

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

REPUBLIQUE DU MALI

ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UN PEUPLE- UN BUT- UNE

FOI

UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES ET TECHNOLOGIES DE BAMAKO (USTTB)

Faculté de médecine et odonto- stomatologie



Année universitaire 2022- 2023

Thèse N°... .

Thème

**BILAN D'UN AN D'ACTIVITES CHIRURGICALES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE FANA.**

Présentée et soutenue publiquement le 18/01/2024 Devant le jury de la faculté
de médecine et odontostomatologie(FMOS)

Par : **M. Yaya SANOGO**

Pour obtenir le grade de docteur en médecine (Diplôme d'Etat)

JURY :

Président : Pr. Boubacar KAREMBE, Maître de conférences

Membre : Pr. Madiassa KONATE, Maitre de conférences agrégé

Co- directeur : Dr. Youssouf SAMAKE, Chirurgien généraliste

Directeur de thèse : Pr. Lassana KANTE, Maître de conférences agrégé

SOMMAIRE

<u>DEDICACES</u>	iii
<u>REMERCIEMENTS</u>	iv
<u>LISTE DES ABREVIATIONS</u>	xvi
<u>La liste des tableaux et figure</u>	xviii
<u>Table des matières</u>	xix
1 <u>INTRODUCTION</u>	2
2 <u>OBJECTIFS</u>	5
3 <u>GENERALITES</u>	7
4 <u>METHODOLOGIE</u>	15
5 <u>. RESULTATS</u>	22
6 <u>COMMENTAIRES ET DISCUSSION</u>	35
<u>CONCLUSION</u>	43
<u>RECOMMANDATIONS</u>	45
<u>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</u>	47
<u>ANNEXES</u>	51



**DEDICACES ET
REMERCIEMENTS**

DEDICACES

Je dédie cette thèse à :

Allah le Tout Puissant, le Miséricordieux, le Très Miséricordieux, Par sa grâce j'ai pu mener à terme ce travail.

Au prophète MOHAMED (P.S.L) Imam de tous les moutawakilina

C'est-à-dire les confiants en DIEU. « Paix et salut sur notre Prophète MOHAMED et ses parents ainsi qu'à tous ses Compagnons ». Amen

A mon père : Latakanatou SANOGO

Je te dois tout papa. Ton amour bienveillant, ton dévouement, ta rigueur et ta persévérance m'ont assuré une éducation fondée sur la probité, l'intégrité et la dignité. Tu as toujours souhaité pour tes enfants les meilleures études. Sans ton soutien inestimable, ce travail n'aurait pas abouti.

Papa ! C'est le moment pour moi, de vous dire merci d'avoir sacrifié votre bonheur pour ma réussite malgré d'innombrables difficultés socio-économiques. Je n'oublierai jamais vos conseils d'amour. Papa, encore une fois merci !

A ma mère : Djénéba KONE

Maman ta générosité sans faille, ton affection maternelle, ton courage et ton sens de l'humilité ont fait de toi une femme exceptionnelle dans le foyer et appréciée de tous. Mère infatigable, merci pour ton profond amour, tes prières, tes encouragements, tous les sacrifices consentis et tes multiples soutiens pendant les moments difficiles de mes études.

Je prie Allah qu'il te donne une longue vie pour déguster le fruit de tes efforts. Je te rassure chère mère de toute ma reconnaissance et de mes sentiments les plus profonds : Merci maman !

REMERCIEMENTS

A mes tontons : Drissa SANOGO ; Dramane SANOGO ; Yacouba SANOGO ; Madou SANOGO ; feu Sadian SANOGO ; feu Ibrahim SANOGO :

Tous les mots du monde ne sauraient exprimer l'immense amour que je vous porte, ni la profonde gratitude que je vous témoigne pour l'effort et les sacrifices ainsi que vos soutiens moraux sociaux et financières que vous n'avez jamais cessé de consentir pour mon instruction et mon bien-être. Je vous rends hommage par ce modeste travail en guise de ma reconnaissance éternelle et de mon infini amour.

A ma tante Korotoum FANE :

Ta sagesse, ta simplicité, ton courage et ta volonté de me voir d'aller en avant font que ce jour est le tien. Connue par ton grand amour pour le travail. Je garderai toujours à l'esprit que je dois cette réussite à tes immenses qualités de tante. Qu'ALLAH le tout puissant t'accorde encore une longue vie à nos côtés pour goûter le fruit de ce travail.

A mes tantes :

Braves femmes aux cœurs pleins de bontés, de compassions, de gentillesse et d'affections. Vos conseils et votre assistance m'ont été plus utiles dans l'accomplissement de ce travail. Que Dieu tout puissant vous garde et vous procure santé bonheur et longue vie pour que vous demeuriez le flambeau illuminant le chemin de vos enfants. Amen !

A Souleymane KAREMBE et épouse Aminata KAREMBE, trouvent ici toute ma reconnaissance et mes sincères remerciements.

A mes sœurs : Aminata, Kadiatou, Ramatou, Alimata, Djeneba pour vos sages conseils et tout le soutien que vous m'avez apporté tout au long de mes études. Qu'ALLAH vous accorde longue vie. Sincères reconnaissances.

A mes frères : Maman, Bourama, Moussa, Nouhoum, Drissa, Lassana que l'esprit d'unité qui règne entre nous se maintienne pour toujours. En gage de ma profonde affection et que se resserrent davantage nos liens fraternels car l'union fait la force. Qu'ALLAH le Tout Puissant nous donne longue vie en prospérité, santé, et nous accorde son paradis.

Aux Grandes familles SANOGO

A mes très chers parents, pour tous leurs sacrifices, leur amour, leur tendresse, leurs soutiens et leurs prières tout au long de mes études. Merci

À la famille KONE :

Une famille exceptionnelle avec des membres adorables. Toujours présente pour moi et ma famille au besoin. Qu'ALLAH vous protège ainsi que vos adorables enfants et vous accorde la santé, le bonheur et la prospérité.

A mes cousins et cousines, à tous mes neveux et nièces : je ne citerai de nom au risque d'en oublier. Vous m'avez apporté un grand soutien durant ces longues années. Ce travail est le fruit de votre solidarité.

A la grande famille KAREMBE de Point-G:

Une famille exceptionnelle, incomparable, adorable faite de membre très compréhensif, bref une famille sans quoi se travail n'aura pas lieu ; recevez ici mes sincères remerciement.

A la famille FOFANA de Magnanboucou : recevez ici mes sincères reconnaissances et remerciements

A mes amis : Dr Bangnoucou SIDIBE, Souleymane DICKO, Dramane Diallo, Djeneba COULIBALY, Diakaridia KONATE, Dr Binafou DEMBELE, Kalilou KAREMBE : Que le marché de l'emploi nous offre ce qui y a de meilleur. Merci pour ces bons moments et ces longs parcours héroïques tantôt durs que nous avons vécu ensemble. Longue vie pour notre relation. Vive l'amitié

! Amine.

Aux familles : GUINDO, KOITA, DIAWARA, DIALLO, Niantao, NIAMBELE, COULIBALY, DEMBELE, MAIGA, SANGARE, TRAORE, SYLLA, KONE, KONATE, DICKO, COUMARE... .

Les mots ne suffisent pas pour vous exprimer toute ma reconnaissance. Vous êtes pour moi des personnes très chères sur qui je peux toujours compter. Pour toute la complicité et l'entente qui nous unissent et des souvenirs de tous les moments que nous avons passés ensemble je vous dédie ce travail. Qu'ALLAH vous protège ainsi que vos adorables enfants et vous accorde santé, bonheur et prospérité.

Aux aînés et collègues : Dr DIAWARA Issa, Dr DEMBELE Mahamadou, Dr NIENTAO Djénéba, Dr KOITA Adama, Dr DIARRA Cheick o, Dr DIALLO Boubacar Abou, Dr MAIGA Seydou, Dr KAREMBE Mamadou, Dr COULIBALY moussa, Dr COUMARE soumaïla, Dr SANGARE Seydou baba Int Brehima DICKO, Int Yacouba DEMBELE : Tous les mots du monde ne sauront exprimer ma gratitude. Vous avez été mes frères et sœurs ainsi que mon ami à la fois. Merci pour vos conseils et vos accompagnements durant toute ma formation. Qu'Allah vous récompense et veille sur vous.

CADRE SOCIOPROFESSIONNEL

Au Corps Enseignant de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie
Merci pour l'enseignement reçu.

Au Docteur Youssouf SAMAKE

Votre amour de la droiture, du respect de la personne humaine, du travail bien fait et votre rigueur sont les qualités qui m'ont marqué à jamais ; et m'ont poussé à devenir un de vos élevés. Grace à vous j'ai compris que l'essentiel de la médecine se résume dans l'amour et le respect absolu de l'humain. Plus qu'un enseignant vous êtes un père éducateur, un modèle à suivre. Vous nous avez formé pendant les staffs enrichis, non seulement sur

le plan professionnel mais aussi sur le plan développement personnel et social. À vos côtés j'ai bien compris que la première victoire de l'homme, c'est la victoire sur soi-même. Merci infiniment pour vos enseignements. Qu'Allah vous bénisse à perpétuité.

Au Docteur Sema KEITA

Merci pour votre disponibilité, les conseils et l'encadrement. J'ai beaucoup apprécié votre sens du partage et la proximité que vous avez avec les gens qui vous entourent. Vous êtes très méticuleux et cela a contribué à améliorer mes rapports avec les autres. Je me souviendrai toujours de ce que vous avez fait pour moi et les leçons tirées des responsabilités que vous m'avez confiées. Plus qu'un maître vous êtes un père. Merci !

Au Docteur Momine TRAORE

Votre grande humanité et votre sens élevé du travail bien fait nous ont impressionnés. Je suis chanceux d'avoir croisé votre chemin. Merci pour votre courage contagieux et votre disponibilité. Dieu seul sait à quel point cela m'a galvanisé. Merci et qu'Allah vous couvre de ses grâces.

Au Docteur Tegué GUINDO

Nous avons appris de vous la rigueur, le dynamisme, la persévérance et l'esprit d'équipe. Mon plus grand regret a été de ne pas vous rencontrer tôt pour assez profiter de vos connaissances. Vos conseils et vos critiques nous ont servi de guide dans la réalisation de ce travail. Merci et qu'Allah vous couvre de ses grâces.

Au Docteur Arouna DEMBELE

Le privilège d'avoir comme encadreur un homme de science aussi modeste et rigoureux que vous, est pour nous une leçon de vie. Votre dynamisme et votre détermination sont les qualités à suivre. Grâce à vous j'ai osé et je n'ai pas regretté. Merci pour vos soutiens moraux, financiers, éducatifs et

sanitaires ainsi que le temps que vous avez pris, pour m'enseigner et me rendre meilleure. Merci du fond du cœur.

Au Docteur Garba GUINDO

Vous avez été d'un grand apport dans ma formation ainsi que dans la réalisation de ce travail plus qu'un maitre vous avez été un parent. J'ai vite apprécié vos qualités scientifiques pour la formation et la recherche, votre responsabilité et votre endurance. Votre courage, votre disponibilité, votre sens de l'humour me laissent croire que je peux compter sur vous. Vos soutiens moraux et financiers ne m'ont jamais fait défaut. Ce travail est le vôtre. Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude.

Au Docteur Moctar Kardigué COULIBALY :

Votre bonne humeur et votre joie de vivre contagieuse facilitent notre formation

et font de vous un maitre exemplaire. Merci pour votre disponibilité, votre accompagnement et toutes les enseignements reçus. Que Dieu vous donne ce que votre cœur désire.

Au Docteur Dansiné DIARRA

Géographe Géomaticien, PhD en Géographie de la santé, Enseignant chercheur à la faculté d'Histoire et de Géographie à l'université des sciences sociales et de gestion de Bamako.

Votre grande humanité, votre sens élevé d'aide et de travail bien fait nous ont impressionnés.

Nous sommes chanceux d'avoir croisé votre chemin. Merci pour votre courage contagieux et votre disponibilité. Dieu seul sait à quel point cela nous a galvanisé. Merci et qu'Allah vous couvre de ses grâces.

Au Docteur Youssouf DIAWARA

Vous avez été d'un apport très utile pour la réalisation de cette thèse. Merci de m'avoir supporté pendant cette longue période. Ce travail est le vôtre, trouvez ici l'expression de mes sincères remerciements.

Au Docteur Flagnouma DIALLO

Votre bonne humeur et votre joie de vivre contagieuse facilitent notre formation et font de vous un maître exemplaire. Merci pour votre disponibilité et tous les enseignements reçus. Que Dieu vous donne ce que votre cœur désire.

Au Docteur Fodé KOUYATE

Nous vous remercions de la qualité de l'enseignement que nous avons reçu de vous, que Dieu vous le rende au centuple.

A Maître Komoko NIAMBELE

Merci pour l'apprentissage à vos côtés lors de vos différents passages au service d'anesthésie et de réanimation du Csrèf de Fana. Que Dieu vous accorde ce que vous méritez.

Aux majors : Aïssitan DIALLO Csrèf de Fana

Kadidiatou TRAORE Csrèf de Fana

Kadiatou SAGARA Csrèf de Fana

Faran FOMBA Csrèf de Fana

Merci à vous. Vous avez facilité mon travail quotidien. Je garderai en mémoire votre bonne humeur constante. Toujours prêt à aider vos étudiants vous avez impacté d'une façon positive et améliorer ma formation. Puisse Dieu vous préserver et vous rendre au centuple.

À la 13^{ème} Promotion du NUMERUS CLAUSUS / « *Promotion ALI NOUHOUM DIALLO* »

Pour toutes ces années sympathiques passées.

Ensemble nous avons bâti notre avenir.

À tous ceux qui nous sont chers et que nous avons involontairement omis de citer, et à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce

travail, nous vous remercions.



**HOMMAGE AUX MEMBRES DU
JURY**

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE JURY:

Pr. Boubacar KAREMBE

- Maître de Conférences à la FMOS
- Spécialiste en Chirurgie générale
- Chef d'unité de chirurgie générale au Csrèf de CIII
- Membre de la SOCHIMA.

Cher maître,

Nous sommes très honorés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté

de présider ce jury de thèse, malgré vos multiples et importantes occupations.

Votre rigueur scientifique, votre enseignement de qualité et vos multiples

qualités humaines et sociales font de vous un maître admiré de tous.

Nous

vous prions cher maître de trouver ici, l'expression de notre grand respect et

nos vifs remerciements. Puisse Allah vous accorder santé et longévité.

Amen !

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DE JURY :

Pr. Madiassa KONATE

- Maître de conférences agrégé en chirurgie générale à la FMOS ;
- Praticien Hospitalier au CHU Gabriel Touré ;
- Membre de la Société Africaine Francophone de Chirurgie Digestive (SAFCHID) ;
- Membre de l'Association des chirurgiens d'Afrique Francophone (ACAF) ;
- Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SOCHIMA) ;

Cher Maître ;

Nous avons été marqués par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de joindre le jury de cette thèse. Votre compétence, Votre abord facile, votre rigueur associée à vos qualités humaines et professionnelles ont suscité en nous une grande admiration et un profond respect.

Veillez croire, cher maître, à l'assurance de notre respect et de notre reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET CO- DIRECTEUR DE THESE :

Dr Youssouf SAMAKE

- Médecin chef du Csrèf de Fana
- Spécialiste en Chirurgie générale
- Expert en santé publique
- Spécialiste en Suivi/Evaluation des programmes et projets
- Praticien Hospitalier au Csrèf de fana
- Chargé de recherche

Cher Maître,

Les mots nous manquent pour exprimer avec exactitude notre profonde admiration et notre profond respect. Nous sommes fiers d'avoir appris à vos côtés. Soyez rassuré cher maitre de notre profond attachement et de notre sincère reconnaissance.

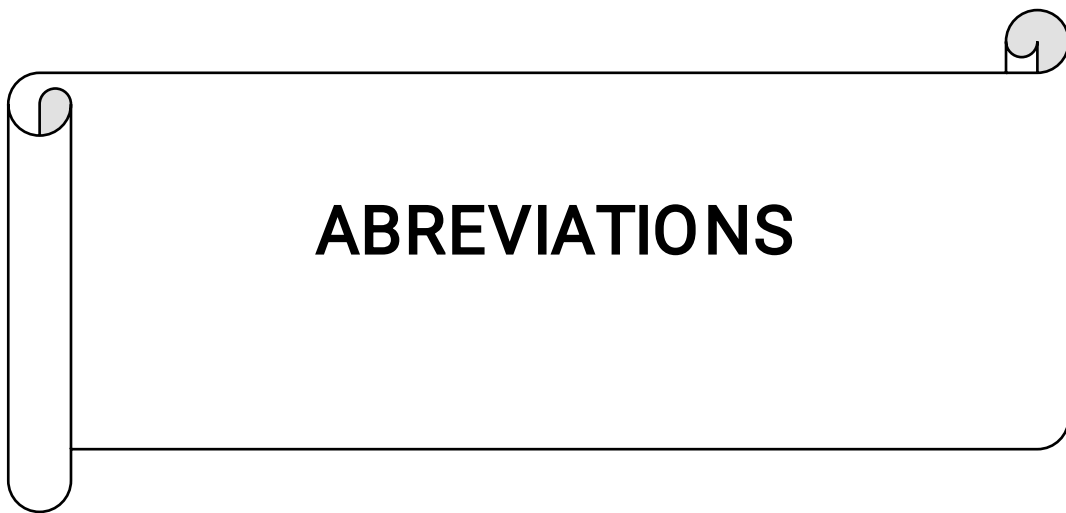
A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE :

Professeur Lassana KANTE

- Maître de conférences agrégé en Chirurgie générale à la FMOS.
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré
- Membre de la société de Chirurgie du MALI (SOCHIMA)
- Membre de l'Association des Chirurgiens d'Afrique Francophone(ACAF)
- Chargé de cours Ibode à INFSS
- Spécialiste en Chirurgie générale

Cher Maître ;

Votre disponibilité, votre rigueur scientifique ; votre respect des vertus sociales font de vous un maître admiré de tous. Vous avez cultivé à nous l'esprit de justice, d'humilité et du travail bien fait. Cher maître aucun mot ne pourra exprimer tous nos sentiments à votre égard. Merci !!!



ABREVIATIONS

LISTE DES ABREVIATIONS

% : Pourcentage

< : Inferieur

> : Supérieur

AG : Anesthésie Générale

AL : Anesthésie Locale

ALR : Anesthésie Loco- Régionale

ATCD : Antécédent

ACAF : Association des Chirurgiens d'Afrique Francophone

AFC : Association Française des Chirurgiens

BGR : Bassin Généralement Rétréci

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMDT : Compagnie Malienne pour le Développement du Textile

Coll. : Collaborateur

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CSRÉF: Centre de Santé de Référence

DFP : Disproportion Féoto- pelvienne

Fig. : Figure

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odonto- Stomatologie

GEU : Grossesse Extra- Utérine

GT : Gabriel Touré

HRP : Hématome Retro- Placentaire

HTA : Hypertension Artérielle

IBODE : Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat

INT : Interne

INFSS : Institut National de Formation en Sciences de la Santé

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PEC : Prise En Charge

PEV : Programme Elargi de Vaccination

PP : Placenta Prevae

RU : Rupture Utérine

SFA : Souffrance Fœtale Aigue

SMIG : Salaire Minimum Inter professionnel Garanti

SOCHIMA : Société de Chirurgie du Mali

TR : Toucher Rectal

USAC : Unité de Soins d'Accompagnement et de Conseil

USTTB : Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako

LA LISTE DES TABLEAUX ET FIGURE

TABLEAUX

Tableau I: Répartition des patients selon le mois	23
Tableau II: Répartition des patients selon les tranches d'âges	23
Tableau III: Répartition des patients selon la situation matrimoniale	24
Tableau IV: Répartition des patients en fonction des ethnies	25
Tableau V : Répartition des patients en fonction de la profession	26
Tableau VI : Répartition selon le niveau d'instruction	27
Tableau VII : Répartition des patients en fonction de la nationalité	27
Tableau VIII : Répartition des patients selon le motif de consultation	28
Tableau IX : Répartition des patients en fonction du type de pathologie chirurgicale	29
Tableau X: Répartition des patients en fonction du type de pathologie gynéco- obstétrique	29
Tableau XI : Répartition des patients selon la qualification des operateurs	30
Tableau XII : Répartition des patients selon le type d'anesthésie	30
Tableau XIII : Répartition des patients en fonction des suites opératoires	30
Tableau XIV : Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation	31
Tableau XV: Répartition des patients selon le coût du bilan préopératoire	32
Tableau XVI : Répartition des patients selon le coût des ordonnances	33
Tableau XVII : Répartition des patients selon le coût total de l'intervention chirurgicale	34
Tableau XVIII : Age selon les auteurs	37

FIGURES

Figure 1: Cartographie du district sanitaire de Fana	17
Figure 2: Répartition de patients selon les unités	22
Figure 3: Répartition des patients selon le sexe	24
Figure 4: Répartition des patients selon la provenance	26
Figure 5: Répartition des patients en fonction du mode de recrutement	28

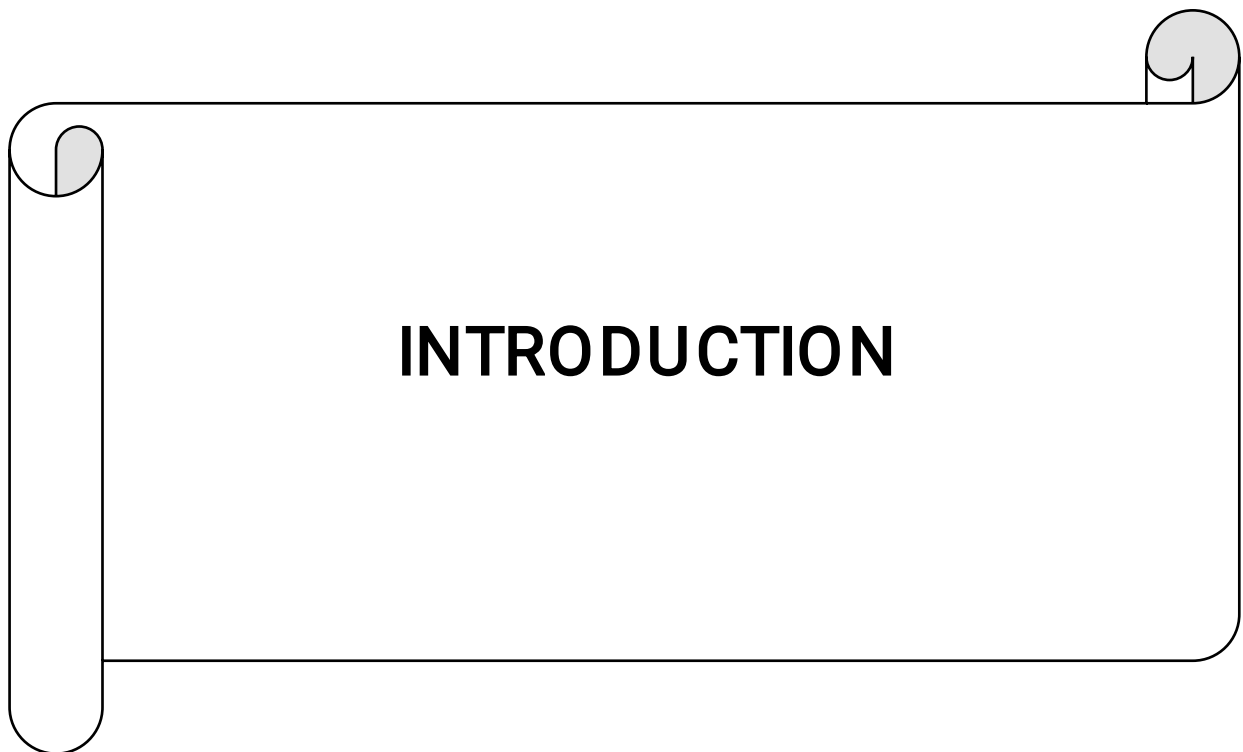
[Figure 6:Répartition des patients selon le type de complication](#).....31

Table des matières

DEDICACES	iii
REMERCIEMENTS	iv
LISTE DES ABREVIATIONS	xvi
LA LISTE DES TABLEAUX ET FIGURE	xviii
Table des matières	xix
1 INTRODUCTION	2
2 OBJECTIFS	5
2.1 Objectif général :	5
2.2 Objectifs spécifiques :	5
3 GENERALITES	7
3.1 Définition de la chirurgie :	7
3.2 Rappel historique :	7
3.3 Différents types de chirurgie :	11
4 METHODOLOGIE	15
4.1 Type d'étude :	15
4.2 Période d'étude :	15
4.3 Lieu d'étude :	15
4.4 Situation Géographique	15
4.4.1 Commune de Fana	15
4.4.2 Population, ethnies et phénomènes migratoires	17
4.4.3 Description du centre de santé de référence de Fana	18

4.5	Population d'études	19
4.6	Critères d'inclusion :	19
4.7	Critères de non 'inclusion :	19
4.8	Variables étudiées	19
4.9	Mode de recrutement des patients	20
4.10	Méthode de diagnostic et collecte des données	20
4.11	Procédure de traitement et analyse des données	20
5	. RESULTATS	22
5.1	Fréquence :	22
5.2	Données sociodémographiques :	23
5.3	Données cliniques :	27
	Tableau XI : Répartition des patients selon le motif de consultation	27
5.4	La prise en charge.	29
6	COMMENTAIRES ET DISCUSSION	35
6.1	Fréquence :	35
	Période de l'année	35
6.2	Données sociodémographiques :	35
	Age	35
	Sexe	36
	Ethnie	36
	Profession	36
	Situation matrimoniale	36
	Niveau d'instruction	37
6.3	Données cliniques	37
	Motifs de consultation	37

<u>Mode de recrutement</u>	37
<u>Pathologies de la chirurgie générale</u>	37
<u>Pathologie de la chirurgie gynéco- obstétricale</u>	38
6.4 <u>Prise en charge</u>	38
<u>La qualification de l'opérateur</u>	38
<u>Type d'anesthésie</u>	38
<u>Durée moyenne d'hospitalisation</u>	39
<u>Les suites opératoires :</u>	39
<u>Coût</u>	40
<u>Contraintes /les limites de l'étude</u>	41
CONCLUSION	43
RECOMMANDATIONS	45
BIBLIOGRAPHIES	47
ANNEXES	51



1 INTRODUCTION

Le bilan est l'état d'une situation ; résultat d'une action, d'une opération d'ensemble selon le dictionnaire LAROUSSE 2009. [1]

La chirurgie est la discipline médicale spécialisée dans le traitement des maladies et des traumatismes, qui consiste à pratiquer, manuellement et à l'aide d'instruments, des actes opératoires sur un corps vivant [2].

L'étude du bilan d'activités chirurgicales permet d'améliorer la qualité des services au niveau des différentes unités chirurgicales du Centre[2].

Dans nos pays en développement, les services de santé sont mal équipés rendant difficile la recherche en matière de santé, la bonne gestion et la conservation des preuves sanitaires[3]. Depuis l'avènement de la politique sectorielle de santé et de population en 1990, les centres de santé de cercle jouent le rôle de centre de santé de référence. En effet autour de ces structures de référence gravitent un certain nombre de centres de santé communautaire [3].

Au niveau du centre de santé de référence(Csrèf), il existe dans la plupart des cas un personnel qualifié dont au moins un médecin généraliste et actuellement au moins un médecin spécialiste. Ce potentiel favorise la prise en charge des urgences chirurgicales. Aussi, il faut noter qu'à ce niveau sont effectuées les consultations curatives et la prise en charge chirurgicale de certains états pathologiques à savoir : les hernies de la paroi, les hydrocèles, les prolapsus, les Appendicites, les kystes ovariens, les grossesses extra- utérines(GEU), les péritonites, les occlusions etc.

Une des façons d'apprécier la qualité de l'activité des soins de

chirurgie est d'établir le plus fidèlement possible un relevé des pathologies en fonction des données sociodémographiques et des principales pathologies [4].

En effet, des études ont été effectuées :

- En France une étude réalisée en 2009 trouva que le poids de la chirurgie dans la totalité de l'activité médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO) de l'établissement a également une influence bénéfique sur les résultats des soins [5]

- En Belgique, une étude réalisée par J. Lerut et coll. [6] trouva que la chirurgie de la hernie de l'aine est l'intervention la plus fréquente en chirurgie adulte.

Au Mali Cissé AB [7], dans : Evaluation des activités chirurgicales réalisées dans

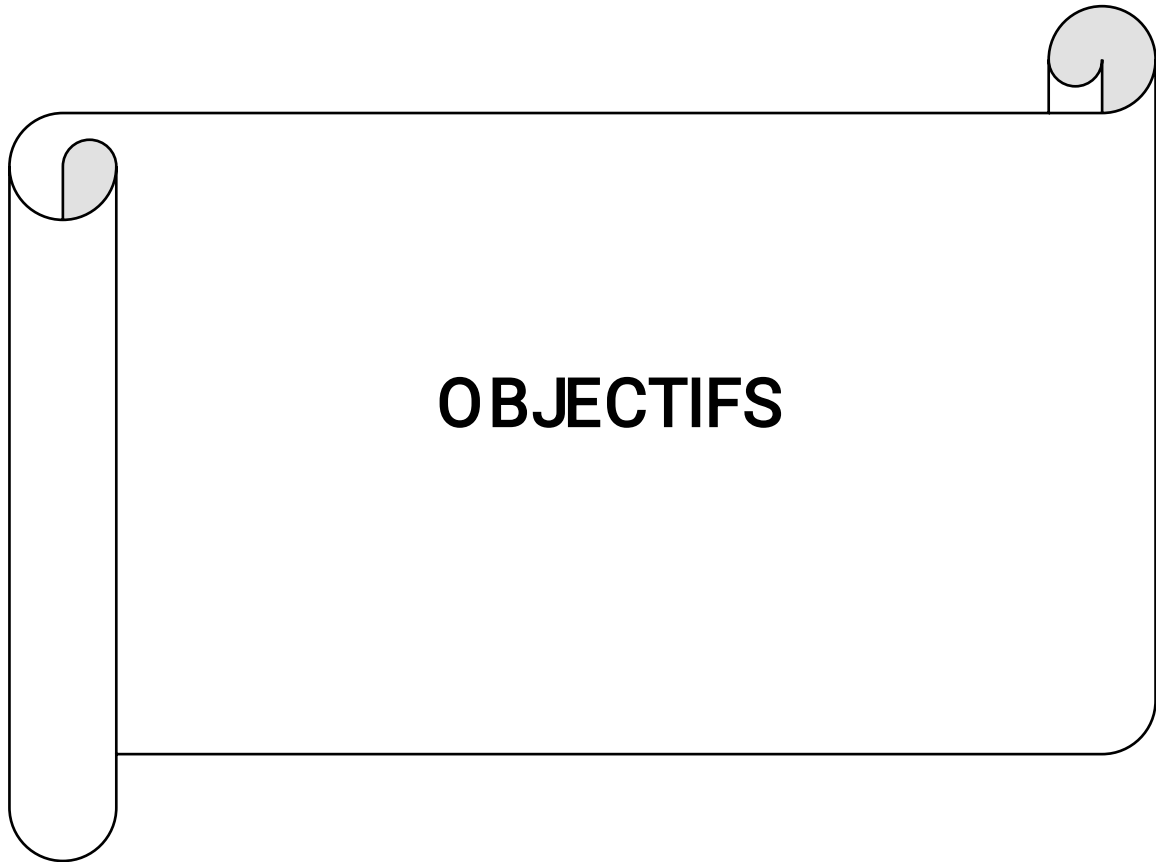
le service de chirurgie du centre de santé de référence de la commune I du

district de Bamako de janvier 2009 à décembre 2010, a étudié les principales

Pathologies rencontrées. Beaucoup de ces travaux ont été réalisés dans les centres hospitaliers universitaires et des centres de référence sur les activités chirurgicales. La pratique chirurgicale reste complexe dans les structures sanitaires de niveau secondaire du point de vue du plateau technique.

C'est ainsi que nous avons entrepris ce travail enfin d'évaluer la pratique chirurgicale dans le centre de santé de référence de Fana. A cet effet, nous nous

sommes fixés les objectifs suivants :



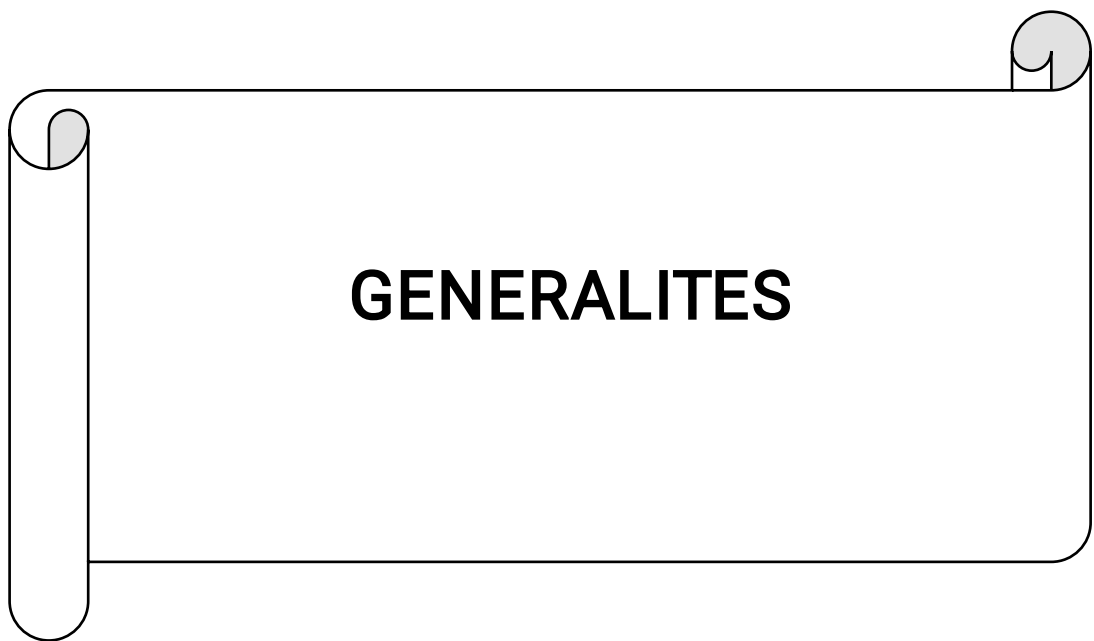
2 OBJECTIFS

2.1 Objectif général :

Evaluer le bilan des activités chirurgicales au Centre de Santé de Référence de Fana sur une période allant du 1^{er} Juin 2022 au 31 Mai 2023.

2.2 Objectifs spécifiques :

- ✓ Déterminer les caractéristiques sociodémographiques des patients opérés;
- ✓ Classer les principales pathologies chirurgicales ;
- ✓ Décrire les complications post- opératoires ;
- ✓ Évaluer le cout des interventions chirurgicales ;



3 GENERALITES

3.1 Définition de la chirurgie :

La chirurgie est un ensemble d'opérations manuelles et instrumentales réalisées sur et dans un corps vivant à des fins thérapeutiques.

3.2 Rappel historique :

C'est l'un des plus anciens arts médicaux. Son efficacité a été très longtemps limitée par quatre facteurs, dont les trois premiers déterminent la durée possible d'intervention : L'ignorance de l'anatomie et de la physiologie sans connaissance précise de l'organisation intérieure du corps et de son fonctionnement. Elle se limitait aux périphériques et aux plaies. Si la coagulation a été observée de longue date, la compréhension de l'hémostase attendra le XX^e siècle. Cause ou conséquence de l'intervention, le saignement artériel ne pouvait être contrôlé que par la compression mécanique externe (garrot, clamp ou tamponnement) ou la cautérisation et plus récemment par obstruction temporaire intra cavitaire (sondes à ballonnet, obturateurs gélifiés réversibles) permettant la suture réglée des vaisseaux et des tissus ; la douleur, entraînant des réactions motrices réflexes de défense ou d'évitement, ou des réactions de choc, problèmes maintenant mieux résolus avec la découverte de l'anesthésie et les progrès réalisés dans ce domaine. L'infection, qui causait de nombreux décès. La découverte des microbes par Louis Pasteur mit Joseph Lister sur la voie de la découverte de l'antisepsie, permit le développement de l'asepsie et de l'hygiène et, ajoutées à celles de l'immunité et des antibiotiques, firent chuter la mortalité postopératoire de façon spectaculaire [7]. L'histoire a montré que chaque fois qu'il y a eu un rapprochement entre ces deux entités que sont la médecine et la chirurgie cela a été bénéfique pour le progrès médico-chirurgical [7]. L'époque préhistorique De l'époque préhistorique, quelques pièces squelettiques fossiles ont réussi à traverser les âges, attestant de gestes chirurgicaux tels que des craniotomies (nombreux cas de trépanations) et des amputations de membres (plus rare)

à partir du Mésolithique [7].

- **L'antiquité :**

L'utilisation de l'écriture a permis à certaines connaissances de traverser les siècles. C'est le cas par exemple de l'Égypte antique avec trois papyrus témoignant de pratiques chirurgicales connues sous le nom d'Ebers, Brushsch et Edwin Smith du nom de leurs propriétaires lorsqu'ils ont été traduits depuis les hiéroglyphes au XIX^e siècle [7]. Le premier est un traité sur les plaies et le deuxième est connu comme étant le premier traité de neurochirurgie. Un élément notable lors de pratiques chirurgicales en Égypte ancienne est la présence d'un homme non médical, non chirurgical dit hémostatique. Sa simple présence était censée limiter, voire arrêter les saignements. Les chirurgiens et les médecins n'étaient pas dissociés les uns des autres, on retrouvait donc des titres de médecin-trépanateur par exemple [7].

- **Dans la civilisation babylonienne :**

Au contraire, les médecins et les chirurgiens se trouvaient dans des cases différentes. À Babylone s'appliquait la loi du talion issue du code.

- **Le moyen âge :**

Au cours du moyen âge va se créer un déséquilibre entre le monde arabo-musulman et l'Europe chrétienne. Alors que l'Europe sombre dans l'ignorance du fait de l'absence d'écoles chirurgicales et de chirurgiens, l'Orient quant à lui va connaître une période favorable avec les développements d'universités arabes à Damas, Bagdad, Le Caire ou encore Ispahan [7]. D'Hammourabi, cela impliquait, par exemple en cas de décès d'un patient pendant ou après l'acte opératoire, une sanction qui était de couper les mains de l'opérateur [7].

- **Le Moyen âge :**

Le personnage le plus marquant de cette époque est Abulcassis, résidant dans le Califat de Cordoue, auteur d'un ouvrage important : le Tarsif, une encyclopédie médicale en 30 volumes qui a ensuite été traduite en latin et utilisée dans les écoles de médecine européennes pendant des siècles. Cet ouvrage présente une collection unique de plus de 200 instruments chirurgicaux. Beaucoup de ces instruments n'avaient jamais été utilisés auparavant par un autre chirurgien [7].

Abulcassis prône l'utilisation de cautère pour l'hémostase. Il est à l'origine de l'utilisation des mandibules de fourmis pour suturer la fermeture cutanée.

- **La Renaissance :**

Avec la Renaissance, la chirurgie va connaître un renouveau grâce à l'évolution des techniques non liées directement à la chirurgie. L'imprimerie va permettre une meilleure diffusion des connaissances chirurgicales et anatomiques développées dans le monde arabo-musulman.

La multiplication des armes à feu apporte aussi un nouveau problème : les blessures qu'elles engendrent sont plus graves. Contrairement aux armes blanches qui parfois transpercent la peau et les muscles sans trop endommager les nerfs et les vaisseaux qui roulent sous la lame, les armes à feu vont traverser les vêtements [7].

- **Le XVII^e et le XVIII^e siècles :**

En France au XVII^e siècle, la chirurgie connaît un double bouleversement. En 1660, la Confrérie de Saint Côme est dissoute suite à la perte du procès face à la Faculté de médecine de Paris. Les chirurgiens n'ont alors plus le droit d'exercer la médecine. Mais en 1686, la chirurgie va reconnaître un redressement en France. En effet, Louis XIV, le roi soleil, souffre d'une fistule anale. Ses médecins lui prescrivent comme traitement la saignée et le clystère (lavement) cela sera sans effet notable. Il fait alors appel à son premier chirurgien royal Charles-François Félix. Après l'intervention

chirurgicale, le Roi guéri fait regagner à la chirurgie sa crédibilité. Le 18 décembre 1731, Louis XV inaugure l'Académie Royale de Chirurgie à Paris, lieu où seront formés de nouveaux chirurgiens et où de nouvelles techniques seront mises au point. Le 23 avril 1743, il rétablit l'égalité hiérarchique entre médecins et chirurgiens sous l'impulsion de son premier chirurgien Germain Pichault de la Martinière. Ce dernier dote plusieurs grandes villes françaises d'écoles de chirurgie et crée à Paris l'école pratique de chirurgie où les élèves peuvent s'exercer à disséquer et à répéter les opérations sur des cadavres [7].

- **La Révolution et l'Empire :**

Après la suppression de l'Académie Royale Chirurgicale, il est nécessaire de former de nouveaux chirurgiens. Deux écoles de santé sont donc créées pour former des officiers de santé qui doivent devenir rapidement opérationnels. Deux d'entre eux ont particulièrement marqué leur époque : Pierre- François Percy et Dominique- Jean Larrey.

Lors de la bataille de Borodino, ce dernier a réalisé deux-cents amputations en vingt-quatre heures avec une mortalité de trois pour dix (relativement faible compte tenu de l'époque et de la situation).

La marine impériale connaît aussi son lot de souffrances. Ainsi en son sein, notamment dans les hôpitaux des grands ports, sur les vaisseaux, mais aussi sur les pontons anglais où s'entassaient dans le plus grand dénuement les prisonniers de la défaite de Trafalgar, s'illustra un chirurgien : Pierre Lefort.

- **Le XIX^e siècle :**

Après la chute de l'empire, la chirurgie civile progresse de nouveau. Guillaume Dupuyrien est l'une des personnalités les plus marquantes en chirurgie de cette époque. Il réalise des résections d'ostéosarcomes de la

mandibule, traite des anévrismes de l'artère poplitée et la mortalité opératoire est faible pour l'époque avec un cas pour quinze. Joseph Récamier quant à lui est le créateur de la gynécologie moderne il a réalisé des hystérectomies vaginales pour cancer et développe une instrumentation adaptée pour les accouchements [7]. Malgré l'absence d'antisepsie, les techniques chirurgicales se développent.

Au cours de la seconde partie du XIXe siècle. Eugène Koeberlé, pionnier de la chirurgie abdominale, court dès 1862 de succès en succès grâce à une asepsie rigoureuse, la pratique de l'hémostase qu'il perfectionne au moyen d'une panoplie d'instruments de sa conception et l'innovation dans les soins pré et postopératoires. Bernhard Von Langenbeck réalise des hystérectomies par voie abdominale, Gustav Simon réalise lui les premières néphrectomies et splénectomies [7]. Ignace Semmelweis initie l'antisepsie avec l'usage de chlorure de chaux et le lavage des mains, ce qui a fait chuter les complications infectieuses post-accouchement mais sa découverte restera sans suite directe. Il faudra attendre Joseph Lister qui, avec les travaux de Louis Pasteur, admet l'existence d'une flore microbienne. Ainsi, il va développer le spray d'acide phénique pour travailler en asepsie. En Angleterre, le taux de mortalité opératoire chute de 48 % à 10 %. L'asepsie va continuer à se développer à la fin du XIXe siècle avec l'utilisation de gants en caoutchouc, l'invention de l'autoclave, la création d'une salle d'opération puis du bloc opératoire. L'hôpital Necker est le premier à disposer d'un bloc en 1912 [7].

▪ **Le XX^e siècle**

C'est avant la Première Guerre mondiale que sont mises au point les grandes techniques chirurgicales telles que la chirurgie de la paroi de l'abdomen, du tube digestif, du thorax, de la gynécologie. La seconde partie du XXe siècle verra exploser les progrès et les techniques chirurgicales. On voit alors se développer les greffes d'organes avec dans

les années 1950 les premières greffes du rein, de la moelle osseuse et du foie puis ont suivi celles du cœur, du poumon etc. La première transplantation cardio-pulmonaire date de 1982 et a été réalisée par Christian Chabrol. Le 1er août 2008, la première transplantation de deux bras entiers a été réalisée en Allemagne à la clinique universitaire de Munich, par une équipe de quarante personnes sous la direction des professeurs Christoph Hijnke et Edgar Biermer. Ces évolutions de techniques chirurgicales ont été réalisées avec l'aide indispensable des nouvelles techniques d'imagerie comme la radiographie dès 1895, ont suivi bien plus tard l'échographie (1970), l'IRM dans les années 1980, le Petscan et bien d'autres [7].

3.3 Différents types de chirurgie :

La chirurgie recouvre les champs de nombreuses spécialités, avec la chirurgie digestive, l'orthopédie et la traumatologie, l'urologie, la chirurgie infantile, la gynécologie-obstétrique, la neurochirurgie, auxquelles sont venues s'ajouter les chirurgies plastiques, cardiaque, vasculaire, thoracique, et endocrinienne ; l'ophtalmologie, l'oto-rhino-laryngologie et la chirurgie dentaire ou odontologie sont assimilées à des spécialités chirurgicales. La petite chirurgie, enfin, concerne des actes chirurgicaux simples, pratiqués sans anesthésie ou anesthésie locale, dont certaines sont réalisables par un médecin non-chirurgien : incision d'un abcès, suture d'une plaie, ablation d'une petite tumeur superficielle (Le recruteur médical, le 08 juillet 2021).

Chirurgie d'urgence : c'est une situation pathologique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement (Référentiel sur la prise en charge des urgences chirurgicales en chirurgie générale au Mali 2015).

Urgence digestive : Les urgences chirurgicales digestives représentent selon MONDOR, France ,1928 des affections digestives, qui pour la plupart, faute d'une intervention chirurgicale obtenue sans délai, font succomber

les malades en quelques heures ou peu de jours. Exemple appendicite aigue. (Référentiel chirurgie générale 2015).

Urgence chirurgicale gynéco-obstétrique : c'est une situation pathologique en gynéco-obstétrique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement. Exemple : GEU rompue.

Urgence urologique : Les urgences en urologie sont des situations qui se présentent à tous les hommes et femmes dans une population donnée. (Référentiel National de la prise en charge des Urgences urologiques au Mali 2019). À cet effet, la présence d'un professionnel de la santé qualifié est nécessaire dans les meilleurs délais. Rétention aiguë d'urine.

Chirurgie programmée : c'est une situation pathologique dans laquelle l'intervention peut être différée sans conséquences dramatiques sur le malade.

Chirurgie digestive programmée : les hernies non compliquées par exemples.

Chirurgie gynéco-obstétrique programmée : prolapsus, kyste ovarien non rompu, myome, BGR, par exemples.

Chirurgie urologique programmée : hypertrophie prostatique, lithiase non enclavée par exemple



METHODOLOGIE

4 METHODOLOGIE

4.1 Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive mono centrique et analytique portant sur les patients reçus et opérés au Centre de Santé de Référence de Fana.

4.2 Période d'étude :

Notre étude s'est déroulée sur une période de 12 mois allant du 1^{er} juin 2022 au 31 mai 2023

4.3 Lieu d'étude :

L'étude s'est déroulée au Centre de Santé de Référence de Fana. Le District Sanitaire de Fana a vu le jour en 1999 à la suite du découpage du Cercle de Dioïla et la référence évacuation a été organisée la même année. Il couvre les arrondissements de Béléco, Mena et de Fana central repartis en treize communes rurales.

4.4 Situation Géographique [8]

4.4.1 Commune de Fana

Le Guégnéka (zone à laquelle appartient Fana) fut une entité historique vassale de l'ancien royaume bambara de Ségou. Cette entité couvrait le territoire de l'ex-arrondissement de Fana. Le mot Guégnéka serait une déformation de « goué-nièka » qui se traduit par « sur le côté droit de Goué ». Goué était une place forte sur la rive gauche du fleuve Niger à la hauteur de l'actuelle ville de Ségou. Le Guégnéka serait donc un pays en amont de Goué sur la rive droite du fleuve Niger et éloigné des berges. La ville de Fana chef-lieu de l'actuelle commune rurale fut fondée vers 1754 par deux frères Coulibaly, chasseurs venus de BENDOUGOU – NIAMANA (actuel cercle de Bla). Ils auraient demandé et obtenu l'hospitalité du village de Ballan qui était jadis localisé dans le Guégnéka. La ville de Fana tirerait son nom de celui du plus jeune des deux frères qui s'appelait « FanaKoro » et qui fut plus célèbre que son aîné « Naima ». C'est vers les

années 1776 que vint s'installer avec les frères Coulibaly l'ancêtre des TRAORE répondant au nom de Binaba et qui est originaire de kan Fana (Actuel cercle de Sikasso). Les COULIBALY et les TRAORE cohabitent pacifiquement. Ils se partagent alternativement la chefferie du village. Il arriva un moment où n'ayant plus d'hommes en âge de briguer le poste dans leur famille, les Coulibaly laisseront définitivement la chefferie aux TRAORE. Cette situation demeure jusqu'à nos jours.

Le District Sanitaire de Fana est limité :

- Au nord et à l'Est par la préfecture de Barouéli ;
- À l'ouest par la préfecture de Kati ;
- Au sud – Ouest par la zone sanitaire de Dioïla ;
- Au Sud – Est par la préfecture de Koutiala et Bla ;
- Au Sud par la préfecture de Sikasso.

Il a une superficie estimée à 7 319 km² répartie entre 168 villages officiels. Avec un climat de type soudano-sahélien caractérisé par une alternance entre une saison sèche répartie entre une période froide (de mi-novembre à mi-mars avec des températures minimales variant de 12 à 14°C) et une période chaude allant de mi-mars à juin avec des températures maximales variant entre 39 et 43°C et une saison pluvieuse s'étendant de juin à mi-novembre.

Le district sanitaire est séparé en deux par le fleuve Baoulé, il est limité au sud et au Sud-Est par le fleuve Baining. L'aire de Diète (Zone de Fana) est séparée de l'aire de Banco (zone de Dioïla) par le fleuve Bagoé.

En dehors des fleuves ils existent de nombreux petits cours d'eau qui entravent beaucoup le déplacement pendant l'hivernage parmi lesquels on peut citer :

_ Le Damankô traversant la commune du nord-est au sud-ouest

- Le Djidian traversant la commune Guégnéka du nord au sud sur 21km ;
- Le Bankorokô traversant la commune d'Est à l'Ouest sur 11km ;
- Le Kôba traversant la commune du sud-ouest au sud sur 4km ;

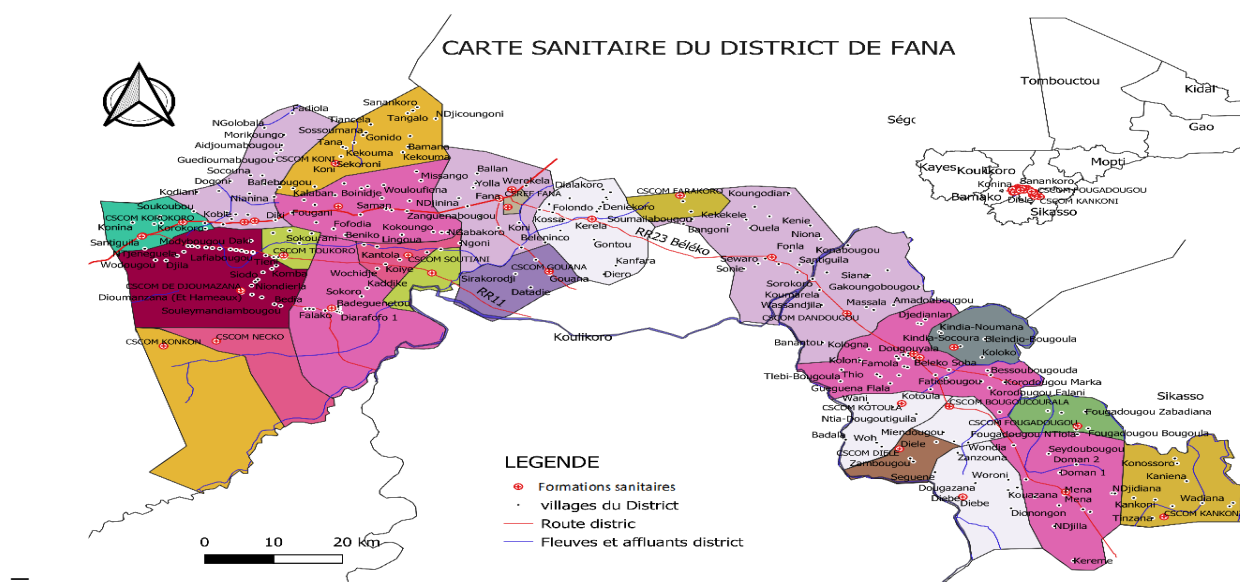


Figure 1: Cartographie du district sanitaire de Fana

4.4.2 Population, ethnies et phénomènes migratoires

La population du District est estimée à 347 301 Habitants (RGPH 2020 actualisée), soit 36 habitants au km². Les Bambaras sont les chefs traditionnels pour la plupart des localités. Traditionnellement ils sont agriculteurs et /ou chasseurs. Ils sont secondés par les peuhls descendants d'anciens peuhls éleveurs transhumants du Wassolo. Sur le plan relation sociale, il n'existe pas une distinction entre les ethnies en ce qui concerne le travail collectif. La relation qui les unit est la solidarité en toute circonstance. Des tensions sont souvent enregistrées entre les agriculteurs et les éleveurs à propos des champs. C'est une zone d'immigration à cause de l'exploitation du coton et du tabac, la compagnie malienne pour le développement des textiles (CMDT) avec ses saisonniers forment un flux migratoire très important. Dans toute la zone ils existent des interdits

alimentaires (totems) en fonction de l'ethnie, de la famille et de la religion. Pour une grande partie des populations, la maladie est perçue comme un mauvais sort. Ceci fait que le guérisseur ou le marabout du village est en général le premier recours avant de s'en référer aux soins dits modernes. Cette perception est très fréquente chez les analphabètes.

Avec l'extension de la couverture sanitaire, les séances d'information, d'éducation et de communication (IEC) et la disponibilité des médicaments essentiels, cette perception a beaucoup changée, en témoigne la construction de trois Centre de santé communautaire (CSCOM) dans la zone sur fonds propre par les communautés. Les premiers symptômes sont en général considérés comme de simples troubles passagers, le cas n'est considéré comme maladie que quand le malade est impotent ou ne s'alimente plus.

La population est fortement croyante. Elle est répartie entre différentes confessions religieuses. Même si l'Islam est la religion prédominante, les autres fois comme le christianisme et l'animisme ont droit de citer. La langue la plus parlée est le Bambana. La commune de Guégnéka est le chef-lieu de la sous-préfecture de Fana.

L'administration est organisée comme suit :

Au niveau des arrondissements, le sous-préfet conseille les collectivités territoriales décentralisées et contrôle leurs activités.

Le conseil de cercle, structure mandatée par les conseils communaux, est le premier interlocuteur de la préfecture et des services préfectoraux.

Le conseil communal est l'instance d'exécution des activités de développement à la base en conformité avec les politiques de l'état.

4.4.3 Description du centre de santé de référence de Fana

Le district sanitaire de Fana est composé d'un centre de santé de référence et 28 centres de santé communautaires fonctionnels. A côté de

ces structures, il existe une infirmerie de la CMDT, deux cabinets de soins à Fana, une infirmerie au lycée public, une infirmerie confessionnelle à Béléco, 4 cabinets médicaux à Fana, une clinique médicale à Marka-coungo, cinq officines privées et un dépôt de vente.

Le Csrèf dispose d'une unité des urgences, d'une unité de médecine, d'une unité de chirurgie, d'une unité d'odontologie, d'ophtalmologie et d'otorhinolaryngologie, d'une unité de soins d'accompagnement et de conseil (USAC), d'une unité d'URENI et prise en charge (PEC) pédiatrique, d'une unité de laboratoire, d'une unité de radiologie, d'un service d'hygiène assainissement, une unité de programme élargie de vaccination (PEV), une unité de bloc opératoire, un bloc d'administratif, un bloc de magasin, de deux dépôts de vente, une cantine, une morgue, un bloc de maternité.

Le Csrèf a pour personnel médical :

- 5 médecins spécialistes (chirurgien généraliste, gynéco-obstétricien, ophtalmologiste, chirurgien-dentiste ; infectiologue)
- 5 médecins généralistes,
- 1 docteur pharmacien pour l'USAC,
- 7 assistants médicaux (1 en anesthésie réanimation, 2 en odontostomatologie, 1 en ORL, 1 en ophtalmologie, 2 en santé publique)
- 4 infirmiers d'Etat,
- 3 sage-femmes,
- 3 laborantins (3 techniciens supérieurs et 1 technicien de labo)
- 3 infirmières obstétriciennes
- 6 techniciens de santé
- 2 gérants DV et 2 gérants DRC

4.5 Population d'études

Il s'agissait, des patients reçus en consultation dans les unités de chirurgie générale et gynéco- obstétrique et qui ont été opérés.

4.6 Critères d'inclusion :

- ✓ Patients reçus en consultation et opérés dans les unités de chirurgie générale et gynéco- obstétrique.

4.7 Critères de non 'inclusion :

- ✓ Patients reçus en consultation et qui n'ont pas été opérés ;
- ✓ Malades qui ont consulté pour des pathologies médicales ;
- ✓ Patients reçus en consultation et opérés hors des unités citées.

4.8 Variables étudiées

Nous avons étudié les variables suivantes :

Fréquence ; Variables sociodémographiques (âge, sexe, ethnie, profession, résidence, statut matrimonial, niveau de scolarisation) ; motif de consultation ; mode de recrutement; type de pathologies ; qualification de l'opérateur; type d'Anesthésie ; durée de l'hospitalisation ; suites opératoires et cout total de l'intervention chirurgicales.

4.9 Mode de recrutement des patients

Il a été effectué par les voies des consultations ordinaires et des urgences.

4.10 Méthode de diagnostic et collecte des données

L'enquête a porté sur tous les malades vus en consultation externe et en hospitalisation sans distinction de sexe, âge, d'ethnie, de nationalité, provenance, et de profession après l'examen clinique, les examens complémentaires, les registres de consultation, curative, d'hospitalisation et les dossiers individuels ont été renseignés au cours de la prise en charge de chaque cas.

Les données ont été recueillies sur les fiches d'enquête. Il faut signaler que, par ailleurs, les registres de consultation, d'hospitalisation, de compte

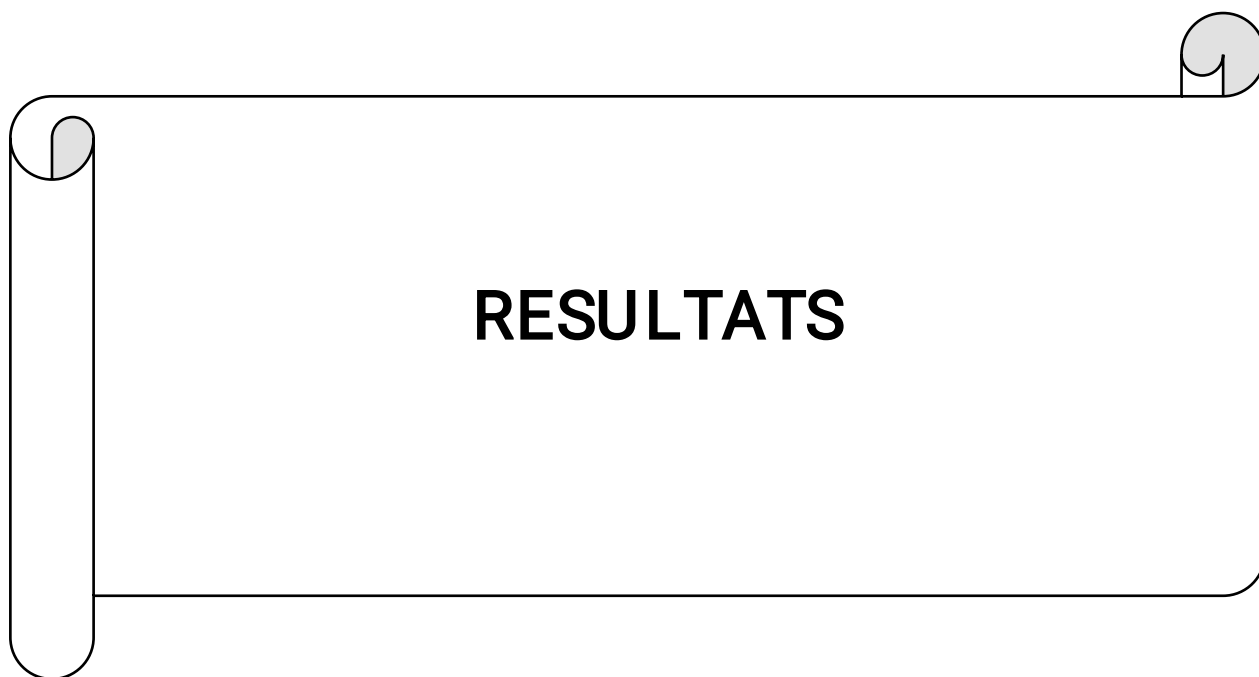
rendu opératoire et les dossiers individuels des malades hospitalisés ont été la principale source de recueil des données.

4.11 Procédure de traitement et analyse des données

Une fiche de collecte des données a été élaborée sur la plateforme Kobotoolbox pour la saisie des données. Les données ont été analysées et traitées sur les logiciels Excel 2013. Logiciel Word a été utilisé pour la saisie de la rédaction de la thèse.

Éthique

Le consentement libre et éclairé des patients a été obtenu.



5 . RESULTATS

5.1 Fréquence :

Durant la période du 1^{er} juin 2022 au 31 mai 2023, il a été effectué au sein du Csrèf de fana 5060 consultations dans les unités de gynéco-obstétrique et de chirurgie générale dont 802 patients hospitalisés et 781 patients opérés soit 97,4% des activités chirurgicales.

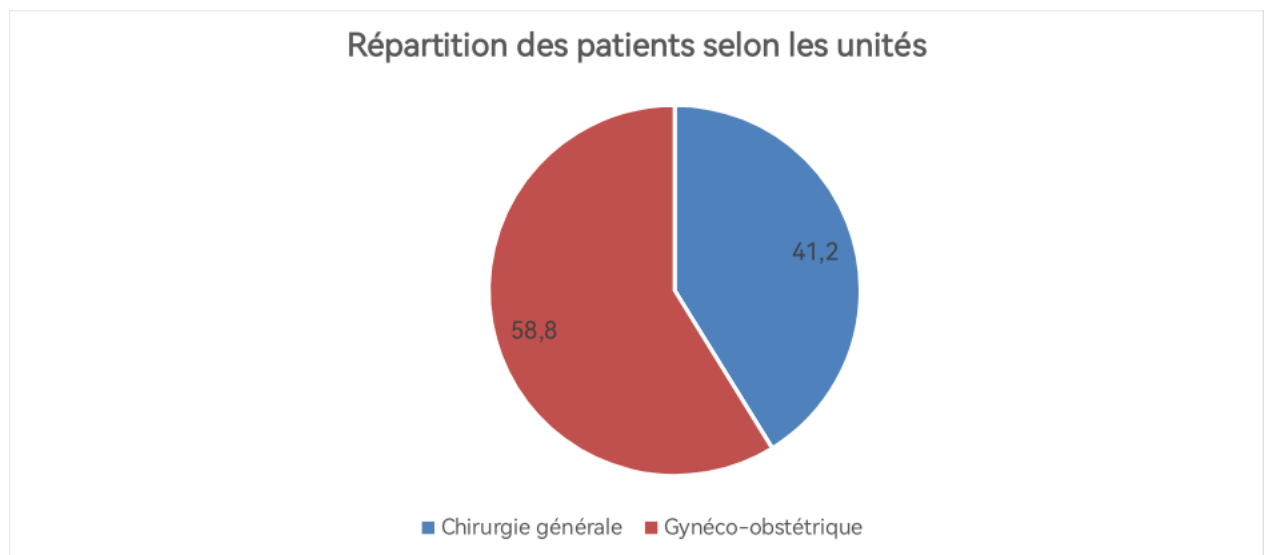


Figure 2: Répartition de patients selon les unités

Les interventions gynéco-obstétricales ont été les plus représentées avec un taux de 58,8%.

Tableau I: Répartition des patients selon le mois

Mois/Année	Chirurgie Générale	Gynéco-obstétrique	Effectif	Pourcentage
Juin- 22	27	33	60	7,2
Juill- 22	27	36	63	7,6
Aout - 22	27	33	60	7,2
Sept- 22	29	51	80	9,6
Oct- 22	26	39	65	7,8
Nov- 22	16	48	64	7,7
Déc- 22	29	22	51	6,1
Janv- 23	21	30	51	6,1
Fév- 23	35	46	81	9,7
Mars- 23	28	33	61	7,3
Avr- 23	29	43	72	8,6
Mai- 23	28	45	73	8,8

Le mois de février a enregistré le plus de consultation soit 81 cas soit 9,7% toutes chirurgies confondues

5.2 Données sociodémographiques :

Tableau II: Répartition des patients selon les tranches d'âges

Tranches d'âge	Effectif	Pourcentage (%)
< à 11 ans	36	4,6
11- 20 ans	214	27,4
21- 30 ans	276	35,3
31- 40 ans	151	19,3
41- 50 ans	35	4,5
> à 50 ans	69	8,8
Total	781	100,0

La tranche d'âge la plus représentée était celle de 21- 30ans soit 35,3%

La moyenne d'âge était de 37 avec des extrêmes d'âge de 1an et 95ans

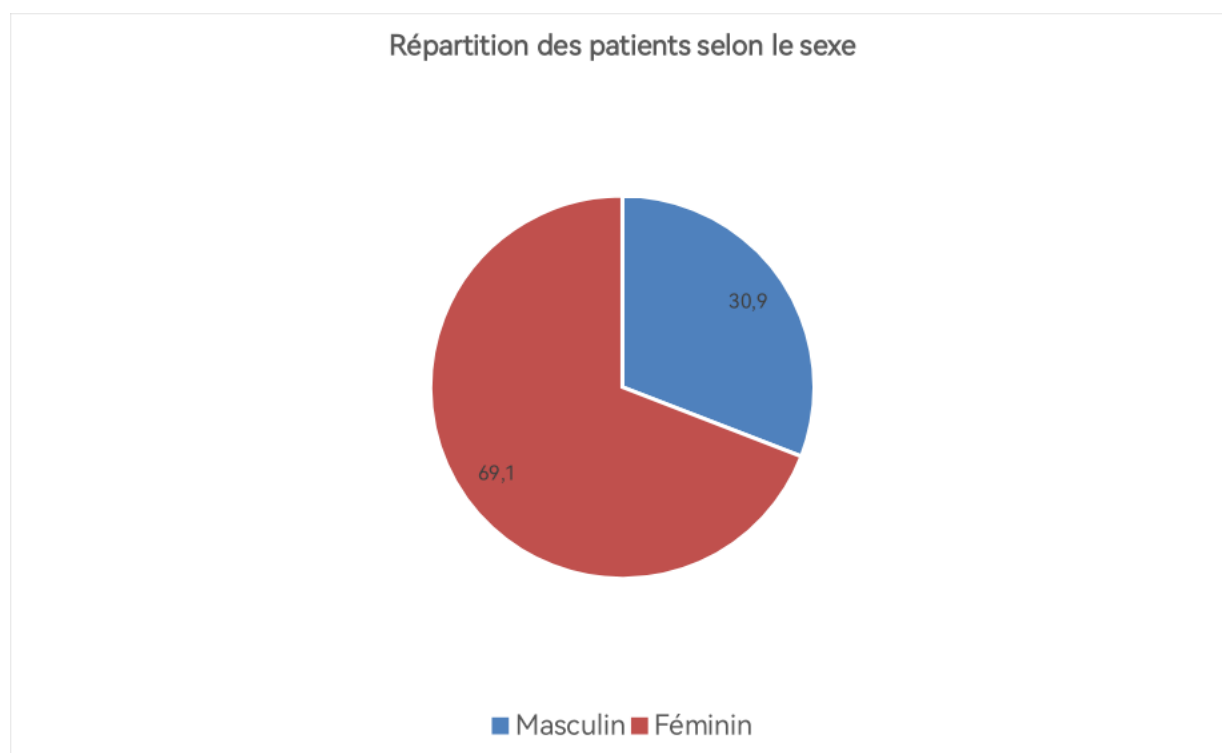


Figure 3: Répartition des patients selon le sexe

Le sexe féminin était majoritairement représenté soit 69,1% avec un ratio de 2,2 en faveur des femmes.

Tableau III: Répartition des patients selon la situation matrimoniale

Situation matrimoniale	Effectif	Pourcentage (%)
Marié(e)	624	79,9
Célibataire	75	9,6
Divorcé(e)	7	,9
Veuf (Ve)	7	,9
Non applicable (enfant)	68	8,7
Total	781	100,0

Les mariés ont été les plus représentés soit 79,9% des patients opérés.

Tableau IV: Répartition des patients en fonction des ethnies

Ethnie	Effectif	Pourcentage (%)
Bambara	491	62,9
Peulh	146	18,7
Soninkés /Sarakolé	51	6,5
Malinké	27	3,5
Bobo	8	1,0
Bozo/Somono	6	0,8
Khassonké	1	0,1
Dogon	16	2,0
Senoufo	12	1,5
Minianka	6	0,8
Tamashek	1	0,1
Sonrhaï	8	1,0
Dafing	2	0,3
Wolof	3	0,4
Mossi	2	0,3
Samoko	1	0,1
Total	781	100,0

Les bambaras ont été les plus prédominant avec 491cas soit 62,9%.

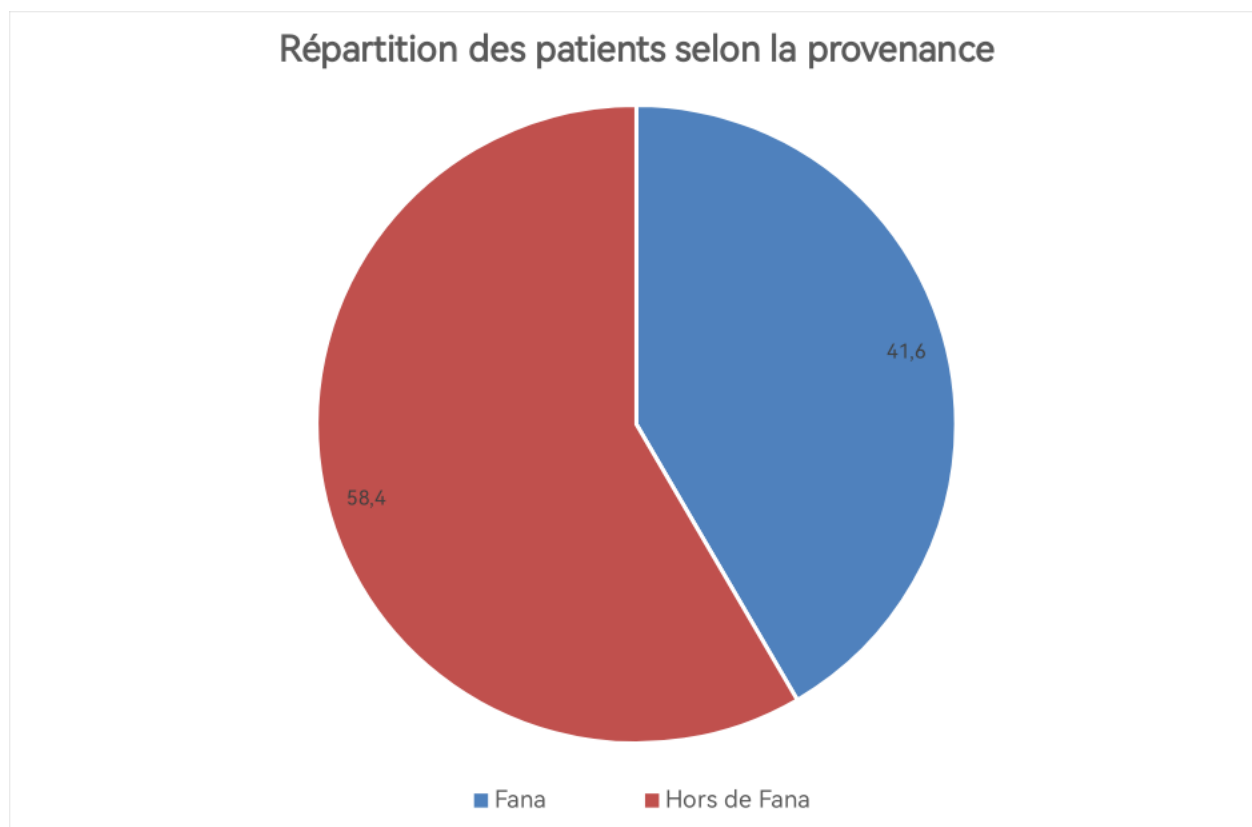


Figure 4: Répartition des patients selon la provenance

La majorité de nos patients opérés provenait hors de la ville de Fana soit un taux de 58,4%

Tableau V : Répartition des patients en fonction de la profession

Profession	Effectif	Pourcentage (%)
Cultivateur	82	10,5
Fonctionnaire	23	2,9
Commerçant(e)	32	4,1
Ménagère	456	58,4
Ouvrier	26	3,3
Étudiant(e)/Élève	97	12,4
Chauffeur	7	0,9
Retraité(e)	4	0,5
Éleveur/Berger	12	1,5
Enfant	21	2,7
Mécanicien	4	0,5
Personne âgée	17	2,2
Total	781	100,0

La profession ménagère a été la plus représentée avec un taux à 58,4%.

Tableau VI : Répartition selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage (%)
Primaire	335	42,89
Secondaire	117	14,98
Supérieur	25	3,2
Ecole coranique	17	2,18
Non scolarisé	274	35,08
Autres	13	1,66
Total	781	100

Le niveau d'instruction primaire a été prédominant avec 335 cas soit 42,89%

Autres correspondent aux enfants de 0 à 5ans

Tableau VII : Répartition des patients en fonction de la nationalité

Nationalité	Effectif	Pourcentage(%)
Maliennne	774	99
Nigériane	2	0,3
Burkinabès	2	0,3
Sénégalaise	2	0,3
Ivoirienne (Côte d'Ivoire)	1	0,1
Total	781	100

La quasi-totalité de nos patients opérés étaient de nationalité maliennne soit 99%.

5.3 Données cliniques :

Tableau VIII : Répartition des patients selon le motif de consultation

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage(%)
Douleur abdominale	558	71,5
Tuméfaction scrotale	24	3,1
Tuméfaction inguinale	33	4,2
Hémorragie sur grossesse	36	4,6
Rétention aiguë d'urine	16	2,0
Traumatisme abdominal	12	1,5
Autres	102	13,1
Total	781	100,0

La douleur abdominale a été le motif le plus fréquent avec 71,5%.

Autres: tuméfaction sus ombilicale, crise convulsive, sensation de masse pelvienne, douleur anale, masse vaginale

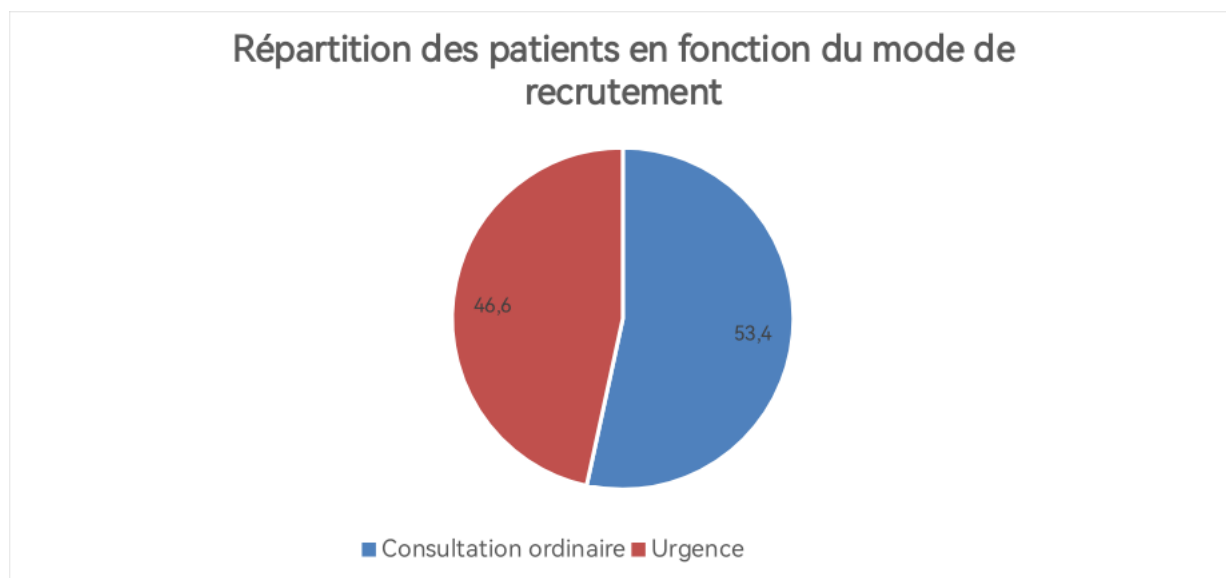


Figure 5: Répartition des patients en fonction du mode de recrutement

La majorité de nos patients a été reçue en consultation ordinaire avec 417 cas soit 53,4% des patients opérés.

Tableau IX : Répartition des patients en fonction du type de pathologie chirurgicale

Pathologies	Effectif	Pourcentage(%)
Hernie de la paroi	99	31
Appendicites	71	22
Adénome de la prostate	21	6,5
Péritonites	27	8,3
Occlusion intestinale aigue	15	4,6
Autres	89	27,6
Total	322	100

La hernie de la paroi a été la plus représentée avec 99 cas soit 31%.

Autres: abcès appendiculaire(N=31), Hemopéritoine(N=23), Suspicion de tumeur testiculaire(N=2), cystocèle(N=2) ectopie testiculaire(N=9), éventration(N=3), éviscération(N=6) invagination intestinale aigüe(N=9), thrombose hémorroïdaire (N=4)

Tableau X: Répartition des patients en fonction du type de pathologie gynéco- obstétrique

Nature d'intervention	Effectif	Pourcentage (%)
Césarienne	375	81,7
GEU	23	5
Kyste organique de l'ovaire	21	4,6
Prolapsus genito- uterin	20	4,3
Utérus polomyomateux	13	2,8
Myome hémorragique	4	0,9
Cancer du col de l'utérus	3	0,7
Total	459	100

La césarienne a été la plus représentée avec 375 cas soit 81,7% des interventions gynéco- obstétriques.

Les causes de césariennes étaient représentées par : SFA ; HRP ; DFP ; BGR ; BGR/Utérus cicatriciel ; Procidence du cordon battant ; Rupture utérine ; Syndrome de pré-rupture ; crise d'éclampsie ; Pré-éclampsie sévère ; Mauvaise flexion de la tête ; Présentation vicieuse ; PP Recouvrant hémorragique ; Utérus multi- cicatriciel.

5.4 La prise en charge.

Tableau XI : Répartition des patients selon la qualification des operateurs

Qualification	Effectif	Pourcentage (%)
Chirurgien	164	21,0
Gynécologue- Obstétricien	176	22,5
Médecin généraliste	341	43,7
Interne	100	12,8
Total	781	100,0

Les médecins généralistes ont réalisé le plus d'intervention avec 341 cas soit un taux à 43,7%.

Tableau XII : Répartition des patients selon le type d'anesthésie

Type d'anesthésie	Effectif	Pourcentage(%)
Locale	28	3,6
Locorégionale	280	35,9
Générale	473	60,6
Total	781	100,0

L'anesthésie générale a été le type d'anesthésie le plus utilisé avec un taux à 60,6%.

Tableau XIII : Répartition des patients en fonction des suites opératoires

Suites opératoires	Effectif	Pourcentage(%)
Simple	746	95,5
Complications	31	4,0
Décès	4	0,5
Total	781	100,0

La majorité de nos patients ont eu des suites opératoires simples avec 746 cas soit 95,5%.

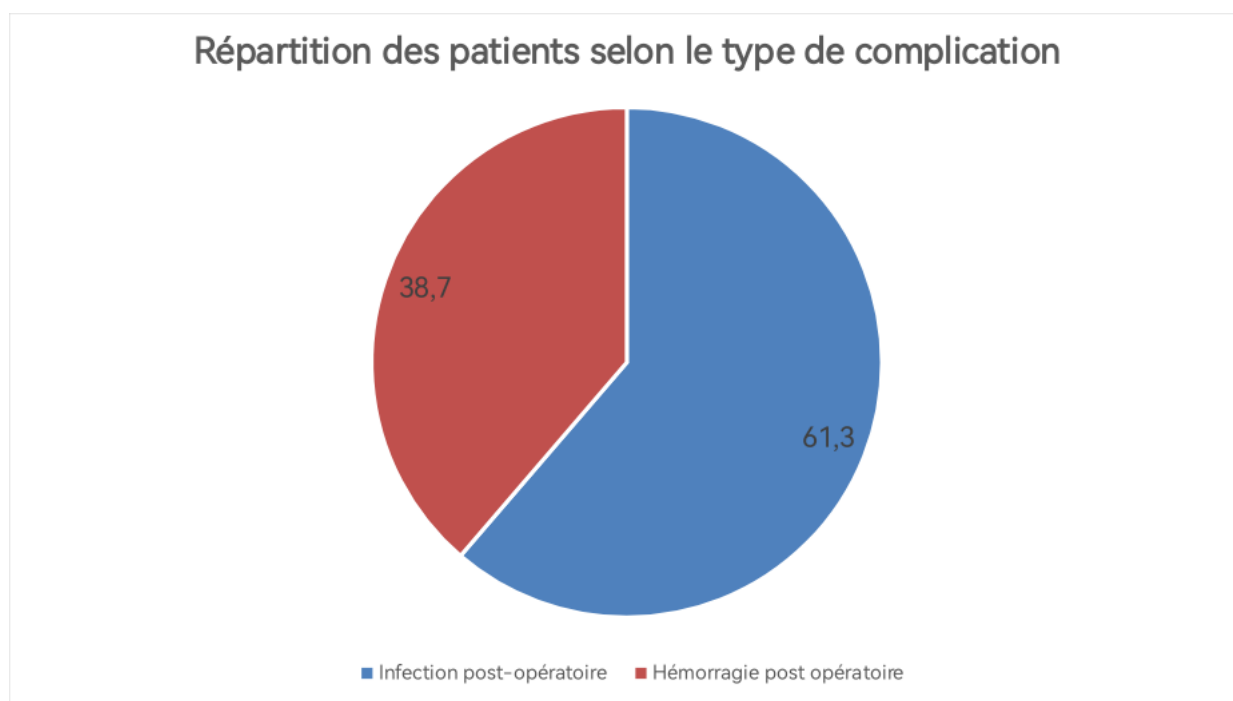


Figure 6: Répartition des patients selon le type de complication

Les complications ont été dominées par les infections post- opératoires soit 61,3% des complications.

Tableau XIV : Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation	Effectif	Pourcentage(%)
< à 5 jours	626	80,2
5 à 10 jours	113	14,5
11 à 15 jours	23	2,9
> de 15 jours	19	2,4
Total	781	100,0

La durée moyenne d'hospitalisation était de 5,52jours avec des extrêmes de 1jour a 120 jours.

Tableau XV: Répartition des patients selon le coût du bilan préopératoire

Coût moyen FCFA	Coût moyen	Minimum	Maximum
Diagnostic			
Hernie de paroi N=99	5 000	5 000	5 000
Appendicite aiguë N=71	5 000	5 000	5 000
Adénome de la prostate N=21	8 500	5 000	12 000
Péritonites N=27	8 500	5 000	12 000
Occlusion intestinale aiguë N=15	11 000	5 000	17 000
GEU N=23	8 500	5 000	12 000
Kyste organique de l'ovaire N=21	8 500	5 000	12 000
Prolapsus génito-urinaire N=20	5 000	5 000	5 000
Myome hémorragie N=4	8 500	5 000	12 000
Utérus polyyomateux N=13	8 500	5 000	12 000
Cancer du col de l'utérus N=3	8 500	5 000	12 000
Césarienne N=375	0	0	0
Autres N=89	8 500	5 000	12 000

Le coût moyen des bilans préopératoires pour toutes pathologies confondues a été de 7230,8 FCFA avec un minimum de 0 FCFA et un maximum de 17 000 FCFA

Autres: abcès appendiculaire, Hemopéritoine, Suspicion de tumeur testiculaire, cystocèle, ectopie testiculaire, éventration, éviscération, invagination intestinale aiguë, thrombose hémorroïdaire

Tableau XVI :Répartition des patients selon le coût des ordonnances

Coût moyen FCFA Diagnostic	Coût moyen	Minimum	Maximum
Hernie de paroi N=99	12 500	10 000	15 000
Appendicite aigue N=71	12 500	10 000	15 000
Adénome de la prostate N=21	20 000	15 000	25 000
Péritonites N=27	20 000	15 000	25 000
Occlusion intestinale aigüe N=15	20 000	15 000	25 000
GEU N=23	12 500	10 000	15 000
Kyste organique de l' ovaire N=21	12 500	10 000	15 000
Prolapsus génito- urinaire N=20	12 500	10 000	15 000
Myome hémorragie N=4	12 500	10 000	15 000
Utérus polymyomateux N=13	12 500	10 000	15 000
Cancer du col de l'utérus N=3	20 000	15 000	25 000
Césarienne N=375	0	0	0
Autres N=89	12 500	10 000	15 000

Le coût moyen des ordonnances pour toutes pathologies confondues a été de 13 846,15 FCFA avec un minimum de 0FCFA et un maximum de 25 000 FCFA

Autres: abcès appendiculaire, Hemopéritoine, Suspicion de tumeur testiculaire, cystocèle, ectopie testiculaire, éventration, éviscération, invagination intestinale aigüe, thrombose hémorroïdaire

A part les césariennes qui est gratuite, l'hospitalisation a un coût unique à 1500 FCFA pour toutes pathologies confondues et pour n'importe qu'elle durée d'hospitalisation avec un coût moyen à 1384,61FCFA, un minimum à 0FCFA et un maximum à 1500FCFA.

Tableau XVII : Répartition des patients selon le coût total de l'intervention chirurgicale

Coût en FCFA	Effectif	Pourcentage
0	441	56,4
< à 50 000	8	1,0
50 000 à 99 000	166	21,3
100 000 - 150 000	106	13,6
> à 150 000	60	7,7
Total	781	100,0

La majorité de nos patients ont été opéré gratuitement avec 441 cas soit 56,4%.

Le cout moyen de l'intervention s'élève à 103 456 FCFA.



COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6 COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6.1 Fréquence :

Notre étude a été prospective et réalisée au sein du centre de sante de référence de Fana sur une période de 12 mois, allant 1^{er} juin 2022 au 31 mai2023.

Durant cette période, nous avons recensé, conformément à nos critères d'inclusion, 781 cas d'interventions chirurgicales dans les unités de chirurgie générale et de gynécologie obstétrique. Les pathologies de la chirurgie gynécologie obstétricale étaient majoritaires avec 459 cas par rapport aux pathologies de la chirurgie générale avec 322 cas soit respectivement 58,8% et 41,2%.

Les pathologies de la chirurgicale générale étaient dominées par les hernies de la paroi abdominale avec un taux de 31%. La forte prévalence de la hernie est retrouvée dans plusieurs études. Coulibaly DK [10] et Tembely G [11] ont toutes les deux retrouvées 69,63%.

La chirurgie gynéco-obstétricale a été dominée par les césariennes soit 81,7% des interventions gynéco-obstétriques.

Nous pensons que c'est résultats pourront s'expliquer par la taille de l'échantillon.

Période de l'année

Le mois de février a enregistré le plus de consultations avec 81 cas soit 9,72% des consultations. Dembélé M [12] en 2017 a retrouvé que les mois de janvier et d'octobre ont enregistré le plus de consultation avec toutes les deux10,74%.

6.2 Données sociodémographiques :

Age

Tableau XVIII : Age selon les auteurs

Auteur	Tranche d'âge	Pourcentage(%)
Dembélé M[12] en 2017	16- 30 ans	28,51
Moussa T [13] en 2020	21- 30 ans	66,4
Dembélé B M [14] en 2005	21- 30 ans	49,5
Notre étude en 2023	21- 30 ans	35,3

Il ressort de notre étude que les pathologies chirurgicales sont l'apanage du sujet jeune

La tranche d'âge de 21 - 30 ans, soit 35,3% a été la plus touchée avec une moyenne d'âge de 37 ans. Dembélé M [12] en 2017 a trouvé que la tranche d'âge la plus représentée était de 16- 30ans soit 28,51% avec un âge moyen de 37ans. Moussa T [13] en 2020 a rapporté que la tranche d'âge la plus représentée était de 21- 30ans soit 66,4% avec un âge moyen de 27 ans. Dembélé BM [14] en 2005 a trouvé 49,5 soit 26ans comme âge moyen.

Notre taux est comparable à celui de Dembélé M [12] et supérieur a ceux de Moussa T [13] et Dembélé BM [14].

Nous pensons que ceci pourrait s'expliquer par la jeunesse de la population malienne en générale et celui de fana en particulier.

Sexe

Nous avons recensé 69,1% de femmes. Notre taux est comparable à ceux

de Dolo A. en 1999 qui avait rapporté une prédominance féminine de 78,36% [15] et de Moussa T [13] en 2020 qui a aussi rapporté une prédominance féminine de 72%.

Cette prédominance féminine pourrait s'expliquer d'une part par la fréquence assez élevée des pathologies obstétricales et d'autre part par la prédominance de la population féminine dans le Mali en générale dans le milieu où a eu lieu notre étude en particulier.

Ethnie

Les bambaras ont été majoritaires dans notre étude avec 62,9%, ce qui est comparable à ceux de Dembélé M [12] en 2017 et Koita A [16] en 2021 qui ont trouvé respectivement 61,57% et 70,7%. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la majorité de la population malienne est bambara.

Profession

Dans notre série, la profession ménagère a été la plus représentée avec un taux de 58,4% ce qui est supérieur à celui de Moussa T [13] en 2020, qui a rapporté un taux de 44%.

Cette différence pourrait s'expliquer en partie par le fait que notre étude a été réalisée en milieu rural.

Situation matrimoniale

Le statut matrimonial de marié a été le plus représenté avec 79,9%.

Nous pensons que cet état de fait pourrait s'expliquer par les vécus socio-culturels du milieu de l'étude mais sans impact particulier sur notre travail de recherche.

Niveau d'instruction

Le niveau d'instruction primaire a été prédominant avec 42,89%. Ceci pourrait s'expliquer par la déperdition scolaire en milieu rural surtout du sexe féminin qui a été prédominant dans notre étude.

6.3 Données cliniques

Motifs de consultation

La douleur abdominale a constitué le principal motif de consultation avec 71,5%. Cette même douleur abdominale a été retrouvée chez Moussa T [13] en 2020 avec 45,8%, chez Dembélé M [12] en 2017 avec 47,11%, chez Oumar G [17] en 2017 avec 86,7%, chez Diabaté S [18] en 2014 avec 100%, et chez Doumbia AA [19] en 2013 avec 100%

Cette différence de taux pourrait s'expliquer d'une part par la fréquence assez élevée des césariennes dans notre série et d'autre part par le recours tardif à la médecine moderne par la population rurale sur laquelle a eu lieu notre étude.

Mode de recrutement

La consultation ordinaire était le mode de recrutement le plus représenté avec 53,4%. Notre taux est comparable à celui de Moussa T [13] avec 55,1% de cas reçus en consultation ordinaire et différent de celui de Dembélé M [12] qui a trouvé 55,79% des cas reçus en urgence.

Nous pensons que cette différence pourrait s'expliquer en partie par le fait que notre étude a concerné les unités de gynéco-obstétrique et de chirurgie générale contrairement à l'étude de Dembélé M [12] qui portait uniquement sur l'unité de chirurgie générale.

Pathologies de la chirurgie générale

Elles ont constitué 322 cas soit 41,2% des pathologies chirurgicales dominées par les hernies de la paroi avec 99cas soit 31%. Moussa T [13] en 2020 a trouvé 26,1% des pathologies chirurgicales digestives dont 12% des hernies de la paroi. Notre taux est nettement supérieur à celui de Moussa T [13] en 2020, nous pensons que ceci pourrait s'expliquer en partie par le fait que la majorité de la population rurale mène des travaux physiques qui se trouvent être la première cause des hernies de la paroi en milieu rural.

Pathologie de la chirurgie gynéco- obstétricale

Ces pathologies ont représenté 459 cas, soit 58,8% de l'ensemble des pathologies chirurgicales. Elles ont concerné en grande partie les SFA qui étaient les plus dominantes avec 97 cas soit 25,9% suivies des GEU, des tumeurs de l'utérus, les HRP et des utérus multi cicatriciels. Par rapport aux pathologies gynéco- obstétricales, Diallo SS en 2005 à Bamako [20] et Samou MJ en 1999 à Ouagadougou [21] avaient trouvé respectivement 26,4% et 26,6%.

Notre taux est supérieur à ceux obtenus par ces études.

Nous pensons ceci pourrait s'expliquer par le milieu où a eu lieu notre étude.

6.4 Prise en charge

La qualification de l'opérateur

Les médecins généralistes ont réalisé le plus d'intervention chirurgicale avec 341 cas soit 43,7%. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que notre Csrèf dispose de plus de médecins généralistes à compétence chirurgicale que de spécialistes (un gynécologue et un chirurgien).

Type d'anesthésie

L'anesthésie générale a été la technique la plus utilisée avec 473cas soit 60,6%. Fofana M [22] en 2006 et Cissé AB [7] en 2013 ont tous les deux trouvé cette prédominance de l'anesthésie générale avec respectivement 55% et 59,3%.

Nous pensons que ceci pourrait s'explique en partie par l'insuffisance de plateau technique et le manque de personnel qualifié en anesthésie- réanimation pour réaliser la rachianesthésie.

Durée moyenne d'hospitalisation

La durée moyenne d'hospitalisation a été de 5,5 jours. Diakité M [23] en 2009 a trouvé 5 jours. Dolo A en 1999 a trouvé une durée moyenne

d'hospitalisation de 9,3 jours [15]. Fofana M [22] en 2006 avait trouvé que la durée moyenne d'hospitalisation des malades était de 12,3 jours à l'Hôpital Régional de Ségou.

Notre durée moyenne d'hospitalisation est comparable à celle de Diakité M [23] en 2009 et inférieure à celle de Dolo A [15] en 1999 et de Fofana M [22] en 2006 cette courte durée pourrait s'expliquer en partie par la fréquence de la pathologie chirurgicale herniaire et des césariennes dont les durées d'hospitalisation sont le plus souvent courtes sauf quelques rares fois des complications.

Les suites opératoires :

Simple :

Dans 95,5%, les suites ont été simples.

Ce résultat est comparable ceux de Doumbia AA [19] en 2013 qui a trouvé 95% et Lassana A [24] en 2023 qui a trouvé 93%.

Nous pensons que cette ressemblance de taux pourrait s'expliquer en partie par le fait que les hôpitaux de districts ont tendance à ne pas prendre les patients à risques eu égard au plateaux techniques.

Morbidité :

Dans notre étude les complications ont représenté 31 cas soit 4,0%, reparti en infections post opératoires soit 2,4%, en hémorragies soit 1,6%. Moussa T [13] a trouvé 2% d'infection.

Notre taux de 2,4% d'infection est comparable à celui de Moussa T [13]. Les infections post opératoires restent la complication la plus fréquente dans la revue documentaire suivies des complications hémorragiques.

Mortalité :

Nous avons enregistré 4 cas de décès soit 0,5% par suite de complications à type de fistule digestive. Lassana A [24] en 2023 a trouvé 4cas de décès soit 0,7%, Berthé ID [25] en 2008 a trouvé 3,74%, Dembélé BB [26] en 2005

a trouvé 4,46%.

Notre taux est comparable à celui de Lassana A [24] et nettement inférieur à ceux de Berthe ID [25] et de Dembélé BB [26].

Nous pensons que ces taux pourraient s'expliquer d'une part par la précocité de la prise en charge et d'autre part par le fait que nous évitons les patients avec des risques élevés de complication.

Coût

- Le coût moyen des bilans préopératoires pour toutes pathologies confondues a été de 7230,8 FCFA. Diarra I [27] en 2009 a trouvé 18448,7FCFA

- Le coût moyen des ordonnances pour toutes pathologies confondues a été de 13 840,15 FCFA. Diarra I [27] en 2009 a trouvé 56195,6 FCFA

- Le coût moyen d'hospitalisation a été de 1384,61FCFA. Diarra I [27] en 2009 a trouvé 10 000FCFA

- Le coût moyen de l'intervention chirurgicale a été de 103 456 FCFA. Ce qui est largement supérieur au salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG) au Mali qui est de 40 000 FCFA. Doumbia M [28] en 2019 a trouvé 69 053,93 FCFA

Notre coût moyen de l'intervention est largement supérieur à celui de Doumbia M [28] en 2019 par contre notre coût moyen des bilans préopératoire, des ordonnances et d'hospitalisation est largement inférieur à celui de Diarra I [27].

Nous pensons que ceci pourrait s'expliquer d'une part par le fait que notre étude s'est déroulée en milieu rural qui s'avérait être un milieu connu pour sa pauvreté par rapport à celle de Diarra I [27] qui s'est déroulée en ville de Bamako et d'autre part par le fait que notre étude concernait tous les types de chirurgie contrairement à Doumbia M [28] qui ne concernait

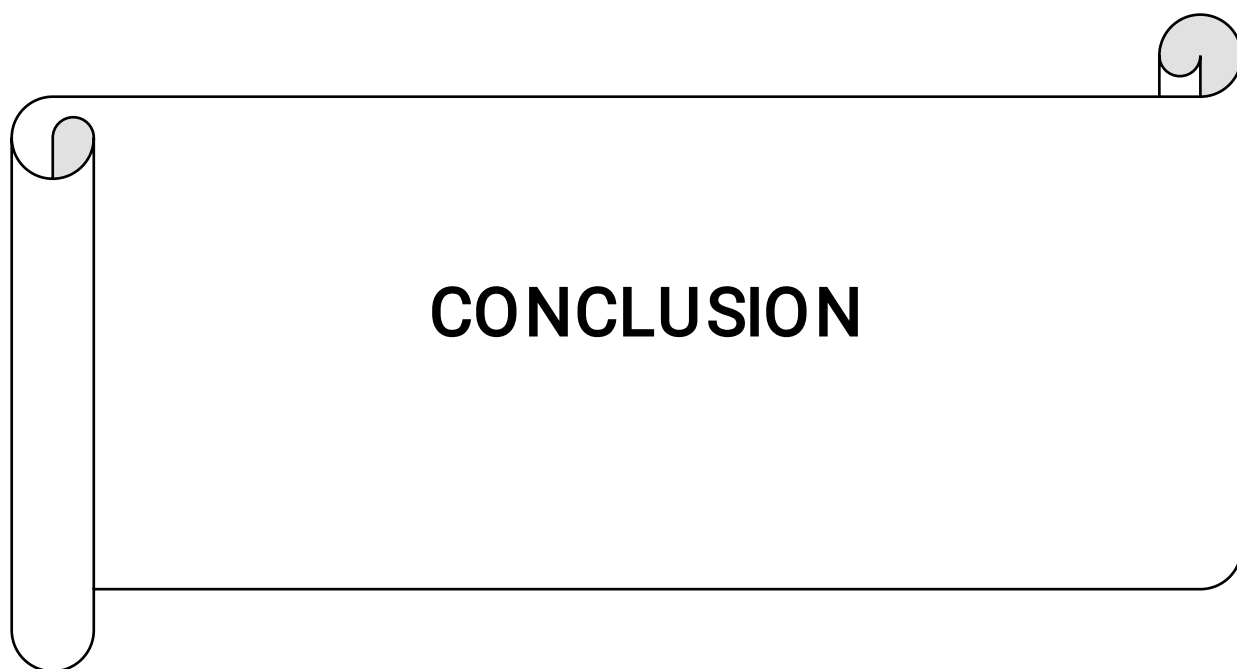
qu'une entité spécifique.

Un accent particulier doit être mis sur la couverture maladie universelle pour l'équité aux soins.

Contraintes /les limites de l'étude

Il n'y a pas eu de contrainte majeure cependant nous pouvons citer :

- Le problème d'archivage des dossiers ;
- Mauvaise renseignement des sport médicaux ;



CONCLUSION

CONCLUSION

Ce travail nous a permis de mettre en évidence les activités chirurgicales du Centre de Santé de Référence de fana, d'en évaluer les performances et les insuffisances. Au terme de cette étude, le résultat nous a paru satisfaisant, vu qu'il y a moins de complications post opératoires, ce qui fera entrer le Csrèf de fana dans le concert des grands hôpitaux de demain.



RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATIONS

Aux autorités politiques et administratives :

- Informer les populations sur le cadre conceptuel du système de référence/évacuation ;
- Doter d'avantage le centre en personnel qualifié et en matériel adéquat pour le diagnostic rapide et la prise en charge adéquate des malades ;
- Former et recycler le personnel sanitaire ce qui permettra un renforcement de capacités des agents ;
- Promouvoir la couverture maladie universelle

Au Médecin - chef et au personnel socio sanitaire du CSRÉF de Fana :

- Renseigner correctement tous les supports médicaux des patients
- Assurer la disponibilité permanente du sang,
- Installer un circuit d'oxygène
- Améliorer la prise en charge des indigents dans le csréf.
- Renforcer les collaborations interdisciplinaires
- Appliquer l'article n°10 de la loi hospitalière en facilitant la prise en charge des urgences.

A la population :

- Consulter précocement devant tout problème de sante
- Eviter l'automédication.
- Eviter le traitement traditionnel abusif



BIBLIOGRAPHIES

BIBLIOGRAPHIES

- 1. Dictionnaire français : « LAROUSSE 2009. »**
- 2. Diallo M. :** « Évaluation des activités de chirurgie au Centre de Santé de Référence de Macina ». Thèse de Med, Bamako 2008, 90p, N°389.
- 3. Guindo B,** « Etude rétrospective des activités du service d'urologie du CHU Gabriel Touré 2000-2006. », Etude rétrospective, FMPOS de BKO, Bamako,2008.
- 4. « Jean- Pierre Wainsten, Larousse Médical, 2009e éd. » Larousse, 2009**
- 5. WWW.IRDES.fr** « Question de l'économie de la sante N°149 » Décembre 2009, 6p
- 6. J. Lerut et coll.** « La chirurgie herniaire » parla .la chirurgie herniaire. Louvain Medical, vol. 119, n°.9
- 7. Cissé AB :** « Bilan de deux ans d'activité chirurgicale du service de chirurgie générale du Centre de Santé de Référence de la Commune I ». Thèse médecine Bamako, 2013, 93p, N°11.
- 8. Cheick OD :** « Aspects épidémiologiques cliniques et thérapeutiques de l'hydrocèle au CSRÉF de Fana ». Thèse de médecine, Bamako, 2022, 96P, N°126
- 9. « CSRÉF » :** fig.
- 10. Coulibaly DK :** « Etude statistique de l'évolution du nombre d'intervention chirurgicale dans les hôpitaux de Bamako et Kati (à propos de 82987 actes chirurgicaux) de 1976 à 1980 », Thèse de médecine, Bamako, 1985, 120p, N°25
- 11. Timbely G :** « Contribution à l'étude comparative des interventions chirurgicales effectuées dans les centres de santé périphériques du

Mali », Thèse de médecine, Bamako, 1987,128p, N°16.

12. Dembélé M : « Bilan annuel de l'unité de chirurgie du CSRÉF de Fana. Thèse de médecine bamako,2017,79P, N°79

13. Moussa T: « Bilan d'un an d'activités chirurgicales au CSRÉF de la commune II du district de Bamako ». Thèse médecine Bamako,2020, 62P, N°239

14. Dembélé B M : « Etude des péritonites aiguës généralisées dans les services de chirurgie générale et pédiatrique de l'hôpital Gabriel Touré, Thèse de médecine, Bamako ,2005.

15. Dolo A. : « L'activité chirurgicale Gynéco obstétricale en pratique de ville : Exemple de la Clinique « LE HOGON » ; Thèse de Médecine Bamako 1999, 89p, N°25.

16. KOITA A : « Aspects diagnostiques et thérapeutiques des hernies inguinales dans l'unité de chirurgie générale du centre de sante de référence (CSRÉF) de Fana », Thèse de médecine, Bamako 2021, 94p, N°40

17. Oumar G : « Urgences abdominales chirurgicales au CSRÉF de Fana », Thèse de médecine, Bamako 2017,113p, N°241

18. Diabaté S : « Les urgences abdominales chirurgicales au CSRÉF de Bougouni », Thèse de médecine, FMOS, Bamako, 2014

19. Doumbia AA : « Urgences abdominales chirurgicales au CSRÉF de Koulikoro », Thèse de médecine, FMOS, 2013

20. Diallo SS : « Analyse des activités du service de chirurgie A du CHU du Point G de janvier 2005 à janvier 2006 » Thèse Med, Bamako 2008, 85p, N° 26.

21. Samou. MJ. « Les abdomens chirurgicaux au centre hospitalier national Y Ouédraogo. Bilan de cinq années d'activités dans le service de chirurgie générale », Thèse Med, Ouédraogo 1999, ; N°162.

22. Fofana M : « Epidémiologie des pathologies chirurgicales dans le service de chirurgie générale à l'hôpital régional de Ségou », Thèse de médecine Bamako, 2006,104p, N°26.

23. Diakité M : « Epidémiologie des interventions chirurgicales dans l'unité de chirurgie du centre de sante de référence de la commune VI », Thèse de médecine Bamako, 2009.

24. Lassana A : « Urgences chirurgicales digestives à l'hôpital de Sikasso », Thèse de médecine, Bamako, 2023 120P, N°521

25. Berthe ID : « Prise en charge des urgences chirurgicales digestives dans le service de chirurgie A du CHU du Point-G », Thèse médecine, Bamako, 2008,102p

26. Dembélé BB : « Urgence chirurgicales digestives à l'hôpital régional de Kayes(Mali) à propos de 112 cas », Thèse de médecine Bamako, 2005, 61p, N°234

27. Diarra Issaka « Evaluation du coût de la prise en charge des malades opérés en chirurgie pédiatrique du CHU Gabriel Toure. » Thèse de médecine, Bamako ,2009, 102p, N°282

28. Dombia M : « Aspects diagnostique et thérapeutique des appendicites aigues au CSRÉF de Fana », Thèse de médecine, Bamako, 2019, 109p, N°148



ANNEXES

Fiche D'enquête

Bilan D'un An D'activité Chirurgicale, CS Réf de Fana

Q1 : N° de fiche d'enquête :

Q2 : N° du Dossier Du Malade :

Q3: Date de consultation :

Q4 : Non et Prénoms :

Q5 : Age... . (ans)

Q6 : Sexe :/... .. / 1. Masculin 2. Féminin

Q7 : Situation matrimoniale/... .. / 1. Marié(e) 2. Célibataire 3.

Divorcé(e) 4. Veuf (Ve)

Q8 : Provenance:/./ 1. Fana 2. Hors Fana

Q9 : Ethnie :/... / 1. Bambara 2. Peulh

3. Soninké 4. Malinké

5. Dogon 6. Bozo

7. Minianka 8. Senoufo

9. Sonrhäï 10. Autres (À préciser)

Q10 : Nationalité :/... .. / 1. Malienne 2. Autres (A préciser)

Q11 : Profession :/... .. / 1. Cultivateur 2. Fonctionnaire

3. Commerçant(e) 4. Ménagère 5. Ouvrier 6. Étudiant(e)/Élève

7. Chauffeur 8. Retraité(e) 9. Éleveur 10. Sans profession 11. Autres

(A Préciser)

Q12.Niveau d'instruction :/... .. / 1. Non scolarisé 2. Primaire 3. Secondaire

4. Supérieur 5. Ecole coranique

Q13 : Mode de recrutement : /... .. / 1. Consultation 2. Urgence

Q14 : Hospitalisation : /... .. / 1. Oui 2. Non

Q15 : Motifs de consultation: /... .. / 1. Douleur abdominale

2. Tumeur scrotale 3. Tumeur inguinale 4. Contraction utérine
douloureuse 5. Hémorragie sur grossesse 6. Autres (à préciser):

Q16 : Diagnostic préopératoire :

Q17 : Diagnostic peropératoire :

Q18 : Titre de l'opérateur: /... .. /

1. Chirurgien 2. Gynécologue- Obstétricien

3. Médecin généraliste 4. Interne 5. Autres (Préciser)

Q19 : Type d'anesthésie : /... .. /

1. Locale 2. Locorégionale

3. Générale 4. Autres (Préciser)

Q20 Suites opératoires : /... .. /

1. Simples 2. Complications : 2.1. Immédiates 2.2. Tardives 3. Décès 2.5.
Autres (Préciser)

Q21 : Durée d'hospitalisation: /... .. /

1. 1 à 6 jours

2. 1 à 2 semaines

3. 3 semaines et plus

Q22: Coût de l'intervention : /... .. /

1. 0F 2. <50 000

3. 50 000 – 99000 4. 100000- 150 000

5. > 150 000

Fiche signalétique

NOM : SANOGO

PRENOMS : YAYA

Tel :75730351/ 97307119

Email : syaya5820@gmail.com

TITRE : Bilan d'un an d'activités chirurgicales au centre de sante de référence de fana

Année : juin 2022 au Mai 2023

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : République du Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS.

Secteur d'intérêt : Chirurgie générale

Résumé :

Introduction : L'étude du bilan d'activités chirurgicales permet d'améliorer la qualité des soins au niveau des différentes unités chirurgicales [1].

Objectif : Elle avait pour but d'évaluer les activités chirurgicales réalisées du juin 2022 au mai 2023.

Patients et méthodes :

Etude transversale descriptive mono centrique et analytique allant de juin 2022 - mai 2023 au Csrèf de fana, incluant les patients opérés dans les unités de chirurgie générale et gynéco- obstétrique

Résultats :

Nous avons réalisé 781 cas d'interventions chirurgicales représentant :

97,4 % des 5606 consultations ;

15,84 % des 1064 patients hospitalisés.

Le sexe ratio a été de 2,2 %, nous avons enregistré une prédominance chez l'adulte jeune de 21- 30 ans.

Les pathologies gynéco- obstétricales ont été le plus rencontre avec un taux à 58,8% suivies des pathologies de la chirurgie générale avec un taux à 41,2%. La durée moyenne d'hospitalisation a été de 5,5jours.

L'anesthésie générale a été utilisée chez la majorité de nos patients. Sur les 781 patients opérés, 4 décès ont été enregistrés.

Conclusion :

Ce travail nous a permis de mettre en évidence les activités Chirurgicales du Csrèf de fana, d'en évaluer les performances et les insuffisances.

Mots clés :

Évaluation chirurgie, Centre de Santé de Référence, Fana, Bilan, Activité,

Name : SANOGO

First name : YAYA

Phone number : 75730351/97307119

E- mail : syaya5820@gmail.com

Title : Review of one year of surgical activities at the fana reference health center

Year : June 2022 to May 2023

City of defense : Bamako

Country of origin : Republic of Mali

Place of deposit : Library of the faculty of medicine and odontostomatology

Sector of interest : General Surgery

Summary :

Introduction : The study of the results of surgical activities makes it possible to improve the quality of care at the level of the different surgical units [1]

Objective : It aimed to evaluate the surgical activities carried out from June 2022 to May 2023

Patients and methods : Single-center and analytical cross-sectional study from June 2022-May 2023 at the fana reference health center, including patients operated on in the general surgery and gynecology-obstetric units.

Results :

We performed 781 cases of surgical interventions representing :

97,4% of consultations,

15,84% of 1064 hospitalized patients

The sex ratio was 2,2% we recorded a predominance in young adults aged 21-30 years.

Gynecology-obstetric pathologies were the most encountered with a rate of 58,8% followed by general surgery pathologies with a rate of 41,2% . The

average length of hospitalization was 5,5 days.

General anesthésia was used in the majority of our patients. Of the 781 patients operated on, 4 deaths were recorded.

Conclusion :

This work allowed us to highlight the surgical activities of the fana reference health center, to evaluate their performances and inadequacies.

Keywords : Evaluation, surgery, reference, health center, Fana, Review, Activity.

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'Etre suprême,
d'être

Fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire
au-

dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin
d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe,
ma

langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à

Corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race,
de

Parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon
patient.

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

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes

connaissances

médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants

l'instruction que j'ai reçu de leurs pères.

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

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

JE LE JURE.