage est une excellente thérapeutique de la béance cervico-isthmique vraie mais il est certainement nuisible lorsque le diagnostic est mal posé Renault R. [28].

• Myomectomie

Nous avons trouvé 26 cas de myomectomie soit 6,5 % de l'activité chirurgicale globale. Des fréquences supérieures aux nôtres ont été trouvées par certains auteurs : Keita S [19] 13,73 % et Yena [39] 10 %.

L'âge moyen de 36 ans dans notre série est supérieur à celui de Iverson & coll [17] 34,4 ans.

La voie haute est la principale voie utilisée au cours de la myomectomie : 25 cas ; Marc Frère [22] à Lyon trouve sur 37 myomectomies 35 par voie haute.

• Plastie tubaire

Elle représente 5,2 % des interventions chirurgicales.

Notre fréquence est sensiblement égale à celle de Keita S [19] : 5,7 %, elle est inférieure à celle de Traoré Boubacar [35] : 7,72 %. La moyenne d'âge des patientes était de 31 ans. Cet âge moyen est inférieur à celui de Fillipini F & coll [14] qui est de 32 ans .

Les lésions tubaires distales ont été la principale indication (81 %) . Il en est de même dans le service de Gynéco-obstétrique de l'Hôpital National du Point « G » selon Traoré Boubacar [35].

L'obturation tubaire (phimosi, hydrosalpinx) avant l'intervention est appréciée sur l'hysterosalpingographie et au cours de la coelioscopie.

Sur le plan technique nous avons pratiqué une salpingonéostomie dans 61,9%. Fillipini F & coll [14] ont pratiqué 65 % de salpingonéostomie.

- **Hystérectomie**

Onze femmes ont subi l'hystérectomie soit 2,7 % de l'activité chirurgicale.

Ce taux est très faible par rapport aux résultats trouvés par Keita. S [19] 13,73%, Traoré Boubacar [35] et de celui de Raphaël [26] à Cocody 71%. L'âge moyen des hystérectomisées dans notre étude est de 44ans. Cet âge moyen est identique à celui de Renaudie.J [27] mais supérieur à celui de Iverson & coll [14] : 39,4 ans.

La myomatose utérine est la principale indication (38 %). Le même constat est fait par certains auteurs : Keita [19] au Mali (33 %) ; Desaulniers [8] au Canada (30 %).

Dans les hystérectomies abdominales la technique de Wiart est la plus pratiquée. Il en est de même dans le service de Gynéco-obstétrique de l'Hôpital National du Point « G » selon Traoré Boubacar [35]. Dans 7 cas l'hystérectomie a été associée à une annexectomie. Touré Ousmane [33] a pratiqué 8 hystérectomies plus annexectomie.

- **Salpingectomie**

Suppression totale ou partielle de la trompe, elle représente 2,2 % de l'activité chirurgicale globale. Elle est de 80% selon Raphaël à Cocody [26].

- **Périnéorraphie**

Elle se retrouve dans 1,2 % parmi les interventions chirurgicales. Notre taux est au dessus du résultat de Traoré Boubacar [35] : 1,1 %.

• Cure de prolapsus

Au cours de notre étude seulement 3 cas de prolapsus génital ont été traités soit 1% de l'activité chirurgicale . Ce taux est inférieur au résultat trouvé par Traoré Boubacar [35] : 2,7 %.

La triple opération périnéale (Manchester-Shirodkar-Sturndof F.) est la première technique de cure de prolapsus à la clinique. Il en est de même dans le service de Gynéco-obstétrique de l'Hôpital National du Point « G » selon Keita S. [19].

• Kystectomie

Seulement 2 interventions ont été pratiquées pour Kyste de l'ovaire , ce qui représente 0,5 % de l'activité chirurgicale . Ce résultat est de 5,15 % dans l'étude de Keita S. [19].

• Cure d'événtration post opératoire

Peu fréquente , elle représente 0,4 % parmi les interventions chirurgicales. Ce taux est inférieur à celui de Keita S. 2,57 % [19] mais se rapproche du résultat de Konaté Drissa.0,5% [20]

• Ligature des trompes

Elle a été généralement pratiquée lors des césariennes itératives et quelques fois chez les grandes multipares par minilaparotomie.

Nous avons pratiqué :

- 4 ligatures des trompes au cours d'une 3^{ème} ou 4^{ème} césarienne ;
- 1 ligature des trompes à la demande.

Nous pensons que la ligature des trompes est une bonne chose dans les pays en voie de développement où les structures sanitaires sont insuffisantes, les

taux de natalité et de mortalité les plus élevés. Ce qui permettra d'éviter tous les risques énormes et imprévisibles pouvant mettre en danger la vie de la mère et de l'enfant.

• **La mammectomie**

Dans notre étude elle représente 0,2 % de l'activité chirurgicale. Chez Traoré Boubacar 1,64 % des malades ont subi une mammectomie.

• **Type d'anesthésie**

L'anesthésie générale a été de loin la méthode d'anesthésie la plus utilisée (84,6%). Il en est de même dans les Hôpitaux nationaux en 1998 [20] : H.G.T (92,52 %), H.P.G (54,8 %).

Certaines anesthésies présentent un danger potentiel. C'est le cas de l'opération césarienne qui souvent est pratiquée en urgence sans préparation préalable de la femme. C'est le cas également de la cœlioscopie compte tenu de la position gynécologique, de la position de Trendelenburg, de l'insufflation d'air dans la cavité abdominale.

Ces facteurs concourent à favoriser une verticalisation du diaphragme qui diminue alors la capacité respiratoire du sujet.

• **Suites opératoires**

Dans ce paragraphe nous avons étudié le suivi des malades à partir de l'opération jusqu'à la sortie. Nous avons donc reparti ces suites opératoires en trois groupes :

- Suites simples ;
- Infection de paroi ;
- Suites fébriles simples ;

Dans notre étude le taux d'infection de paroi a été de 0,2 % . Eli .M. dans son étude a trouvé 13,4 % d'infection de paroi. Cette différence serait due à nos meilleures conditions d'asepsie et à l'antibioprophylaxie.

PLACE DE L'ACTIVITE CHIRURICALE PARMIS LES AUTRES ACTIVITES DE LA CLINIQUE

Au cours de notre étude sur les 11.860 consultations effectuées à la clinique nous avons pratiqué 401 actes chirurgicaux soit une fréquence de 3,3%.

Dans le service de chirurgie générale à l'Hôpital National du Point « G » Eli M. [13] sur 11.910 consultations a pratiqué 3058 interventions chirurgicales soit une fréquence de 26,67 % .

Ce faible taux d'intervention chirurgicale dans notre étude peut s'expliquer par l'importance du coût des interventions chirurgicales à la clinique par rapport aux hôpitaux.

• Evolution des recettes de la clinique

En ce qui concerne l'évolution des recettes à la clinique nous nous sommes intéressés uniquement aux recettes générées par les interventions chirurgicales.

Sur ce plan nous avons observé une évolution progressive des recettes générées par la pratique chirurgicale de 1994 à 1996 soit en moyenne 23.874.700 F.C.F.A par an .

Cette augmentation peut s'expliquer par une meilleure fréquentation de la clinique par les patientes et une bonne qualité des soins.

CHAPITRE VI

CONCLUSION

RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATIONS

Pour permettre une prise en charge plus complète des affections chirurgicales gynéco-obstétricales à la clinique « Le Hogon » nous recommandons :

- Une amélioration du plateau technique existant.
- L'introduction de nouvelles techniques chirurgicales comme la coeliochirurgie et l'hystérocopie opératoire.
- La création de mutuelle ou d'assurance maladie qui améliorerait l'accessibilité par une baisse des coûts des prestations supportés par les malades.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE**1- BA Raki**

La césarienne dans un centre de santé rural à propos de 110 cas opérés à Bougouni.

Thèse médecine, Bamako, 1978 ; n° 8

2- BARBOT & COL

Traitement chirurgical et endoscopique des synéchies utérines

Editions Techniques . Encycl- Med-chirur (Paris, France) .

Techniques chirurgicales, Urologie-Gynécologie , 41700, 1994, 10 p

3- BRUAH & COL

La coeliochirurgie- Encycl- Med - chirur (Paris, France)

Techniques chirurgicales - Urologie-Gynécologie 41. 515, 6-1989, 36 p

4- CHAPRON & COL

Ovariectomie et annexectomie par coelioscopie pour pathologies bénignes.

Editions techniques. Encycl- Med- chir (Paris, France)

Techniques chirurgicales - Urologie- Gynécologie .Fa 41. 515, 1993 . 4p

5- COULIBALY S.

Contribution à l'étude de l'exercice de la médecine privée au Mali

Thèse Médecine, Bamako, 1989, 352 p, n° 56.

6- DELARUE T.

Apport de la coelioscopie dans le diagnostic et le traitement des stérilités féminines.

Rev. française Gynéco-obst, 1987 ; 82 , N° 4 ; 252-278

7- DEMBELE Fatoumata

Les avortements provoqués à l'Hôpital Gabriel Touré (A propos de 189 cas
Thèse médecine , 1997, Bamako, 60 p ; n° 41

8- DESAULNIERS

Md. Département Obst Gynécologie, Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal ,
Avril 1997

9- DIALLO H.

Contribution à l'étude de la césarienne à propos d'une série continue de 160
cas au service de Gynéco-obstétrique de l'Hôpital Gabriel Toure du 1.01.89
au 30.09.90 .

Thèse Médecine, Bamako, 1990, n° 37

10- DIRECTION NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE L'INFORMATIQUE

Recensement général de la population et de l'habitat du Mali en 1987..

11- DOLCETTA .G

Comparaison entre H.S.G et la coelioscopie dans les diagnostics de stérilité
tubaire.

Contracept- fert -sex - ; 1988 , vol 16 n°10 , pp-835-839

12- DOUGNON Fatoumata (Epouse Ouologuem)

Contribution à l'étude des urgences obstétricales à la maternité de l'Hôpital
National du Point « G »:

Thèse médecine , Bamako, 1991 , 89 -M-64

13- ELI M.

Etude rétrospective des activités du service de chirurgie « B » à l'Hôpital
National du Point « G ».

Thèse Médecine, Bamako, 1992- 92-M-51

20- KONATE Drissa

Coût de revient des interventions chirurgicales dans les services de Gynéco-
obstétrique des Hôpitaux Nationaux : Gabriel Touré et Point « G ».

Thèse médecine , Bamako, 1997, n° 13 , 98- M-13

21- KOURIBA I.

Contribution à l'étude de la stérilité féminine à Bamako

Thèse médecine, Bamako, 1979 ,; N°8

22- MARC Frere

Evolution du traitement chirurgical du fibrome chez la femme jeune: place
actuelle de la myomectomie

Thèse médecine , Lyon. 1968 , N° 115

23- MINTZ

Analyse critique de 867 indications pour stérilité

Gynécologie, 1979, 30 - 327 - 341

24- OUININGA. R.M

Etude rétrospective des activités du service de chirurgie « B » à l'Hôpital
National du Point « G »

Thèse médecine, Bamako-1992 , 92 -M -52

25- PRIVATISATION : PRINCIPE ET PRATIQUE

Les leçons de l'expérience.

(Copyright C 1995. Banque mondiale et société financière internationale
1818 H Street N.W Washington D.C 204 .33 Etats unis d'Amériques)

32- THIERO Mohamed

Les évacuations sanitaires d'urgence à l'Hôpital Gabriel Touré : (A propos de 160 cas).

Thèse médecine , Bamako, 1995.

33- TOURE Ousmane

Contribution à l'étude du fibrome utérin. A propos de 100 cas colligés dans le service de Gynéco-obstétrique de l'Hôpital National du Point « G »

Thèse médecine, Bamako, 1992, 109 p , n° 35

34- TRAORE. Abdoul Karim Zantigui

Grossesses et accouchements multiples dans le service de Gynéco-obstétrique de l'Hôpital Gabriel Touré.

Thèse médecine 1996, Bamako, n° 43 , 98-M-43

35- TRAORE. Boubacar

Bilan de l'activité chirurgicale du service de Gynéco-obstétrique à l'Hôpital National du Point « G » de Mai 1984 à Avril 1986

Thèse médecine, 1986, Bamako, 86-M-4

36- TRAORE Kalifa

Coelioscopie et stérilité à propos de 265 cas.

Thèse médecine, Bamako. 1985, 100 p , Exemplaires 101 - 161 - 89. 89000
162. Volume I.

37- TRAORE. Salimata

Etude économique des activités du service de chirurgie « B » à l'Hôpital National du Point « G »

Thèse médecine, 1992, Bamako, N° 30

38- TRAORE Seydou

Apport de la coéloscopie dans le diagnostic des stérilités féminines à propos de 121 cas.

Thèse médecine, 1997, Bamako, 97-M-46

39- YENA Sadio

Bilan de l'activité du service de Gynéco-obstétrique à l'Hôpital National du Point « G ».

Cinquième journée du service de Gynéco-obstétrique de l'Hôpital National du Point « G ». Année 1995.

40- ZINSOU

Intérêt comparatif de H.S.G et de la coéloscopie au cours du bilan de stérilité dans l'appréciation de la fonction tubaire.

Méd., Afr., Noire, 1980, 27. 743. 747

FICHE D'ENQUETE

1- Date de consultation : / ___ / ___ / ___ /

I- IDENTITE DE LA FEMME

2- Nom et prénom : / _____ /

3- Age / ___ / (en année)

4- Résidence : / ___ /

0= Bamako

1= Kayes

2= Sikasso

3= Segou

4= Mopti

5= Mopti

6= Tombouctou

7= Gao

8= Kidal

5- Ethnie : / ___ /

1= Bambara

2= Peulh

3= Sonrai

4= Malinké

5= Bozo

6= Dogon

7= Sarakolé

8= Somono

9= Autres

5-a Autre à préciser : _____

6- Nationalité : / ___ /

(1= Malienne, 2= Autres)

6-a Autre à préciser : _____

7- Profession : / ___ /

(1= Femme au foyer, 2= Fonctionnaire, 3= Elève, 4= Commerçante, 5= Autres)

7-a Autre à préciser : _____

8- Etat matrimonial

(1= Mariée, 2= Célibataire, 3= Divorcée, 4= Veuve)

9- Nombre de coépouse : / ___ /

10- Adressée par :

1= venu d'elle même, 2= Médecin, 3= sage-femme, 4= Infirmier, 5= Autres

10-a Autre à préciser : _____

11- Motifs de consultation : / ___ /

(1= Pelvialgie, 2= Trouble du cycle à préciser, 3= Trouble des règles à préciser,

4= Tumeur abdomino pelvienne à préciser, 5= 1+2, 6= 1+3, 7= 1+4, 8=2+3, 9=3+4, 10=

1+2+3+4, 11=Autres)

11-a Autres à préciser : _____

II- ATCDS

12- Antécédents médicaux : / ___ / (1= Diabète , 2= HTA, 3= Asthme , 4= 1+2, 5= 1+3, 6= 1+2+3
7= Autre)

12-a Autre à préciser : _____

13- Antécédents familiaux : / ___ / (1= Diabète , 2= HTA, 3= Asthme , 4= 1+2, 5= 1+3, 6= 1+2+3
7= Autre)

13-a Autre à préciser : _____

14- Antécédents chirurgicaux : / ___ / (1= Césarienne, 2= Appendicectomie, 3= Myomectomie ,
4= Cure de FVV , 5= 1+2 , 6= 1+3 , 7= 1+4, 8= 2+3, 9= 2+4, 10= 3+4, 11= 2+3+4, 12= 1+2+3+4
13= Autres)

14-a Autre à préciser : _____

15- Antécédents obstétricaux : _____

16- Gestité : / ___ / (1= Primigeste, 2= Paucigeste, 3= Multigeste)

17- Parité : / ___ / (1= Primipare, 2= Paucipare, 3= Multipare)

18- Nombre d'enfant DCD : / ___ /

19- Nombre de fausse couche : / ___ /

20- Nombre de curetage : / ___ /

21- ATCD gynécologiques : / ___ /

22- Age à la ménarche : / ___ /

23- Cycle : / ___ / (1= Régulier, 2= Irrégulier)

24- Trouble des règles à préciser : _____

25- Affection gynécologique à préciser : _____

26- Ménopause : / ___ /

1= Oui

2= Non

27- Si ménopausée depuis combien de temps : / ___ /

28- Dysménorrhée : / ___ /

1= Oui

2= Non

29- Dyspareunie : / ___ /

1= Oui

2= Non

30- Contraception : / ___ /

1= Oui

2= Non

31- DDR : / ___ / ___ / ___ /

III- EXAMEN

32- Etat général : / ___ / (1=Bon, 2=Altéré)

33- Conjonctives : / ___ / (1= Colorées, 2= Pâleur)

34- Seins : / ___ / (1= Normaux, 2= Galactorrhée, 3= Tumeur, 4= Autres)

34-a Autre à préciser : _____

35- Abdomen et pelvis : / ___ / (1= Souple, 2= Indolore, 3= Douleur, 4= Cicatrice, 5= Tumeur, 6= 1+2, 7= 1+3, 8= 1+2+3, 9= 3+4, 10= 1+5, 11= 5+3+1, 12= 1+3+5, 13= Autres)

35-a Autres à préciser : _____

36- Vulve : / ___ / (1= Aucun, 2= Cicatrice, 3= Pathologie à préciser, 4= Autres)

36-a Autres à préciser : _____

A- SPECULUM

37- Col : (1= Sain, 2= Pathologie à préciser, 3= Autres)

37-a Autre à préciser : _____

38- Vagin : / ___ / (1= Normal, 2= Malformation, 3= Autres)

38-a Autres à préciser : _____

B-TOUCHER VAGINAL

39 Col : / ___ / (1= Antérieur, 2= médian, 3= post, 4= long, 5= court, 6= ferme, 8= Ramoli, 9= Entrouvert, 10= Ouvert, 11= Autres)

39-a Autre à préciser : _____

40- Utérus : / ___ / (1= Taille à préciser, 2= Mobilisation à préciser, 3= Position à préciser, 4= Autres)

41- Autres à préciser : _____

42- Annexes : / ___ / (1= Taille à préciser, 2= Tumeur, 3= Douleur)

42-a Autre à préciser : _____

IV- INDICATION OPERATOIRE

43- Indication obstétricale : / ___ /

(1= Placenta proevia, 2= Grossesse prolongée, 3= toxémie sévère, 4= Diabète + Grossesse, 5= Dystocie dynamique, 6= Dystocie osseuse, 7= Souffrance fœtale aiguë, 8= Souffrance fœtale chronique, 9= M. hydatiforme, 10= Dysproportion foeto-pelvienne, 11= Présentation fœtale anormale à préciser, 12= Autres)

43a- Autre à préciser : _____

44- Indication gynécologique : / ___ / (1= Fibrome utérin, 2= Kyste de l'ovaire, 3= Cancer du col de l'utérus, 4= Avortement spontané, 7= Grossesse extra-utérine, 8= Dystrophie ovarienne, 9= Prolapsus utérin, 10= Avortement incomplet, 11= Avortement provoqué illégal, 12= Cancer du sein, 13= Synéchie utérine, 14= Abscès du sein, 15= Tumeur bénigne du sein, 16= Pyosalpinx, 17= Pelvipéritonite, 19= Torsion d'un kyste de l'ovaire, 20= Cystocèle, 21= Autres)

44-a Autre à préciser : _____

45- Date de l'opération : / ___ / ___ / ___ /

46- Nature de l'intervention : / ___ / (1= Myomectomie, 2= Kystectomie ovarienne, 3= Ovariectomie, 4= Mammectomie, 5= Hysterectomie totale, 6= Hystérectomie subtotale, 7= Hystérectomie totale + curage, 8= Colporraphie antérieure isolée, 9= Cure prolapsus utérin par voie basse, 10= Cure prolapsus utérin par voie haute, 11= Incision abcès du sein, 12= Salpingectomie, 13= Curetage, 14= Cerclage, 15= Suture épisiotomie ou déchirure, 16= Laparotomie, 17= Abstention, 18= Biopsie, 19= Césarienne, 20= Salpingolyse, 22= Adhésiolyse, 23= Ovaryolyse, 24= Salpingonéostomie, 25= Implantation tubo-utérine, 26= Cœlioscopie, 27= Association des interventions à préciser, 28= Autres)

46- Autres à préciser : _____

47- Titre de l'opérateur : _____

48- Voies d'abords : / ___ / (1= Haute, 2= Basse, 3= Combinée)

49- Type d'incision : / ___ / (1= IMSO, 2= Pfannenstiel, 3= Transrectale)

50- Type d'anesthésie : / ___ / (1= AL, 2= AG, 3= ALR)

51- Suites opératoires : / ___ / (1= Simples, 2= Infection de paroi, 3= Suites simples fébriles, 4= Autres)

52- Autres à préciser : _____

53- Durée totale d'hospitalisation en j : / ___ /

54- Durée d'hospitalisation pré op en j : / ___ /

55- Durée d'hospitalisation post op en j : / ___ /

56- Co-t de l'intervention : / ___ /

57- Etat général la sortie : / ___ /

58- Nombre de consultation post op : / ___ /

FICHE SIGNALÉTIQUE

NOM : **DOLO**

Prénom : **Aliou**

Titre de la Thèse : L'ACTIVITE CHIRURGICALE GYNECO-OBSTETRICALE EN PRATIQUE DE VILLE : EXEMPLE LA CLINIQUE « LE HOGON ».

Année universitaire : 1998-1999

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : République du MALI

Lieu de dépôt : BIBLIOTHEQUE de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Secteur d'intérêt : Gynécologie-obstétrique

RESUME

Au terme de notre étude sur l'activité chirurgicale gynéco-obstétricale à la clinique « Le Hogon » du 1er Janvier 1994 au 31 Décembre 1996 nos constats sont les suivants :

Quatre types d'intervention chirurgicale sont les plus pratiquées :

- le curetage : 103 cas soit 26% ;
- la cœlioscopie 72 cas soit 18% ;
- la césarienne 62 cas soit 15,4 % ;
- le cerclage 60 cas soit 15 %.

L'anesthésie générale est de loin la méthode d'anesthésie la plus utilisée.

Le taux d'infection post opératoire est faible (0,2%). Nous n'avons pas observé de décès post opératoire .

Une fréquence faible de l'activité chirurgicale à la clinique avec un taux de 3,3%.

Cette fréquence faible s'explique par l'importance du coût des interventions chirurgicales.

Ce sont des femmes jeunes, de surcroît des paucipares au foyer vivant en zone urbaine qui sont les principales malades opérées à la clinique.

Une augmentation progressive des recettes générées par la pratique chirurgicale a été observée.

Cependant malgré sa fréquence faible, l'activité chirurgicale demeure efficace à la clinique eu égard à l'évolution des recettes générées par elle.

Mots-clés : *Activité chirurgicale gynéco-obstétricale, pratique de ville, la clinique « Le Hogon »*