

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIER ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE

UN BUT

UNE FOI

UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUE ET DE TECHNOLOGIE
DE BAMAKO

FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTOSTOMATOLOGIE



ANNEE UNIVERSITAIRE 2022-2023

THESE

N°

**CHIRURGIE ET PAUVRETE DANS LE SERVICE
DE CHIRURGIE GENERALE AU CENTRE
HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE GABRIEL
TOURE**

Présentée et soutenu publiquement le 10/03 / 2025 devant la Faculté de Médecine et d'
Odontostomatologie.

Par M MOHAMED KEITA

Pour obtenir le grade docteur en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

Jury

Président : M. Bakary Tientigui DEMBELE (Professeur)

Membres : M. Madiassa KONATE (Maitre de Conférences Agrégé)

M. Lansseny DIARRA (Chirurgien)

Directeur : M. Adégné TOGO (Professeur)

DEDICACE ET REMERCIEMENTS

DÉDICACE ET REMERCIEMENTS

DEDICACE :

Je dédie ce travail :

A Dieu :

Au nom d'Allah, le Tout Miséricordieux, le Très Miséricordieux. Louange à Allah , on le glorifie ,on lui demande de l'aide et on lui demande pardon contre le mal de nos péchés, celui qui fut guidé, personne ne peut l'égarer et celui qui est égaré, personne ne peut le guider .Je témoigne qu'il n'il y a point de divinité digne d'adoration sauf Allah, l'unique ,qui n'a point d'associé et je témoigne aussi que Muhammad est son Serviteur et son Messenger , que la bénédiction d'Allah soit sur lui, sa famille , ses compagnons, et tous ceux qui le suivent sur le droit chemin jusqu'au dernier jour. Je demande donc à Allah, par ses plus beaux noms et attributs qu'il mette de la sincérité dans ce modeste travail et qu'il m'en fasse bénéficier dans ce monde et dans l'au-delà, ainsi que ceux qui ont contribué de loin ou de près à la concrétisation de ce travail car Allah est capable de tout. C'est avec les yeux débordant de larmes, d'amour et de reconnaissance que je rédige ces mots. Je voudrais vous signifier toute ma gratitude, mais je suis embarrassé, ne voyant pas comment l'exprimer avec exactitude. Je profite de cette occasion pour vous dire merci d'avoir fait de moi ce que je suis, par la grâce du miséricordieux et pour vous présenter mes pardons pour toutes les souffrances que j'ai pu vous faire endurer. Les mots ne suffiront jamais pour exprimer ce que vous représentez et continuer à représenter pour moi. Que le très haut, exalté soit son nom vous donne la fin heureuse.

A ma défunte Grande Mère Ténin TOURE, ce travail vous ai dédié, vous avez été présente durant tout mon parcours scolaire depuis le primaire avec des réveils matinal et conseils d'apprentissage, aujourd'hui disparu à jamais. Vous resterez gravé dans nos mémoires. QU'ALLAH vous accueille dans son immense demeure le paradis AMEN.

REMERCIEMENTS

-A mon Père : Mamby KEITA,

Vous avez toujours été présent pour les bons conseils. Notre étude a été votre priorité absolue, Vous nous avez toujours appris à rester fort dans les moments difficiles, Vos conseils et soutiens m'ont été d'un grand secours tout au long de ma vie. Vous avez fait de moi ce que je suis aujourd'hui. Veuillez trouver dans ce modeste travail ma reconnaissance pour tous ce que vous avez faits pour moi. Que Dieu vous protège, et consolide les liens sacrés qui nous unissent.

A ma mère : Alima YATTABARE

Ce travail vous ai dédié mère, vos conseils, vos bénédictions, votre soutiens et confiance en moi en tout lieu, tout au long de mon cursus scolaire m'ont été d'une extrême utilité. Veuillez recevoir mes très sincères reconnaissance en votre humble personnalité dans ce travail, grâce à vos bénédictions et les encouragements me voilà aujourd'hui docteur de son état Puisse Dieu vous récompensé de votre grande générosité, vous accorder une longue vie Pieusse en santé remplie de bonheur, et de joie de vivre Inshallah.

-A mon oncle : EL HADJ Mamadou TRAORE

Vous êtes comme un père pour moi, vous avez toujours répondu présent durant toute ma scolarité, votre sens de l'écoute et votre passion d'étudié ont permis à l'aboutissement de ce travail et aujourd'hui d'être décerner médecin de son état. A travers ce modeste travail veuillez recevoir mes sincères reconnaissance en votre haute personnalité. Puisse ALLAH vous accorde encore une très bonne santé et longévité.

-A mon frère : Sinan KEITA

Merci pour le soutien moral et financier, les bénédictions et les encouragements faites pour ma réussite. Q'ALLAH te protège, te bénit et faciliter votre ascension dans votre travail.

-A mes frères et sœurs : (Korotoumou M, Salimata, Fatoumata, Makan et Tenin) KEITA ce travail soit le témoignage de mes sentiments les plus sincères et les plus affectueux.

-A mes tantes : HADJA Doua KEITA, HADJA Madina YATTABARE, HADJA Kadiatou YATTABARE, Batoma, soyez rassurés de ma profonde gratitude. qu'Allah vous donne encore une longue vie.

A mon tonton : Tidiane BAGAYOKO et FAMILLE

Merci pour votre accueilles chaleureuse à ma personne, vous m'avez accueilli dès mon premier jour au point G dans votre demeure à Koulouba, vous m'avez toujours ouverte votre porte,

merci pour votre l'hospitalité, votre amabilité vos conseils et bénédictions. Puisse DIEU vous en récompensé, trouvez ici dans ce travail mes sincère reconnaissance.

-A mes cousins et cousines :(Lassana, Mady DIALLO, Samou, Ousmane, Ibrahim dit JACK Baeur,) TRAORE, Mohamed papa YATTABARE, Merci pour votre soutien et de vos encouragements qu'Allah vous récompense.

-Au major de la Pharmacie MAIGA , vous n'avez aménagé aucun effort dans la réalisation de ce document, merci à vous pour le temps accordé à ma personne trouvez ici l'expression de mes sincère remerciement

- A mes amis et collaborateurs : (N'Diya KONE, Aminata KOUREICHI, Hamady T BAH, Moh GAMBI, Mohamed KONE, Dramane KONE, Sékou KONE, Alfousseyni CISSAO, Cheick H SANGARE, Amala CISSE, Adama KONE, Sékou DIALLO)

Merci pour votre soutien inconditionnel, les conseils, les bénédictions de vos encouragements.

- A tous les membres du CSCOM de SOGONIKO : (DR SANOU, DR DENA, DR KONATE, INT Ousmane TOURE, DJIRE, KASSAMBARA, Fatim CAAMARA, Souleymane, TOURE, Jean SAGARA, ROUGEO, SOW, Mariam, Adjaratou, SISSOKO) je vous remercie sincèrement merci pour l'enseignement fourni

-A tous membres du CSREF COMMUNE VI : (DR DEMBELE, DR DIAKITE, DR SADA, PR KONATE, MAJOR DOUMBIA, ABOUACAR, TENIN DIAKITE, SAFOURA) je vous remercie tous au fond du cœur pour la bonne collaboration j'ai appris beaucoup de chose à vos cotes qu'Allah vous récompense.

-A ma famille au point G ALL DINGUE FAMILLY : (DR Yassin CISSE, DR Hassana KAREMBE, DR Samuel GUINDO, DR YANOQUE, DR DIARRA, DR SISSOKO, DR KONE, DR Aly TRAORE, DR FAGNIAMA, Adama COULIBALY, Koutoubou KANTE, G MAIGA, DR Alfou, DR Moh DEM) vous avez été plus que des amis mes des frères tout au long de notre aventure

-A mes très chers amis et collègues, le groupe d'exposé : (DR GUINDO, DR Marie,DR SAMAKE, DR SOW, DR ALFOU, DR Aly ,DR BAYA, DR Barboza) je suis et je serai reconnaissant envers vous, on a eu a partagé les moments difficiles ensemble.

-À mes maitres de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

-À mes maitres du service de Chirurgie Générale : Pr Adégné TOGO, Pr Alhassane TRAORE, Pr Bakary T DEMBELE, Pr Madiassa KONATE, Pr Amadou TRAORE, Pr Lassana KANTE, Pr Ibrahim DIAKITE, Pr Amadou MAIGA, Pr Tani KONE, Pr Boubacar Yoro SIDIBE, Dr Zakari SAYE, Dr Arouna Adama DOUMBIA : merci pour l'encadrement et enseignement.

- A notre maître Pr Amadou BAH que la terre te soit légère repose en paix.

-À Mes aînés du service : Dr Kassim TRAORE, Dr Marcelin GANMENON, Dr Sékou KOITA, Dr Karim TRAORE, Dr Souleymane KONATE, Dr Mory KEITA, Dr Ruben TRAORE, Dr Karamoko SIDIBE, Dr Oumar TRAORE, Dr Mounina COULIBALY, Dr Djondo OGOLBA

-À mes aînés DES : Dr Mahamadou COULIBALY, Dr Youssouf DEMBELE, Dr Youssouf KONE, Dr Habib CISSE, Dr Baba E TOGOLA, Dr Claude DEMBELE Dr DJIMDE, Dr Djefla DIALLO, Dr Assane KONE ; Dr Issa KONE, Dr Moussa MAIGA, Dr YATERA, Dr Habib KONE, Dr Adama DRABO, Dr Malick TRAORE, Dr Moustapha DICKO, Dr Dina Y GOITA, Dr Moumouni DIARRA, Dr Falé TRAORE, Dr Daouda K COULIBALY, Dr Sambri TOURE, Dr Ousmane TOLO, Dr Sidi DIARRA

-À mes collègues thésards du service : DR Harouna TOUNKARA, DR Mody TOURE, DR OUSMANE SAMAKE, DR Moussa SIDIBE, DR Ninelle DOSSOU, DR Butt I WADOOD, Léontine A DIARRA, David Luc SOW, Baké DIARRA, Mesak SAGARA, Marius, Souleymane COULIBALY merci pour la bonne collaboration.

-A mes collègues de la 14 I^{ère} promotion du Numerus clausus : (DR KAREMBE, DR NIARE, DR FATOU, DR YOUSOUF T, DR SEYDOU, DR BAROU, DR BOUBACAR BOB, DR SISSOKO, DR DOUMBIA) merci pour la collaboration.

-À la secrétaire Mme DIARRA Hawa DIAKITE et ses collègues Mme POUDJOUGOU et Absetou. Au major DIARRA et tout le reste de son équipe

-À l'équipe du bloc Opératoire, l'équipe d'anesthésie, les techniciens de surfaces, les manœuvres.

Ici, le témoignage de tout mon amour et toute ma reconnaissance pour votre détermination qu'Allah vous récompense. Je remercie enfin tous ceux qui n'ont pas leur nom cité ici et qui de près et de loin, de façon active ou passive ont contribué à la réalisation de cette thèse.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A Notre Maitre et Président du Jury,

Professeur Bakary Tientigui DEMBELE

- ❖ **Professeur titulaire (CAMES) à la FMOS/FAPH**
- ❖ **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré de BAMAKO ;**
- ❖ **Diplômé de pédagogie en science de la santé à l'université de bordeaux ;**
- ❖ **Agrégé en chirurgie générale et responsable de la traumatologie viscérale, des soins péri-opératoires en chirurgie viscérale et de la chirurgie de guerres ;**
- ❖ **Secrétaire général de la société Malienne de colo proctologie ;**
- ❖ **Chef de filière IBODE de l'Institut Nationale de Formation en Science de la Santé INFSS ;**
- ❖ **Membre de la société de chirurgie du Mali ;**
- ❖ **Membre de l'association des chirurgiens d'Afrique francophone.**

Cher maitre,

Vous nous faites un réel plaisir en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations, nous vous sommes reconnaissants. Nous avons été marquées par vos qualités professionnelles, humaine et sociale, votre simplicité vos qualités qui font de vous un Maître exemplaire. Vos connaissances, votre rigueur scientifique et votre dévouement sans limite dans le travail sont des qualités que nous nous efforcerons d'approcher. Recevez l'expression de notre profonde considération

A notre Maître et Directeur de thèse,

Professeur Adégné TOGO

- ❖ **Chirurgien proctologue spécialiste en oncologie digestive ;**
- ❖ **Membre du West African College of Surgeon (WACS) ;**
- ❖ **Professeur titulaire en chirurgie générale à la FMOS ;**
- ❖ **Chef de service de la chirurgie générale CHU Gabriel Touré ;**
- ❖ **Chef de département d'études et de recherche en chirurgie ;**
- ❖ **Membre de la société de chirurgie au Mali (SOCHIMA) ;**
- ❖ **Membre de l'association des chirurgiens d'Afrique francophone (ACAF) ;**
- ❖ **Chevalier de l'ordre du mérite de la santé.**

Honorable maitre,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de nous confier ce travail. Votre simplicité, votre dynamisme, votre générosité, l'étendue de savoir et votre abord facile nous ont marqué. Votre rigueur à la démarche scientifique a été d'un grand bénéfice dans notre apprentissage. Vos connaissances, votre rigueur scientifique et votre dévouement sans limite dans le travail sont des qualités que nous nous efforcerons d'approcher. Recevez l'expression de notre profonde considération

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Professeur Madiassa KONATE

- ❖ **Maitre de Conférences Agrégé en chirurgie Générale à la Faculté de Médecine et Odonto-Stomatologie (FMOS) ;**
- ❖ **Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE ;**
- ❖ **Membre de la Société de Chirurgie du MALI (SOCHIMA).**
- ❖ **Membre de l'Association des Chirurgiens d'Afrique Francophone**
- ❖ **Membre de l'Association Française de Chirurgie.**

Cher Maître,

Vous êtes et vous resterez un modèle à suivre. Soyez rassuré de notre profonde gratitude. Que Dieu vous comble de ses grâces. Amen !

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Professeur Lansseyeni DIARRA

- ❖ **Maitre de recherche ;**
- ❖ **Chirurgien généraliste ;**
- ❖ **Praticien hospitalier à l'hôpital Dermatologie de Bamako (HDB) ;**
- ❖ **Médecin attesté en échographie obstétricaux d'urgence**

Cher maitre,

C'est un grand honneur pour nous de vous avoir comme juge de ce travail. Votre rigueur scientifique dans le travail, votre professionnalisme, vos qualités scientifiques et humaine font de vous un praticien exemplaire.

Veillez recevoir cher maitre l'expression de nos sincères remerciements

LISTES DES ABREVIATIONS

Ar : Ariary (Franc traditionnel Madagascar)

PRFI : Pays à Revenu Faible ou Intermédiaire.

FCFA : Franc de la Communauté Financière Africaine.

SMIG : Salaire Minimum Intérieure Garantie.

BM : Banque Mondiale.

UEMOA : Union Economique et Monétaire Ouest-Africaine.

PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement.

OMS : Organisation Mondiale de Santé.

PIB : Produit Intérieur Brut.

ODD : Objectifs de Développement Durable.

OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement.

hab. /km² : Habitation par kilomètre carré.

PRODESS : Programme de Développement Socio-Sanitaire.

CSCOM : Centre de Santé Communautaire.

ECD : Équipe Cadre du District.

DRS : Directions Régionales de la Santé.

MSHP : Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique.

CS Réf : Centre de Santé de Référence.

EPH : Établissements Publics Hospitaliers

IOTA : Institut d'Ophtalmologie Tropicale d'Afrique

CNOS : Centre National d'Odonto-Stomatologie.

CS : Comptes de la Santé.

DTS : Dépense Totale de Santé.

US : Dollar des Etats-Unis.

RHS : Ressources Humaines de Santé.

E.N.I : Ecole Nationale d'Ingénierie.

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie.

DES : Diplôme d'Etude Spécialisée.

CHU : Centre Hospitalier et Universitaire.

GT : Gabriel Touré.

SOCHIMA : Société de Chirurgie du Mali

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

INFSS : Institut National de Formation en Science de Santé.

AMO : Assurance Maladie Obligatoire.

AFC : Association Française de Chirurgie.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Carte géographique de la République du Mali.....	30
Figure 2: Répartition des patients selon le sexe.....	41
Figure 3: Répartition selon la zone d'habitation des patients	44
Figure 4: Répartition selon le sexe des chefs de ménage	45
Figure 5: Répartition selon les bénéficiaires d'assurance ou mutualité chefs de ménages des patients	49
Figure 6 : Répartition mode de recrutement patients.....	51
Figure 7: Répartition selon type de pathologie.....	52
Figure 8: Catégorie d'Hospitalisation	55
Figure 9: Notion d'Hospitalisation en service de Réanimation	57
Figure 10:: Notion de d'autre source de revenu	68
Figure 11: Poche de stomie adapte fabriquée à l'usine.....	104
Figure 12: Poche de stomie fabriquée à la main par patient.....	105
Figure 13: Image d'une poche de stomie adapté par un plastique	106

LISTE DES TABLEAUX

LISTES DES TABLEAUX

Tableau I: Répartition des patients selon la tranche d'âge.....	41
Tableau II: Répartition des patients selon le statut matrimonial.....	42
Tableau III: Répartition des patients selon le niveau d'instruction.....	42
Tableau IV: Répartition des patients selon le statut matrimonial	42
Tableau V: Répartition des patients selon la fonction principale.....	43
Tableau VI: Répartition des patients selon leur ethnie	43
Tableau VII: Répartition chefs de ménage selon la tranche d'âge	44
Tableau VIII: Répartition chefs de ménage selon leur statut matrimonial	45
Tableau IX: Répartition chefs de ménage selon le niveau d'instruction	45
Tableau X: Répartition chefs de ménage selon la zone d'habitation	46
Tableau XI: Répartition chefs de ménage selon la fonction principale	46
Tableau XII: Répartition chefs de ménage selon l'ethnie.....	47
Tableau XIII: Répartition des patients selon la situation familiale	47
Tableau XIV: Répartition selon la taille du ménage.....	48
Tableau XV: Répartition selon le nombre d'enfant d'âge inférieur à 15ans dans le ménage.....	48
Tableau XVI: Répartition d'assurance maladie ou d'une mutualité pour le patient	49
Tableau XVII: Répartition distance zone d'habitation-service de soins chirurgicaux le plus proche..	50
Tableau XVIII: Répartition duré trajet service de soins chirurgicaux le plus proche	50
Tableau XIX: Répartition selon les moyens de déplacement des patients.....	51
Tableau XX: Répartition selon la pathologie chirurgicale opérée	53
Tableau XXI: Répartition selon le bilan biologique	54
Tableau XXII: Répartition selon la réalisation des bilans d'imageries	54
Tableau XXIII: Répartition selon la réalisation des bilans d'endoscopique.....	54
Tableau XXIV: Répartition des patients selon les suites opératoires	55
Tableau XXV : Répartition selon les catégories d'hospitalisation	Erreur ! Signet non défini.
Tableau XXVI: Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation	56
Tableau XXVII:: Répartition selon le coût consultation	56
Tableau XXVIII: Répartition selon le coût journalier d'hospitalisation dans le service.....	57
Tableau XXIX: Répartition selon la notion d'hospitalisation en service de réanimation	57
Tableau XXX: Répartition selon le coût d'hospitalisation en réanimation	58
Tableau XXXI: Répartition selon le coût des actes chirurgical	58
Tableau XXXII: Répartition selon le coût des actes anesthésie	58
Tableau XXXIII: Répartition selon le coût du kit d'anesthésie.....	59
Tableau XXXIV: Répartition selon la fréquence d'achat d'un kit chirurgical	59

Tableau XXXV : Répartition selon le coût kits chirurgicaux	60
Tableau XXXVI : Répartition selon le coût d'hospitalisation dans le service	61
Tableau XXXVII : Répartition selon le coût des ordonnances.....	62
Tableau XXXVIII : Répartition selon le coût des examens complémentaires	62
Tableau XXXIX : Répartition selon le coût de l'opération	63
Tableau XL : Répartition selon le coût du frais de transport	63
Tableau XLI : Répartition selon le coût du frais de crédit téléphonique.....	64
Tableau XLII : Répartition selon le coût du frais d'alimentation	64
Tableau XLIII : Répartition selon le coût direct en santé.....	65
Tableau XLIV : Répartition selon le coût indirect en santé.....	65
Tableau XLV : : Répartition selon la dépense totale	66
Tableau XLVI : Répartition des ménages selon l'identité du tiers payant	67
Tableau XLVII : Répartition selon les revenus mensuel des chefs de ménage	67
Tableau XLVIII : Répartition selon la notion d'autres revenus du ménage.. Erreur ! Signet non défini.	
Tableau XLIX : : Répartition selon la notion montant d'autre revenu du ménage	68
Tableau L ; Répartition selon le revenu mensuel du patient	69
Tableau LI : Répartition selon le revenu mensuel total du ménage	69
Tableau LII : Répartition selon le revenu annuel total du ménage.....	70
Tableau LIII : Répartition selon la source de paiement des soins chirurgicaux.....	70
Tableau LIV ; Répartition selon le mode de paiement	71
Tableau LV : Répartition selon le pourcentage de dépense en santé.....	71
Tableau LVI :.Croissement coût direct et zone d'habitation.....	71
Tableau LVII : Croissement coût direct type de pathologie.....	72
Tableau LVIII : Croissement coût indirect et zone d'habitation	72
Tableau LIX : Croissement coût indirect et mode de recrutement	72
Tableau LX : Croissement coût indirect et type de pathologie.....	73
Tableau LXI : Croissement zone d'habitation et pourcentage de dépense en santé.....	73
Tableau LXII : Croissement type de pathologie et pourcentage de dépense en santé.....	73
Tableau LXIII : Croissement mode de recrutement et pourcentage de dépense en santé.....	74
Tableau LXIV : Croissement mode de financement et zone d'habitation	74
Tableau LXV : Croissement mode de financement et mode de recrutement	75
Tableau LXVI : Croissement mode de financement et type de pathologie.....	75

TABLES DES MATIERES

Table des matières

I.INTRODUCTION	21
II. OBJECTIFS.....	24
Objectif général :	24
Objectif spécifique :	24
III. GENERALITES	26
A. REVUE DE LA LITTERATURE -----	26
B. CONTEXTE GENERAL DU MALI-----	29
La politique de santé :-----	31
Organisation du Système :-----	31
Financement : -----	32
Ressources humaines : -----	32
IV. METHODOLOGIE :	34
1) CADRE DETUDE : -----	34
2) Type d'étude -----	35
3) Période d'étude -----	35
4) Population d'étude -----	35
5) METHODE D'ETUDE -----	35
6) PLAN DE TRAITEMENTS DES DONNEES -----	36
7) CONSIDERATION ETHIQUES -----	39
LES DIFFERENTS NIVEAUX DE PRESTATIONS	36
DEFINITIONS DE CERTAINS TERMES OPERATIONNELS	37
V. RESULTATS.....	41
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	77
CONCLUSION ET RECOMMANDATION	92
IX. Références bibliographiques	95
ANNEXES :	99

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

Selon l'OMS, la chirurgie est une branche de la médecine qui implique l'utilisation d'interventions manuelles ou instrumentales pour traiter des maladies, des blessures ou des conditions médicales, jouant un rôle essentiel dans le diagnostic, le traitement et la prévention de nombreuses affections, offrant aux patients des solutions souvent vitales pour leur santé[1].

Selon le PNUD, la pauvreté pouvant être définie en terme monétaire ou humaine, cette dernière prenant en compte plusieurs facteurs comme l'analphabétisme, la malnutrition, l'espérance de vie réduite, le non accès aux sources d'énergie d'eau potable, à l'assainissement ; à l'éducation, à la communication etc. Elle est très fréquente surtout dans les pays en voies de développement. L'appauvrissement définie une situation où un ménage se trouve en dessous du seuil de pauvreté[2].

Dans le monde, Plus des deux-tiers de la population mondiale n'ont pas accès à des soins chirurgicaux et anesthésiques sûrs et abordables quand c'est nécessaire. Dans les pays à revenu intermédiaire ou faible, les affections chirurgicalement traitables constituent un problème de santé publique important.

Ces pays à faibles et à moyens revenus sont les plus affectés par les maladies nécessitant une intervention chirurgicale ou obstétrique[3].

Aujourd'hui, on évalue à 20 pertes en termes de vie humaine chaque minute des suites des maladies chirurgicaux-obstétricales non prises en charge. La majorité de cette population vivent dans les pays à revenus faibles et moyens d'Afrique Subsaharienne et d'Asie du Sud Est[5]

On estime que les problèmes de santé imposant une prise en charge chirurgicale entraîneront des pertes en termes de productivité économique de 12 300 milliards de dollars dans les pays à revenu faible et intermédiaire d'ici 2030. Par ailleurs, 81 millions de personnes sont confrontées à des dépenses de santé catastrophique, en raison du coût des soins chirurgicaux payés chaque année[6]

L'amélioration de la santé et la ruine financière sont souvent inexorablement liées.

La morbidité des affections traitable chirurgicalement estimée à près de 30 % de la charge mondiale et plus de 30 millions de cas annuels de ruine financière sont attribuables à l'accès à la chirurgie[7]

Aux États-Unis, même ceux qui ont une assurance maladie font face à une catastrophe financière : près des deux tiers des faillites sont médicales et 75 % des personnes en faillite

médicale étaient assurées au moment de leur facture médicale catastrophique. La ruine financière est plus prononcée parmi les pauvres du monde[8].

Plusieurs études sur les coûts dans les hôpitaux ont été effectuées par différents auteurs dans les pays à revenu faible.

Il ressort de ses études que les coûts des interventions chirurgicales sont largement supérieurs aux revenus de la population. Ce qui aura pour conséquences un appauvrissement de la famille ou de la communauté après une chirurgie chez un membre de la famille[6].

En Madagascar l'opération d'une césarienne, est lourde et inaccessible financièrement pour une famille avec un coût moyen de 522 247 Ar (soit 69498.14 FCFA), ce qui représente environ 3 fois le revenu mensuel moyen qui est estimé à 178 376 Ar(23737.43fcfa) mois par ménage [22].

Au CS Réf de la commune I de Bamako, une étude menée dans le service de chirurgie générale, a permis de trouver un coût moyen de la prise en charge d'une appendicite aigue sans complication estimé à 54.250F CFA[9] ,cette somme est supérieur au SMIG Malien

Ainsi la Banque Mondiale (BM) classe les pays de l'Union parmi les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire avec un seuil de pauvreté estimé à 182.072 FCFA, variant d'un pays à un autres dans les pays de l'UEMOA. Le Mali enregistrant le taux de pauvreté le plus élevé à 50% avec un seuil de pauvreté à 137.000 F CFA par an et par habitant[11]

Par ailleurs, au Mali le SMIG malien est de 40 000 F CFA pour un revenu annuel moyen du ménage de 796.040 F CFA et avec un revenu moyen par tête de 120.874 F CFA pour l'ensemble du pays, pour le milieu urbain le revenu moyen par tête est de 274.624 F CFA, pour le milieu rural il est de 85.322 F CFA[11]

Dans les pays à faible revenu, quatre personnes sur cinq risquent une catastrophe financière en cas de recours indispensable à la chirurgie[12]

La prestation de soins chirurgicaux dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire affecte non seulement les économies nationales au niveau macroéconomique, mais a également un impact sur les familles et les communautés au niveau microéconomique[12]

Au Mali nous n'avons trouvé aucune étude faisant le lien entre les soins chirurgicaux et les dépenses appauvrissantes ou catastrophiques sur les familles et les communautés.

Le but principal de notre étude sera d'évaluer les dépenses appauvrissantes ou catastrophiques liés aux soins chirurgicaux des personnes et ou des ménages dans le service de chirurgie générale CHU-GT, pour afin contribuer à en réduire les conséquences.

.

OBJECTIFS

II. OBJECTIFS

Objectif général :

Evaluer les dépenses appauvrissantes ou catastrophiques liés aux soins chirurgicaux des personnes et ou des ménages dans le service de chirurgie générale CHU-GT pour afin contribuer à en réduire les conséquences

Objectif spécifique :

1. Décrire les caractéristiques socio-démographiques des patients et des chefs de ménages ;
2. Déterminer la fréquence des différentes pathologies chirurgicales opérées ;
3. Calculer le revenu mensuel ou annuel d'un ménage avant et après une chirurgie ;
4. Evaluer le coût moyen payé par le patient et ou sa famille pour les soins chirurgicaux ;
5. Estimer les risques de dépense appauvrissante ou catastrophique liés aux soins chirurgicaux.

GENERALITES

III. GENERALITES

Notre généralité se base essentiellement sur la façon de procéder dans la détermination du coût d'une pathologie chirurgicale prise en charge par un patient et ou sa famille, qui pourrait être responsable d'un appauvrissement suite au dépense catastrophique.

Normalement le coût d'une pathologie résulte de l'association :

Des frais occasionnés pour le patient dans sa consultation, les examens complémentaires, l'hospitalisation, le traitement (la chirurgie), l'alimentation, le transport et la communication.

De par la complexité de l'évaluation de certaines variables, notre étude s'est portée sur les dépenses faites par le patient et ou sa famille dans le cadre de la prise en charge chirurgicale de sa maladie ainsi que les revenus du ménage afin d'évaluer l'appauvrissement d'une famille après cette prise en charge chirurgicale

A. REVUE DE LA LITTERATURE

Afin de poser la problématique de notre sujet nous allons d'abord formuler le problème de recherche, ensuite nous évoquerons les objectifs de l'étude, l'importance du sujet, l'utilisation des résultats et enfin l'hypothèse de recherche.

a. Formulation du problème de recherche

La santé bénéficie aujourd'hui d'un rang plus élevé que jamais sur l'échelle des priorités internationales. C'est ainsi que le souci de la santé des pauvres est devenu un aspect essentiel de la problématique du développement. L'accès à la chirurgie revêt une importance cruciale pour la réalisation de plusieurs des Objectifs de développement durable (ODD): « bonne santé et bien-être » (objectif n° 3), « pas de pauvreté » (objectif n° 1), « égalité entre les sexes » (objectif n° 5) et enfin, « réduction des inégalités » (objectif n° 10).

Selon la banque mondiale, dans les pays les plus pauvres de la planète, plus de 80 % des personnes doivent supporter des dépenses appauvrissantes en cas de nécessité chirurgicale[15]

Les pauvres ont tendance à utiliser les services de santé plus que les riches car ils ont des niveaux de morbidité plus élevés que ces derniers. Cette utilisation des services de soins engendre souvent des dépenses plus ou moins élevées, difficilement supportables par les ménages pauvres. Surtout lorsqu'ils ne sont pas couverts par une assurance maladie ; ces ménages en payant eux-mêmes les frais médicaux, ont toutes les chances de se retrouver dans une pauvreté extrême. Au Mali 46,3% de la population vivent-en -dessous du seuil de pauvreté[16] . Dans ce contexte de pauvreté, la capacité d'honorer les dépenses de soins

chirurgicaux se pose en termes de survie des populations. Malheureusement aussi le manque de couverture d'assurance maladie reste encore une insuffisante aujourd'hui au Mali.

Les causes de ces dépenses catastrophiques de soins chirurgicaux sont multiples. Il s'agit entre autres :

- L'origine socio-économique du ménage
- Le niveau des dépenses des soins chirurgicaux surtout en cas d'urgence chirurgicale.
- Le type de pathologie chirurgicale
- Les modalités de financement de ces dépenses

Ainsi les conséquences de ces dépenses de soins peuvent être classées en trois groupes :

- Les conséquences sociales et culturelles : dégradation des liens de fraternité, rupture ou exclusion des réseaux de solidarités,
- Les conséquences économiques : perte de revenu, coup d'opportunité subi par les ménages, niveau d'endettement du ménage, réduction des dépenses scolaires et de subsistances (nourriture, eau, électricité), vente de biens et de moyens de production, nombre de jours d'inactivité, paupérisation du ménage.

Les conséquences macro-économiques : baisse du Produit Intérieur Brut (PIB), augmentation de la pauvreté, du chômage, incidence de la pauvreté. La banque mondiale estime que les problèmes de santé imposant une prise en charge par un chirurgien entraîneront des pertes en termes de productivité économique de 12 300 milliards de dollars dans les pays à revenu faible et intermédiaire d'ici à 2030.

Notre étude se portera sur :

- Les causes socio-économiques de la vulnérabilité de l'économie des ménages
- Le niveau d'appauvrissement et de dépenses catastrophiques des ménages face aux dépenses de soins chirurgicaux.
- Comment réduire l'impact sur la vulnérabilité de l'économie des ménages dans le but de lutter contre la pauvreté ?

A travers cette présente étude, nous essayerons de répondre à ces questions.

b. Hypothèse de recherche

- Première hypothèse : Les dépenses induites par les soins chirurgicaux représente une somme supérieure au revenu annuel des ménages ?
- Deuxième hypothèse : Les dépenses d'appauvrissement et catastrophiques des ménages face aux soins chirurgicaux concerne d'abord les pauvres.

-Troisième hypothèse : Les dépenses induites par les soins chirurgicaux peuvent vulnérabiliser les ménages non pauvres.

-Quatrième hypothèse : la majorité des ménages vulnérabilisés n'ont pas d'assurance maladie

c. Importance du sujet de recherche :

Faire face à la santé des pauvres est très important pour la réalisation des OMD. La Banque mondiale a fixé un objectif ambitieux de couverture sanitaire universelle garantissant l'accès de 80 % de la population aux services de santé essentiels d'ici 2030[15] . Pour atteindre cet objectif, il sera impératif d'inverser la courbe du taux actuel de couverture chirurgicale dans les 15 prochaines années. Les dépenses en soins chirurgicaux sont parmi les principales causes d'appauvrissement des ménages. Dans les pays à faible revenu, quatre personnes sur cinq risquent une catastrophe financière en cas de recours indispensable à la chirurgie[17] .

Cette étude permettra donc de montrer les déterminants et l'ampleur de l'appauvrissement et de dépenses catastrophiques des ménages face aux dépenses de soins chirurgicaux au Mali. Elle aidera aussi à la mise en place d'un système de financement équitable de ces dépenses de soins chirurgicaux pour permettre à la population de ne pas tomber dans la pauvreté.

d. Utilisation des résultats de recherche :

Les résultats de notre recherche pourraient être utilisés par :

-Les Institutions de lutte contre la pauvreté et de développement : qui pourraient utiliser les résultats de cette étude pour mener une bonne orientation de leurs actions, et aider les pays pauvres à mettre en place une couverture médicale pour les personnes indigentes.

-Le Ministère de la santé et de l'hygiène publique dans ses attributions : notre étude pourrait leur permettre de revoir leur politique de recouvrement des coûts au niveau des hôpitaux.

-Les Instituts de protection sociale, les mutuelles et les Assurances : pourraient trouver dans notre étude un intérêt en ce sens que celle-ci permet d'avoir une information fiable sur les coûts des soins chirurgicaux dans les structures publiques.

-Les hôpitaux : en générale, les hôpitaux (administrateurs) ignorent l'impact qu'ont les dépenses des soins chirurgicaux sur l'économie des ménages. Cette étude permettrait de les édifier sur les conséquences de ces dépenses afin qu'ils puissent faire une gestion efficiente des budgets, dans le but de réduire les coûts des soins chirurgicaux et rendre accessibles ces soins chirurgicaux aux personnes au revenu faible dans un contexte de pauvreté généralisée.

B. CONTEXTE GENERAL DU MALI

.Situation géographique :

Le Mali est un pays sahélien d'Afrique de l'Ouest, sans débouché maritime, et frontalier de la Côte d'Ivoire, du Burkina Faso, du Niger, de l'Algérie, de la Mauritanie, du Sénégal et de la Guinée. Il est traversé par le fleuve Niger et le fleuve Sénégal. Depuis juillet 2022, le Mali adopter une nouvelle configuration de l'organisation administrative qui est repartie en 19 régions et un district (Bamako) 156 cercles. Il compte 703 communes pour une superficie de 1 241 238 kilomètres carrés. En 2024, sa population est estimée approximativement à 24 millions d'habitants (près des trois quarts résidents en milieu rural). La plus grande part de la population vit en zone rurale. La densité, très variable, passe de 90 hab. /km² dans le delta central du Niger à moins de 5 hab. /km² dans la région saharienne du Nord.

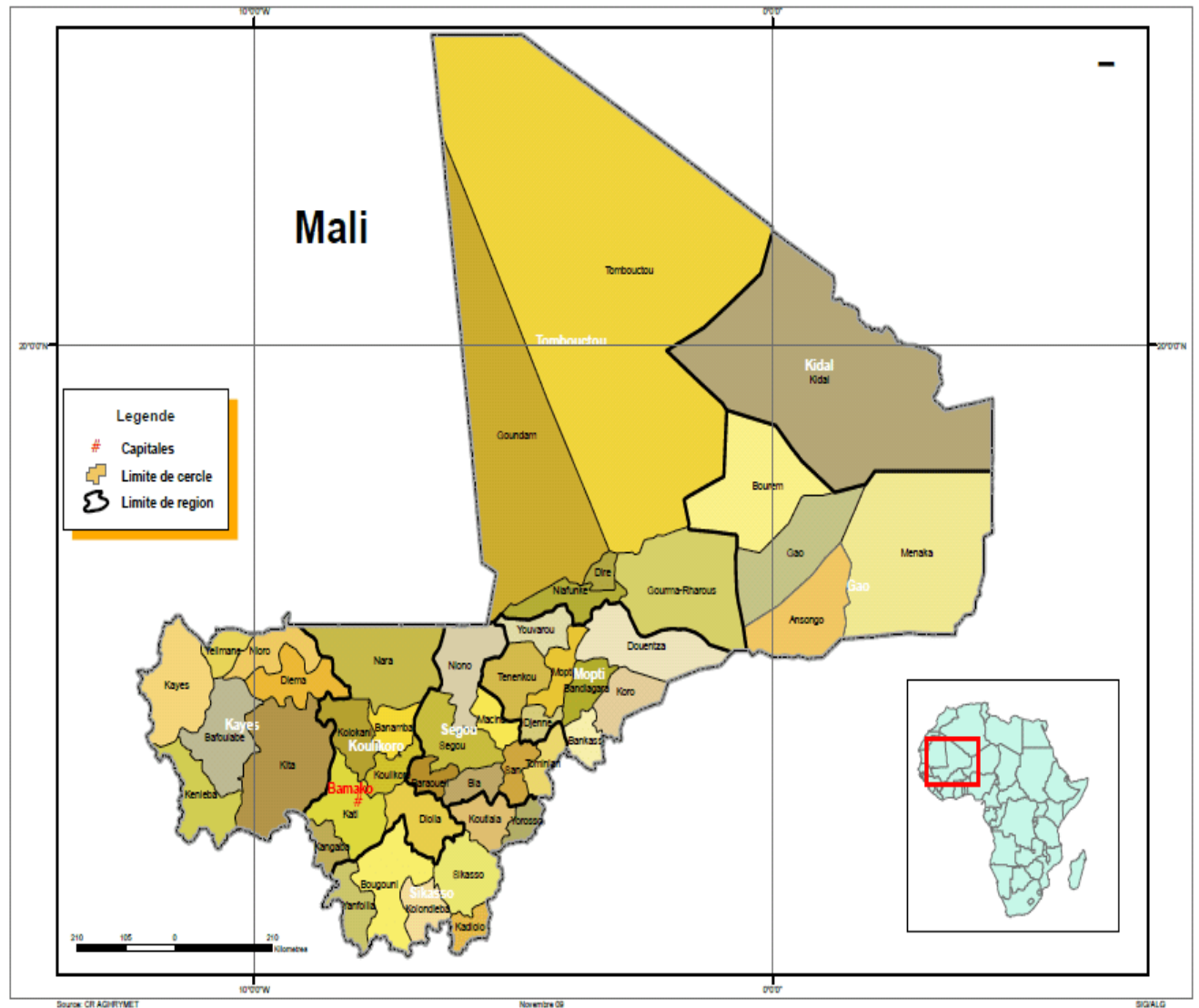


Figure 1 : Carte géographique de la République du Mali

 . *Situation politique et sociale :*

Les premières élections multipartites maliennes ont eu lieu en avril 1992. Elles ont été remportées par Alpha Oumar Konaré à la tête de l'Alliance pour la Démocratie au Mali (Adema). Depuis lors, la vie politique malienne est sporadique, dominée par les boycotts successifs de l'opposition et les allégations de malversations. Sur le plan social, la croissance soutenue qui a fait suite à la dévaluation de 1994 a permis d'infléchir la tendance croissante de la pauvreté. Malgré cela, le Mali est l'un des pays les plus pauvres au monde avec un taux d'incidence de la pauvreté 41,9%. Cette pauvreté demeure cependant un phénomène essentiellement rural (ce milieu contribue à 91% de l'incidence de la pauvreté en 2010). Le

groupe socio-économique des agriculteurs contribue pour 81% à l'incidence de la pauvreté monétaire au Mali.

. **Situation économique :**

L'économie traditionnelle repose notamment sur la culture du millet, du riz et d'autres céréales, ainsi que sur l'élevage. Le coton-graine ("l'or blanc") occupe notamment une place déterminante dans le commerce extérieur. La viande d'élevage constitue le deuxième poste des exportations. L'économie malienne dépend en grande partie du secteur agricole, qui lui-même est fortement tributaire des aléas hydro-climatiques. Cela a constitué une contrainte certaine au développement de l'économie malienne au cours des deux dernières décennies. D'autres facteurs, politiques, doivent également être pris en compte pour expliquer les faiblesses actuelles de l'économie malienne, tels que la situation sécuritaire dont le pays est confronté depuis 2012

Le système de santé

La politique de santé :

La politique de santé du Mali est énoncée dans la politique sectorielle de Santé de population de décembre 1990. Elle est fondée sur les stratégies de soins de santé primaires et les principes de l'Initiative de Bamako. L'objectif majeur de l'Initiative de Bamako est de réduire la mortalité Maternelle et infantile tout en rendant disponibles et accessibles géographiquement et financièrement les médicaments essentiels aux couches les plus défavorisées. Dans le cadre de la lutte contre la pauvreté au Mali, à la fin du PRODESS II, le constat était que l'affectation des 60% des ressources au niveau déconcentré, où vit la majorité de la population, et en priorité au profit des plus pauvres, n'était pas encore effective.

Organisation du Système :

❖ *Au niveau institutionnel* : le système de santé du Mali est structuré en trois niveaux :

*Le niveau opérationnel d'appui technique aux CSCOM constitué par l'Équipe Cadre du District (ECD)

*Le niveau régional intermédiaire d'appui technique, composé des Directions Régionales de la Santé (DRS) ;

*Le niveau national stratégique, composé du Cabinet du Ministre, du Secrétariat Général, des services centraux du MSHP.

❖ *Au niveau des structures de prestations de soins* : les services de santé du Mali sont structurés de la base vers le sommet comme suit :

* Le premier niveau de contact est représenté par les CSCOM (établissements privés à but non lucratif) ;

* Le premier niveau de référence est constitué des Centres de Santé de Référence (CSRéf) implantés au niveau des chefs-lieux de cercles. Ils disposent communément d'un plateau technique comprenant une équipe à tendance chirurgicale pouvant assurer les soins chirurgicaux et gynéco-obstétricaux d'urgence tels que les césariennes ;

* Le second niveau de référence est constitué des sept Établissements Publics Hospitaliers (EPH) de Kayes, Sikasso, Ségou, Mopti, Gao, Tombouctou et de l'Hôpital Mère-Enfant le Luxembourg

*Le troisième niveau de référence comprend les EPH avec un plateau technique à vocation générale (Hôpital Point G, Hôpital Gabriel TOURE, Hôpital du Mali, Hôpital de Kati) ou spécialisé (IOTA, CNOS). La position de l'EPH de Kati comme troisième niveau de référence s'explique par l'existence au sein de cet établissement du centre d'excellence de traumatologie orthopédique.

Financement :

Selon les Comptes de la Santé (CS), l'augmentation de 117 % entre 2004 et 2013 de la dépense totale de santé (DTS) a permis de faire passer la dépense de santé par habitant de 27 US (14395,05 FCFA) à 42 \$ US (22392,3FCFA). Environ 73,6 % de la DTS provenait de sources nationales, et 26,4 % du reste du monde. Les ménages constituent la principale source des financements nationaux (51,6 % de la DTS) et 98,7 % de leurs dépenses sont faites sous forme de paiements directs. Ceci indique que les risques liés aux dépenses catastrophiques de santé sont élevés. Fin 2013, le pays s'est doté d'une politique nationale de financement de la santé vers la couverture universelle. La mise en œuvre de cette politique est difficile et inégale(16).

Ressources humaines :

Entre 2009 et 2014, le Mali a enregistré une augmentation de plus de 25 % de ses ressources humaines de santé (RHS) qualifiées, médecins, infirmiers et sage-femmes. Cette augmentation ne répond pas encore à la recommandation de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de 23 membres du personnel de santé qualifiés pour 10 000 habitants. Les RHS qualifiées sont identifiées dans le district de Bamako, alors que les besoins demeurent importants dans les régions de Mopti, de Ségou, de Koulikoro, de Kayes et de Sikasso.

METHODOLOGIE

IV. METHODOLOGIE :

1) CADRE DETUDE :

Notre étude s'est déroulée dans le service de chirurgie Générale du Centre Hospitalière et Universitaire Gabriel TOURE de Bamako

Situé au centre commercial de la ville de Bamako (commune III) ; le CHU Gabriel Touré est limité à l'Est par le quartier de Médina courra, à l'Ouest par l'Ecole Nationale d'Ingénieurs (E.N.I), au Nord le Quartier Général de l'Etat major de l'Armée de Terre, au Sud le TRANIMEX. Ancien dispensaire, il a été érigé en hôpital le 17 février 1959. Il porte le nom d'un étudiant soudanais, Gabriel Touré, mort de peste contractée au chevet de son malade. L'hôpital est devenu un Centre Hospitalier Universitaire depuis l'avènement de l'université de Bamako en 1996. C'est un hôpital de 3ème référence, le service de chirurgie générale se trouvant du côté Nord-Ouest, au pavillon « Benoitien Fofana » qui regroupe toutes les spécialités chirurgicales hormis l'ORL et la neuro chirurgie.

▪ **Service de chirurgie générale**

. **Locaux** sont constitués de :

- 33 lits d'hospitalisation repartis entre 9 salles
- 2 salles VIP (salle unique, toilette intérieure, climatisée)
- 6 salles de 2 -ème catégorie (2 à 4 lits)
- 1 salle de 3 -ème catégorie (8 lits)
- Les bureaux des médecins et une salle de staff
- Les salles de garde (DES, thésards, infirmiers)
- Une salle de pansement
- Un secrétariat

▪ **Personnel**

-le personnel permanent :25

Composé de quatre (03) Professeurs titulaires qui sont : Professeur Bakary Tientigui DEMBELE, Professeur Alhassane TRAORE, et Professeur Adégné TOGO (chef de service).

Deux (03) maitres de conférences : qui sont Professeur Lassana KANTE, Professeur Madiassa KONATE et Professeur Amadou TRAORE.

Quatre (04) maitres de recherche : qui sont Professeur Tani KONE, Professeur Amadou MAIGA, Professeur Boubacar Yoro SIDIBE et Professeur Ibrahim DIAKITE.

Deux (02) praticiens hospitaliers : qui sont Docteur Harouna DOUMBIA et Docteur SAYE.

Dix (10) infirmier ; Une (01) Secrétaire de direction à cette liste s'ajoutent deux (02) techniciens de surface.

-Le personnel non permanent :

Comprenant les médecins stagiaires, les médecins en spécialisation, les thésards, les étudiants en médecine ou d'infirmière.

▪ **Activités** sont les suivantes :

- Le staff : tous les jours ouvrables, le matin à 7h45mn ;
- La visite : tous les jours ouvrables après le staff du matin ;
- Les consultations externes du lundi au vendredi après la visite ;
- Les interventions chirurgicales à froid : lundi, mardi, mercredi et jeudi ;
- Un staff de programmation opératoire tous les jeudis à 13h ;
- Les soins aux malades hospitalisés : effectués tous les jours.
- Par ailleurs il faut noter la tenue d'un staff hebdomadaire, les vendredis à 8h, auquel participent toutes les spécialités chirurgicales et les services d'anesthésie et de réanimation.

2) Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive à collecte de donnée prospective.

3) Période d'étude

Notre étude s'est déroulée sur une période de onze (11) mois allant du mois d'août 2023 au mois de Juillet 2024

4) Population d'étude

Notre population d'étude a concerné 300 patients ayant subi une intervention chirurgicale sur l'ensemble des malades opérés dans notre service

▪ **Critères d'inclusion**

- Patients âgées de plus de 15ans ;
- Patients opérés et hospitalisés dans les deuxièmes et troisièmes catégories d'hospitalisation.

▪ **Critères de non inclusion**

- Tous patients hospitalisés sans notion d'intervention chirurgicale,
- Tous patients n'ayant pas accepté de participer à l'étude,
- Tous patients opérés et hospitalisés dans les premières catégories d'hospitalisation.

5) METHODE D'ETUDE

Les données ont été collectées sur une fiche d'enquête (établie dans cette circonstance), questionnaires préalablement conçus qui a été élaboré sur des variables reparties entre :

- Les données sociodémographiques, la position, la situation géographique, et l'assurance ou la mutualité du patient et du chef du ménage
- Le diagnostic des pathologies chirurgicales opérées et les examens complémentaires réalisés dans le cadre de cette intervention
- Les ayants droits économiques ou financières concernant le patient et ou sa famille

6) PLAN DE TRAITEMENTS DES DONNEES

Le traitement de texte et les tableaux réalisés sur le logiciel office Word 2016 sur Windows10. L'analyse des données effectué sur le logiciel SPSS version 26. Le test statistique de comparaison de khi2. Une valeur de p inférieur 0,05 considérée comme statistiquement significative

7) LES DIFFERENTS NIVEAUX DE PRESTATIONS

➤ **Le coût de la consultation :**

Ce coût variant en fonction du mode de recrutement de nos patients, s'élève à 2 500FCFA en cas de consultation ordinaire soit 1 500FCFA(consultation) + 1 000FCFA(ticket d'entrée-sortie des accompagnants) et 9 000FCFA (Hospitalisation et ticket de consultation) en cas d'urgence dont l'admission est faite au niveau du Service d'Accueil des Urgences (SAU) ont été régulièrement noté sur la fiche d'enquête

➤ **Le coût des examens complémentaires :**

Il est constitué par les frais des examens complémentaires pré et post opératoires. Ce coût a été noté sur la fiche d'enquête à travers le reçu remis par son lieu d'exécution.

➤ **Le coût de l'opération ou kit opératoire :**

Constitué des frais de consultation, de l'anesthésie (kits et actes), des frais des produits consommables pour l'opération proprement dite (kit chirurgicale), et les frais de l'acte chirurgicale. Ce coût pouvant différer d'une pathologie à une autre et selon la nature de l'intervention chirurgicale programmé(froid) ou en urgence (à chaud) avec des possibilités d'assurance ou mutualité maladie chez les patients qui sont assurés

➤ **Le coût des ordonnances**

Ce coût a été noté sur la fiche d'enquête à travers le reçu des ordonnances et bénéficiais d'une réduction ceux qui étaient assurés par les assurances ou mutualités maladie.

➤ **Le coût de l'hospitalisation :**

Ce coût est fonction du prix des différentes catégories d'hospitalisation sachant que le service dispose de trois catégories dont les prix sont respectivement :1 000FCFA /jour pour la 3ième catégorie, 2 500FCFA/jour pour la 2ième catégorie, et 25 000FCFA/jour pour la catégorie VIP (ce dernier ne faisant pas objet de notre étude). Ce coût a été calculé en multipliant le nombre

de 05 jours que fait le patient par le prix journalier correspondant à sa catégorie d'hospitalisation. Habituellement le patient paye une provision de 05 jours d'hospitalisation, et est non remboursé du reliquat au cas où il fait moins de 05 jours. Etant donné que les pathologies ont différentes durées d'hospitalisation, nous avons calculé le coût théorique à partir de la durée moyenne d'hospitalisation pour chaque pathologie multipliée par le prix d'un jour.

➤ **Le coût d'autres dépenses : L'alimentation le transport et la communication**

Ces coûts ont été calculés en notant sur la fiche d'enquête les dépenses que font les ménages pour leur transport, leur alimentation et la communication dans le cadre de sa prise en charge d'un des membres du ménage.

➤ **Le coût de la réanimation :**

Ce coût est resté invariable durant toute notre période étude et payer une seule fois à l'entrée soit 35 000 FCFA /Hospitalisation et était également assuré par les assurances maladie pour les bénéficiaires.

8) DEFINITIONS DE CERTAINS TERMES OPERATIONNELS

❖ **Chirurgie :**

Branche de la médecine qui implique l'utilisation d'interventions manuelles ou instrumentales pour traiter des maladies, des blessures ou des conditions médicales.

❖ **Pauvreté :**

D'après le Petit Robert, le pauvre est défini comme celui qui manque du nécessaire ; qui n'a pas suffisamment d'argent, de moyens, pour subvenir à ces besoins. La pauvreté pouvant être définie en terme humaine ou monétaire selon le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD). La pauvreté humaine prend en compte plusieurs facteurs comme l'analphabétisme, la malnutrition, l'espérance de vie réduite, le non accès aux sources d'énergie d'eau potable, à l'assainissement ; à l'éducation, à la communication etc. Elle est très fréquente surtout dans les pays en voies de développement.

L'appauvrissement a été défini comme une situation où un ménage en dessous du seuil de pauvreté. Le seuil de pauvreté a été estimé en 2020 à **179 327 FCFA** et l'indice de pauvreté au niveau national était de 41,9 % en 2020.[17]

❖ **Ménage :**

Unité principale d'analyse de l'étude, pouvant coïncider avec la notion de concept familial mais différent de cette dernière, définie comme une unité résidentielle ou domestique en tenant compte de la façon dont les personnes s'associent pour pouvoir individuellement ou

collectivement subvenir à leurs besoins alimentaires et autres besoins vitaux. On distingue deux types de ménage : ordinaire et collectif

➤ **Ménage ordinaire** : ensemble de personnes apparentées ou non qui reconnaissent l'autorité d'un même individu appelé chef de ménage vivent sous le même toit ou dans la même concession et dont les ressources sont mises en commun ou en parti.

➤ **Ménage collectif** : constitué par un groupe de personne sans chef de ménage ni de lien de parenté à priori qui vivent ensemble au sein d'une même institution pour des raisons de santé, d'études, de travail, de voyage, de discipline ou autres

❖ **Le coût** :

Il représente l'ensemble des dépenses effectuées par le malade.

❖ **Coût directe en santé** :

Désigne l'ensemble des coûts de prestations concernant directement les soins en santé du patient.

❖ **Coût indirect en santé** :

Concerne l'ensemble des dépenses non directement lié à sa prise en charge sanitaire dans le cadre de la santé.

❖ **Dépense catastrophique** :

Résulte de la proportion pour laquelle les dépenses en santé du ménage sont importantes, par rapport aux dépenses totales ou revenu du ménage. Ces dépenses importantes sont définies à l'aide des seuils de : 10% ,25% et 40% de dépenses totales ou revenu total du ménage. Dans le cadre de notre on s'est référé sur les donnée de OMS, un ménage fait face à des dépenses catastrophiques si ses dépenses totales de santé sont supérieures ou égales à 40% de sa capacité à payer(cette dernière a représenté uniquement le revenu mensuel du ménage dans notre étude)[13]

❖ **Dépenses totales en santé** :

Désignant l'ensemble des dépenses consacrées aux frais de transport pour raison médicale, à l'achat des médicaments, aux frais d'hospitalisation et aux frais de consultation et soins chirurgicaux

❖ **PIB** : Produit Intérieur Brut.

C'est la richesse crée par l'activité de production économique du pays. Il est l'indicateur le plus utilisé pour les comparaisons internationales. Le Mali se classe au 188ème/193 pays à l'IDH du PNUD, avec un taux de croissance démographique de 3,3% par an, le PIB/habitant reste relativement faible 886 USD(557 737 F CFA en 2023)[19]

❖ **SMIG** : Salaire Minimum Interprofessionnel Garantie.

Il correspond au plus bas salaire donné à un employé dans un pays. Il est aussi utilisé pour comparer les pouvoirs d'achat des populations sur le plan international. Au Mali il est fixé à **40 000 F CFA en 2024.**

9) CONSIDERATION ETHIQUES

Le respect des règles et principes éthiques ont fait partie intégrante de cette étude par :

- La garantie de la confidentialité ;
- L'anonymat des données par un accès restrictif et ;
- L'accord verbal des participants obtenu.

RESULTATS

V. RESULTATS

Notre étude a été réalisé auprès de 300 malades opérés sur l'ensemble des malades opérés dans le service avec une notion d'hospitalisation dans les 2ième et 3ième catégories d'hospitalisation dans le service de chirurgie générale CHU-GT

I. DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

➤ PATIENTS

Tableau I: Répartition des patients selon la tranche d'âge

TRANCHE AGE	Fréquence	Pourcentage
15-24	104	34,7
25-34	64	21,3
35-49	77	25,7
50-64	49	16,3
65 et plus	6	2
Total	300	100

La tranche d'âge la plus représentée a été de 15-24ans soit 34,7%, avec un âge moyen de 34,3 ans, un écart type de 13,3 et des extrêmes de 16 et 68 ans

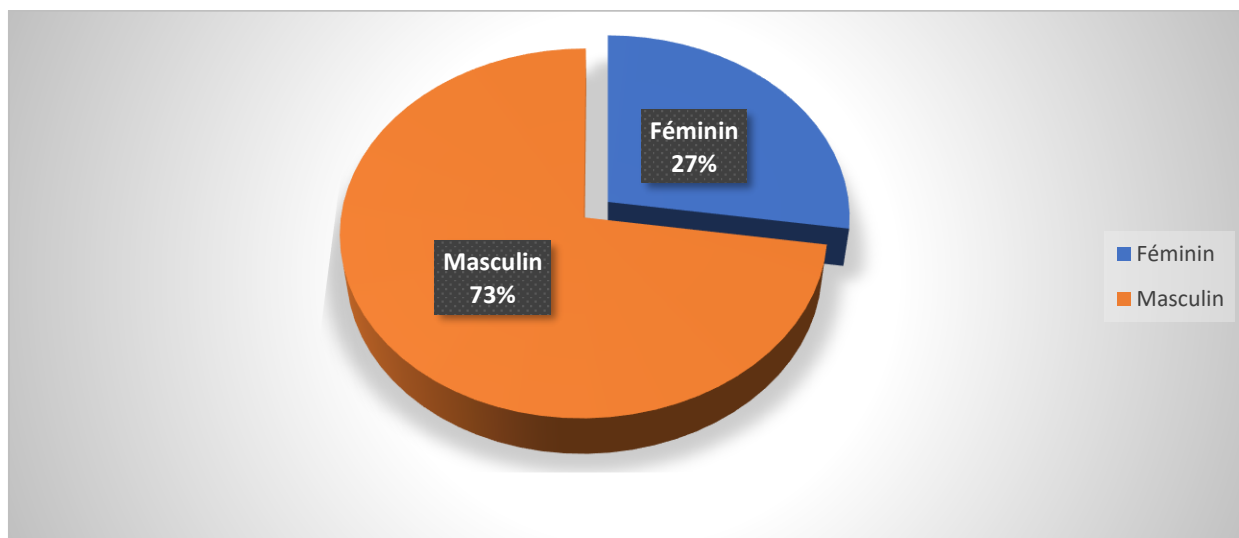


Figure 2: Répartition des patients selon le sexe

Le sexe masculin prédomine avec une sex-ratio de 2,6

Tableau II: Répartition des patients selon le statut matrimonial

STATUT MATRIMONIAL PATIENT	Fréquence	Pourcentage
Célibataire	102	34
Marié	188	62,7
Veuf	7	2,3
Veuve	3	1
Total	300	100

Nous avons enregistré une fréquence plus élevée de statut de marié (62,7%) que d'autres modalités au cours de notre enquête

Tableau III: Répartition des patients selon le niveau d'instruction

NIVEAUX D'INSTRUCTION	Fréquence	Pourcentage
Non instruit	123	41
Primaire	33	11
Secondaire	86	28,7
Supérieur	58	19,3
Total	300	100

Dans notre étude 41% des patients sont non instruits

Tableau IV: Répartition des patients selon le statut matrimonial

STATUT MATRIMONIAL PATIENT	Fréquence	Pourcentage
Célibataire	102	34
Marié	188	62,7
Veuf	7	2,3
Veuve	3	1
Total	300	100

Une majorité de statut marié des patients dans notre étude 62,7%

Tableau V: Répartition des patients selon la fonction principale

FONCTION PRINCIPALE PATIENT	Fréquence	Pourcentage
Aide-Ménagère	3	1
Chauffeur	7	2,3
Commerçant	48	16
Cultivateur	16	5,3
Élève	34	11,3
Éleveur	7	2,3
Étudiant	48	16
Inactif/Retraite	8	2,7
Ménagère	31	10,3
Ouvrier	56	18,7
Salarié fonctionnaire	42	14,1
Total	300	100

La fonction d'ouvrier était majoritaire soit 18,7%

Tableau VI: Répartition des patients selon leur ethnie

ETHNIE PATIENT	Fréquence	Pourcentage
Arabe	5	1,7
Bambara	86	28,7
Bobo	42	14
Bozo	4	1,3
Dogon	22	7,3
Malinké	31	10,3
Maure	1	0,3
Mianka	10	3,3
Peulh	22	7,3
Senoufo	20	6,7
Soninké	32	10,7
Sonrhäi	25	8,4
Total	300	100

Les bambaras ont été majoritairement représenté soit 28,7%

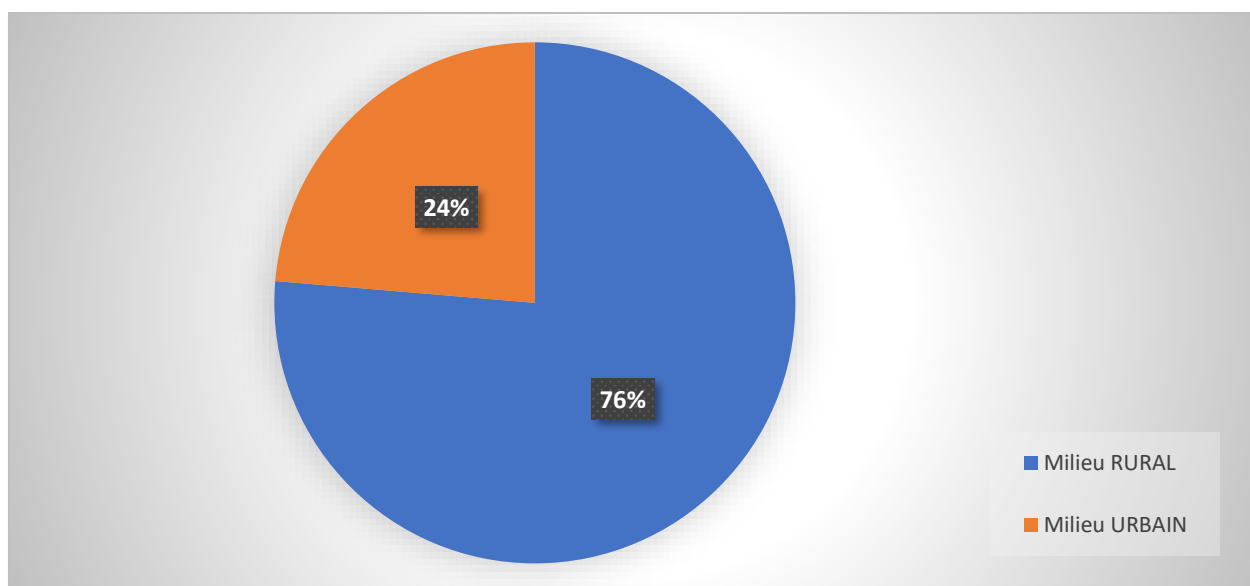


Figure 3: Répartition selon la zone d'habitation des patients

➤ CHEFS DE MENAGE

Tableau VII: Répartition chefs de ménage selon la tranche d'âge

AGE CHEF MENAGE	Fréquence	Pourcentage
28-38	52	17,3
39-49	66	21,9
50-64	111	37,5
65 et plus	71	23,3
Total	300	100

La majorité des chefs de ménage avait un âge compris entre 50-64ans soit 37,5%. Avec une représentation d'âge moyen des chefs de ménage a été 52 ans avec un écart type de 10,9 et des extrêmes de 28 et 67 ans

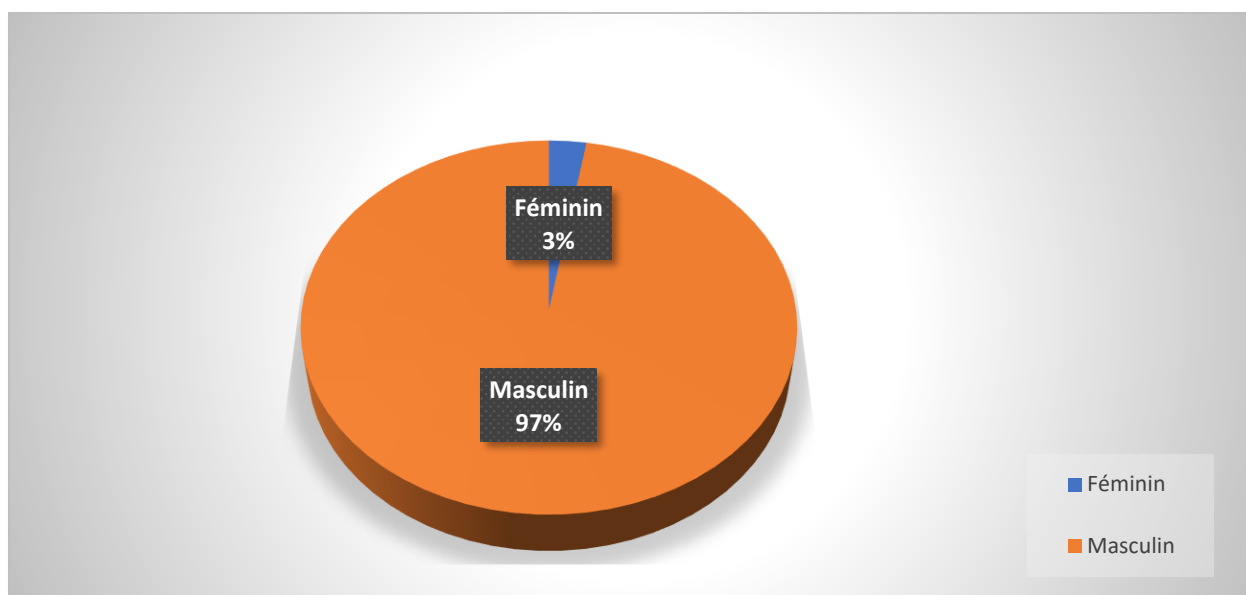


Figure 4: Répartition selon le sexe des chefs de ménage

Tableau VIII: Répartition chefs de ménage selon leur statut matrimonial

STATUT MATRIMONIAL CHEF MENAGE	Fréquence	Pourcentage
Célibataire	5	1,7
Marié	258	86
Veuf	29	9,6
Veuve	8	2,7
Total	300	100

Le statut de marié des chefs de ménage a été le plus représenté soit 86% de la population d'étude

Tableau IX: Répartition chefs de ménage selon le niveau d'instruction

NIVEAUX INSTRUCTION CHEF MENAGE	Fréquence	Pourcentage
Non instruis	100	33,3
Primaire	52	17,4
Secondaire	64	21,3
Supérieure	84	28
Total	300	100

Une représentation majoritaire de 33,3% de chef de ménage sans niveaux d'instruction

Tableau X: Répartition chefs de ménage selon la zone d'habitation

HABITATION CHEF MENAGE	Fréquence	Pourcentage
Milieu rural	227	75,8
Milieu urbain	73	24,2
Total	300	100

Une habitation des milieux ruraux des chefs de ménage 75,8% ont été majoritaire

Tableau XI: Répartition chefs de ménage selon la fonction principale

FONCTION PRINCIPALE DU CHEF MENAGE	Fréquence	Pourcentage
Commerçant	50	16,7
Cultivateur	51	17
Éleveur	9	3
Inactif/retraite	19	6,3
Ménagère	1	0,3
Ouvrier	119	39,7
Salarié fonctionnaire	51	17
Total	300	100

Les fonctions dans le secteur informel a été de (76,4%) dont la plus grande représentation de métier d'ouvrier soit 39,7%

Tableau XII: Répartition chefs de ménage selon l'ethnie

ETHNIE CHEF MENAGE	Fréquence	Pourcentage
Arabe	6	2
Bambara	84	28
Bobo	30	10
Bozo	13	4,3
Dogon	15	5
Malinké	33	11
Mianka	12	4
Peulh	15	5
Senoufo	30	10
Soninké	43	14,3
Sonrhaï	19	6,4
Total	300	100

Une diversité culturelle dans notre étude avec, l'ethnie bambara le plus représenté chez les chefs de ménage à 28%.

➤ **MENAGE**

Tableau XIII: Répartition des patients selon la situation familiale

SITUATION FAMILLIALE PATIENT	Fréquence	Pourcentage
Chef de ménage	29	9,7
Enfant de la famille	144	48
Un des membres du couple	95	31,7
Personnel de maison	3	1
Un des membres du couple	17	5,7
Vivez seul	12	4
Total	300	100

La majorité de nos patients étaient enfant de la famille soit 48%

Tableau XIV: Répartition selon la taille du ménage

NOMBRES DE PERSONNES AU FOYERS	Fréquence	Pourcentage
3	3	1
4	15	5
5	10	3,3
6	16	5,3
7	61	20,3
8	19	6,3
9	16	5,3
Au moins 10	160	53,3
Total	300	100

La majorité des ménages soit 53,3% compte au moins dix membres, avec une taille moyenne du ménage est de 8 avec un écart type de 1,9 et un extrême de 2 et 10

Tableau XV: Répartition selon le nombre d'enfant d'âge inférieur à 15ans dans le ménage

NOMBRES INFÉRIEUR 15ANS	ENFANT	Fréquence	Pourcentage
0		3	1
1		12	4
2		47	15,7
3		59	19,7
4		32	10,7
5		30	10
6		27	9
7		27	9
8		22	7,3
Au moins 10		41	13,7
Total		300	100

Une majorité des ménages constitué de 3 enfants d'âge inférieur à 15 ans, on trouve en moyenne 5 enfants d'âge inférieur à 15ans par ménage, un écart type de 2,7 avec un extrême de 0 et 10 enfants

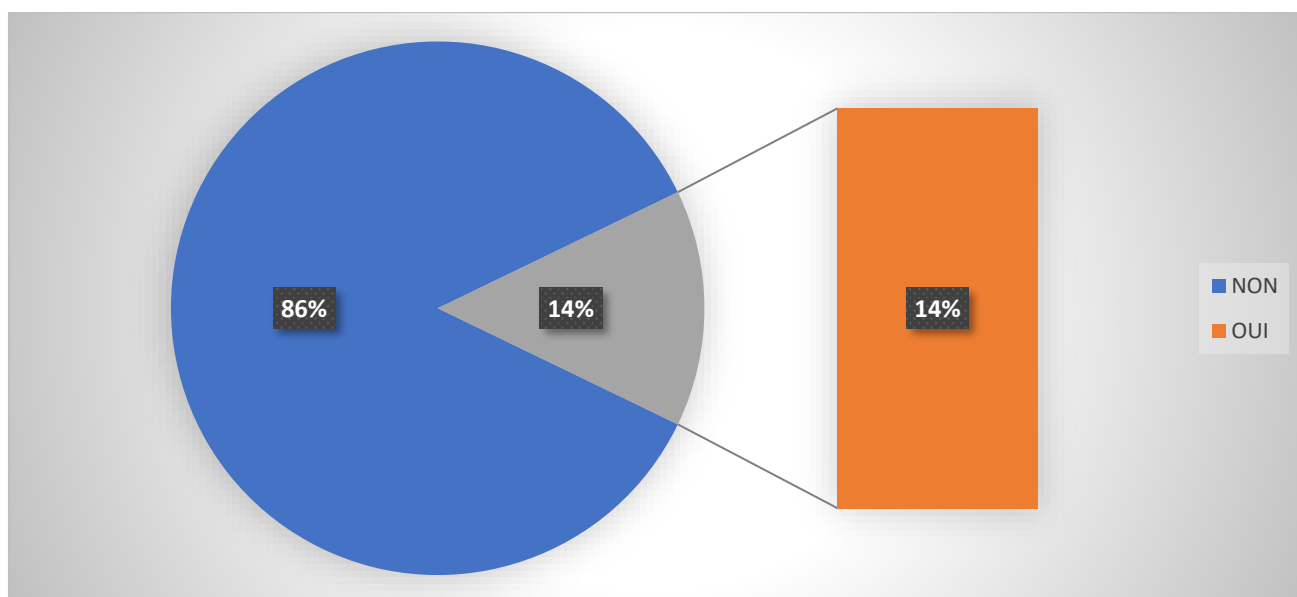


Figure 5: Répartition selon les bénéficiaires d'assurance ou mutualité chefs de ménages des patients

La plus grande majorité des chefs de ménages n'avaient d'assurance maladie ou de mutualité soit **85,7%**

Avec une minorité de 14,3% des patients opérés, étaient assurés par le biais du chef de ménage au moment des soins chirurgicaux

Tableau XVI: Répartition d'assurance maladie ou d'une mutualité pour le patient

ASSURANCE OU MUTUALITE MALADIE PATIENT	Fréquence	Pourcentage
NON	270	90
OUI(AMO/MUTUALITE)	24	8
OUI(ANAM)	6	2
Total	300	100,0

Seul 8% des patients étaient assurés par une assurance maladie, et 2% ayant bénéficié de l'ANAM aux moments des soins chirurgicaux

Tableau XVII: Répartition distance zone d'habitation-service de soins chirurgicaux le plus proche

DISTANCE ENTRE SERVICE ET MAISON(KM)	Fréquence	Pourcentage
[1-5[	108	36
[5-10[	93	31
[10-15[	99	33
Total	300	100

Une majorité de 36% ont parcouru une distance comprise entre [1-5[kilomètres

Avec une distance moyenne de 7Km, un écart type de 3,2 Km et un extrême de 1 à 15 Km

Tableau XVIII: Répartition duré trajet service de soins chirurgicaux le plus proche

TEMPS MIS ATTEINDRE CHIRURGICALE (minute)	POUR SERVICE PROCHE	Fréquence	Pourcentage
30		184	61,3
60		76	25,3
90		8	2,7
120		3	1
150		9	3
180		2	0,7
360		18	6
Total		300	100

La majorité de 61,3% mettent environ 30minutes pour rallier un service de chirurgie

En moyenne de 64,5 minutes un écart type de 79,7minutes avec un extrême de 30 à 360 minutes.

Tableau XIX: Répartition selon les moyens de déplacement des patients

MOYENS UTILISES	Fréquence	Pourcentage
Ambulance	6	2
Moto	160	53,3
Taxi	26	8,7
Transport commun	82	27,3
Voiture de la famille	26	8,7
Total	300	100

La moto a été le moyen de déplacement le plus utilisé 53,3% et seulement 2% des patients ont été conduit à bord d'une ambulance

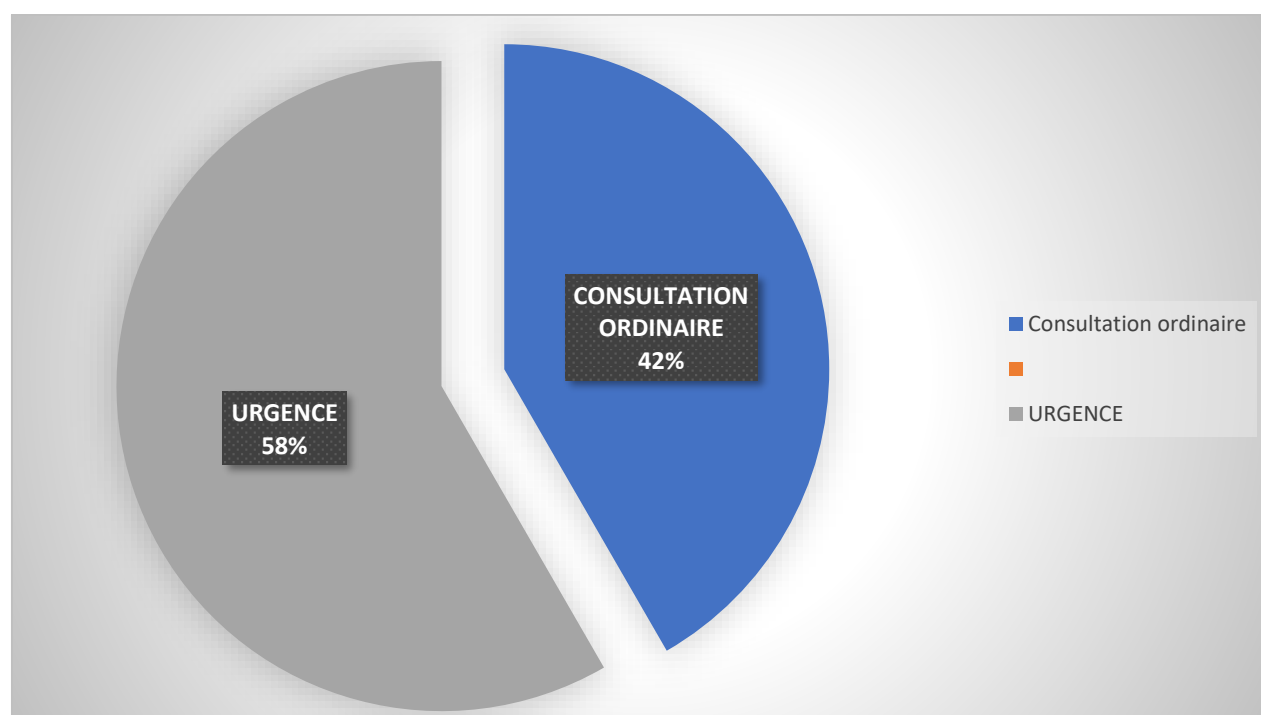


Figure 6 : Répartition mode de recrutement patients

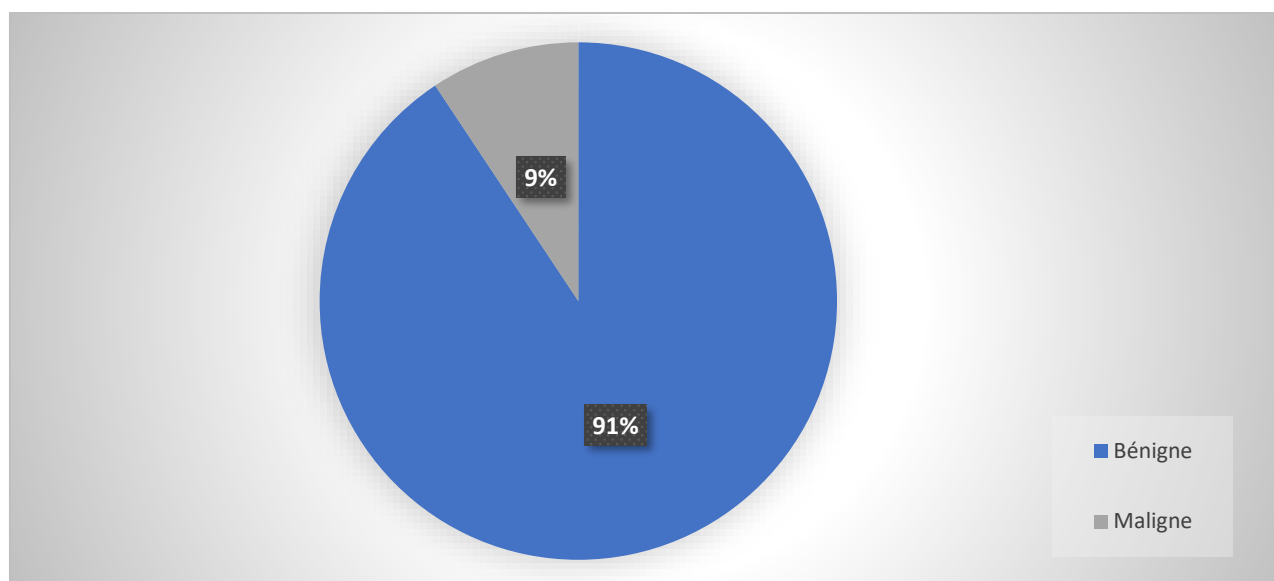


Figure 7: Répartition selon type de pathologie

La majorité de nos patients avaient une pathologie bénigne soit 91%

Tableau XX: Répartition selon la pathologie chirurgicale opérée

PATHOLOGIE ABDOMINALE	Fréquence	Pourcentage
Abcès hépatique	3	1
Appendicite aigue	29	9,7
Goitre	4	1,3
Hémopéritoine	48	16
Hernie/Éventration /Lipome	23	8
Kyste rénal	1	0,3
Kyste hépatique	1	0,3
Lithiase vésiculaire symptomatique	15	5
Maladie proctologie	41	13,7
Méga œsophage	5	1,7
Obstruction Tubaire	18	6
Occlusion intestinale	37	12,3
Péritonite Aigue	54	18
Péritonite aigue + Fracture ouverte jambe	2	0,7
Tumeur digestive	12	4
Tumeur gynécologique	7	2,3
Total	300	100

Les cas de péritonite aigue ont été les plus représentés 18%

Tableau XXI: Répartition selon le bilan biologique

BIOLOGIE	FREQUENCE	POURCENTAGE
NFS	300	100
Glycémie	300	100
Créatinémie	300	100
Groupage /Rhésus	300	100
TP/TCA	300	100
ASAT/ALAT	73	24,3
Phosphatase alcaline	41	13,6
Marqueurs tumoraux	29	9,7
Autres	78	26

Les bilans pré opératoire d'urgence ont été honoré chez tous nos patients opérés

Tableau XXII: Répartition selon la réalisation des bilans d'imageries

IMAGERIE	FREQUENCE	POURCENTAGE
TDM TAP	15	5
Radiographie	12	4
Echographie	201	67
Scanner abdominal	134	44,7
ASP	82	27,3

L'échographie a été l'imagerie la plus représentée dans notre étude 67%

Tableau XXIII: Répartition selon la réalisation des bilans d'endoscopique

ENDOSCOPIE	FREQUENCE	POURCENTAGE
Fibroscopie	20	6,7
TOGD	17	5,6
Coloscopie	4	1,4
Ano rectoscopie	43	14,3

L'Ano-rectoscopie a été majoritairement représentée soit (14,3%) dans la réalisation d'endoscopie

Tableau XXIV: Répartition des patients selon les suites opératoires

SUITES OPERATOIRES	Fréquence	Pourcentage
Simple	254	84,7
Eviscération+Abcès paroi	31	10,3
Nécrose stomiale	4	1,3
Péritonite post chirurgie abdominale	11	3,7
Total	300	100

Les suites opératoires ont été simples dans la majorité des cas 84,7%, avec des complications post opératoire dans seulement 15,3%.

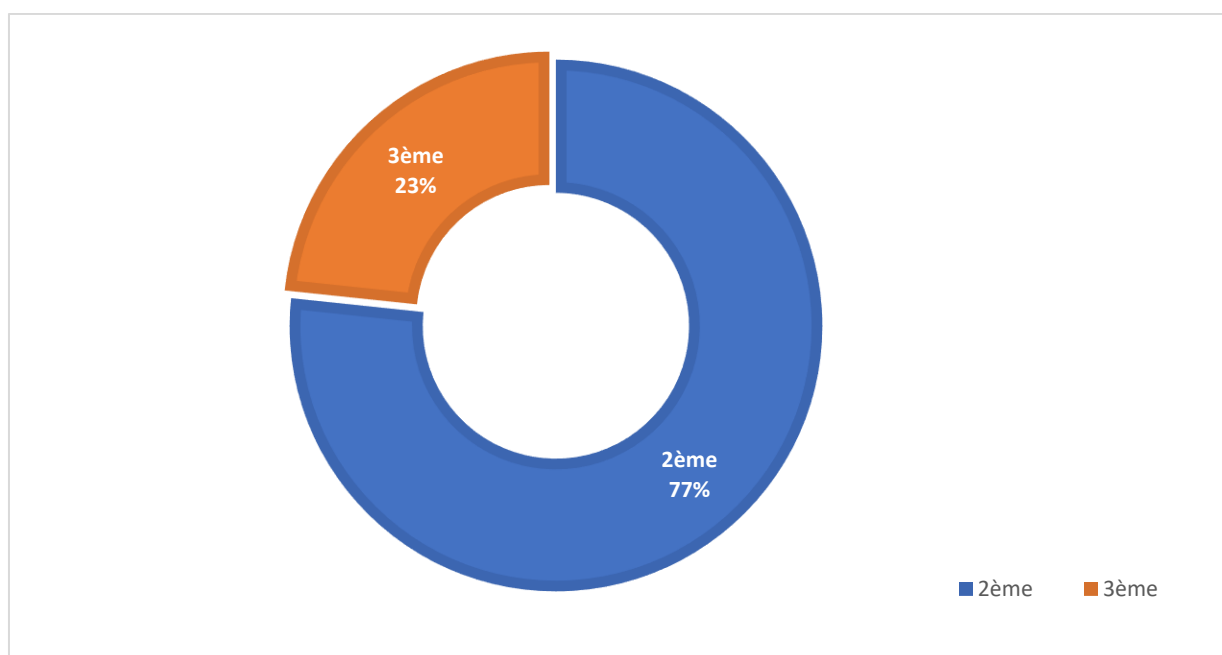


Figure 8: Catégorie d'Hospitalisation

Les deuxièmes catégories d'hospitalisation ont été majoritairement représentée soit 76,7%

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

DUREE D'HOSPITALISATION	Fréquence	Pourcentage
0-5	109	36,3
6-10	115	38,3
11-15	32	10,7
16-20	28	9,3
21-25	9	3,2
26-30	2	0,6
35-40	5	1,6
Total	300	100

Avec une durée moyenne de 9 jours soit un écart type de 6,62 pour un extrême de 2 à 40 jours pour toutes pathologies confondues dont, une durée moyenne de 5 jours issu de la consultation ordinaire et de 12 jours des cas d'urgences

Tableau XXVI:: Répartition selon le coût consultation

COÛT CONSULTATION	Fréquence	Pourcentage
0	6	2
750	45	15
2500	89	29,7
2700	11	3,6
9000	149	49,7
Total	300	100

Ce coût moyen est de 5 423 FCFA soit un écart type de 3 615 F CFA et un extrême de 0 F et 9000 FCFA. Ont bénéficié de l'assurance maladie ou de la gratuité de la sécurité sociale les assurés de notre étude

Tableau XXVII: Répartition selon le coût journalier d'hospitalisation dans le service

COÛT JOUR HOSPI	Fréquence	Pourcentage
0	6	2,0
1000	74	24,7
2500	220	73,3
Total	300	100,0

Ce coût évalue en moyenne à 2 080 FCFA soit un écart type de 710,83 pour un extrême de 0 à 2 500 FCFA ceux qui dont ayant bénéficié L'ANAM n'ont pas été tarifé

Tableau XXVIII: Répartition selon la notion d'hospitalisation en service de réanimation

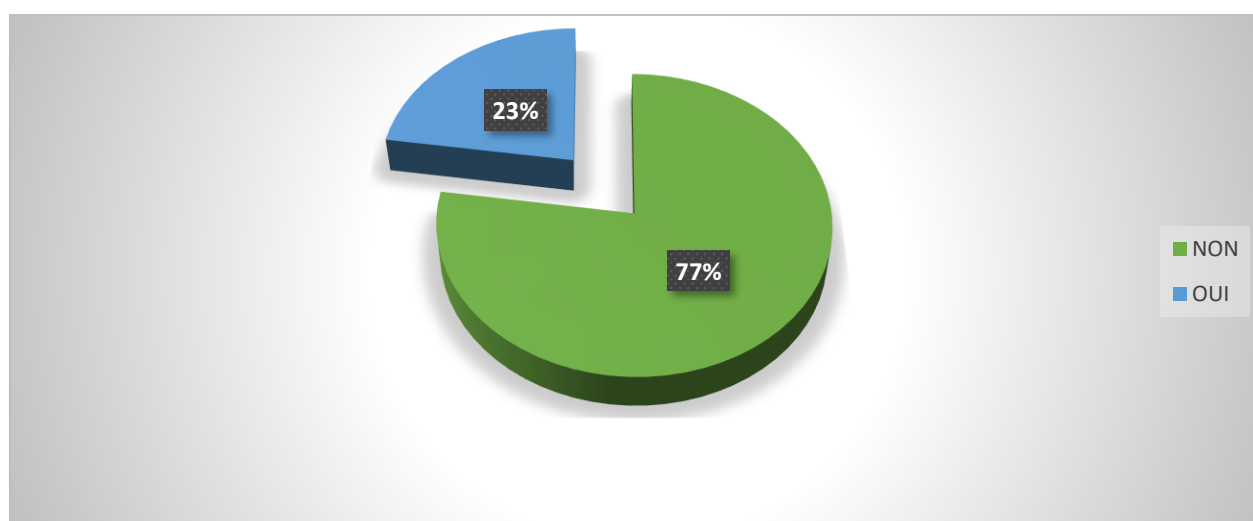


Figure 9: Notion d'Hospitalisation en service de Réanimation

On retrouve une notion d'hospitalisation en réanimation chez 22,7%

Tableau XXIX: Répartition selon le coût d'hospitalisation en réanimation

COÛT HOSPI REA	Fréquence	Pourcentage
0	234	78
10500	9	3
35000	57	19
Total	300	100

Un coût moyen de 6965 FCFA soit un écart type de 13717,6 avec un extrême de 0 à 35000 FCFA

Tableau XXX: Répartition selon le coût des actes chirurgical

COÛT ACTE CHIRURGIE	Fréquence	Pourcentage
0	6	2
6000	56	18,7
20000	238	79,3
Total	300	100

Le coût des actes chirurgicaux sont restés invariables durant toute notre étude, un coût moyen de 16986,67FCFA, un écart type de 5968,6 avec un extrême de 0 à 20000 FCFA, sauf réduction en cas d'assurance maladie

Tableau XXXI: Répartition selon le coût des actes anesthésie

COÛT ACTE ANESTHESIE	Fréquence	Pourcentage
0	6	2,0
6000	56	18,7
20000	238	79,3
Total	300	100

Un coût moyen de 16986,6 FCFA soit un écart type de 5968,6 avec un extrême de 0 à 20000 FCFA

Tableau XXXII: Répartition selon le coût du kit d'anesthésie

COÛT KIT ANESTHESIE		
	Fréquence	Pourcentage
6000	6	2
12000	2	0,7
20000	276	92
40000	16	5,3
Total	300	100

Ce coût est resté invariable durant notre étude 20000 FCFA, une moyenne de 20733,3 FCFA soit un écart type de 5022,5 avec un extrême de 6000 à 40000 FCFA pouvant être assuré par une assurance ou mutualité

Tableau XXXIII: Répartition selon la fréquence d'achat d'un kit chirurgical

KIT CHIRURGIE	Fréquence	Pourcentage
Appendicectomie	16	5,3
Cœlio vésicule biliaire	18	6
Cœlio appendicectomie	6	2
Cœlio Gynéco hystérectomie	3	1
Cœlio Gynéco PLASTIE TUBAIRE	18	6
Goitre	4	1,3
Hémorroïde/Fissure/Fistule	41	13,7
Hernie	15	5
Laparotomie	179	59,7
Total	300	100

Les kits laparotomie ont été majoritaire 59,7%

Tableau XXXIV : Répartition selon le coût kits chirurgicaux

COÛT KIT CHIRURGIE	Fréquence	Pourcentage
13641	1	0,3
22191	4	1,3
33000	15	5,0
36180	1	0,3
39732	1	0,3
45470	40	13,3
49170	15	5,0
56300	23	7,7
60300	22	7,3
66220	112	37,3
73970	14	4,7
79520	3	1,0
94000	18	6,0
99220	1	0,3
112600	1	0,3
113700	6	2,0
120600	10	3,3
132440	13	4,3
Total	300	100

On note un coût moyen de 66768,9 F CFA soit un écart type de 23982 avec un extrême de 13641 à 132440 F CFA. Sachant que ce coût a varié à la pharmacie durant toutes notre période d'étude.

Tableau XXXV : Répartition selon le coût d'hospitalisation dans le service

COÛT HOSPI SERVICE	Fréquence	Pourcentage
0-5000	67	22,3
5001-10000	77	25,7
10001-15000	26	8,7
15001-20000	29	9,7
20001-25000	53	17,7
25001-30000	10	3,3
30001-35000	4	1,3
35001-40000	17	5,7
40001-45000	6	2
45001-50000	5	1,7
50001-55000	2	0,7
55001-60000	3	1
70001-75000	1	0,3
Total	300	100

Avec un coût moyen de 16301,1 FCFA soit un écart type de 13339,2 et un extrême de 0 à 72500 FCFA

Tableau XXXVI : Répartition selon le coût des ordonnances

COÛT ORDONNANCE	Fréquence	Pourcentage
0-25000	25	8,3
25001-50000	90	30
50001-75000	33	11
75001-100000	20	6,7
100001-125000	29	9,7
125001-150000	24	8
150001-175000	5	1,7
175001-200000	36	12
200001-225000	12	4
225001-250000	20	6,7
325001-350000	2	0,7
550001-575000	2	0,7
650001-675000	2	0,7
Total	300	100

Un coût moyen de 108 132,4 FCFA soit un écart type de 95 288,8 avec un extrême de 11 355 à 662 990 FCFA

Tableau XXXVII: Répartition selon le coût des examens complémentaires

COÛT EXAMEN COMPLEMENTAIRE	Fréquence	Pourcentage
0-50000	143	47,7
50001-100000	140	46,7
100001-150000	6	2
150001-200000	9	3
250001-300000	2	0,7
Total	300	100

Avec une moyenne de 58186,5 FCFA soit un écart type 36783,21 et un extrême de 0 à 267000 FCFA

Tableau XXXVIII : Répartition selon le coût de l'opération

INTERVALLE COUT OPERATION	Fréquence	Pourcentage
0-80000	27	9
120001-160000	170	56,7
160001-200000	8	2,7
200001-240000	23	7,7
80001-120000	72	24
Total	300	100

Une majorité de 56,7% ont payé un coût compris entre 120001-160000 F CFA, pour un coût moyen de 126 592,5 F CFA soit un écart type de 32 804,6 F CFA avec des extrêmes de 32 391 F CFA et un maximum de 221 440 F CFA

Tableau XXXIX: Répartition selon le coût du frais de transport

INTERVALLE FRAIS TRANSPORT

FRAIS DE TRANSPORT	Fréquence	Pourcentage
0-5000	67	22,3
5001-10000	141	47,0
10001-15000	30	10,0
15001-20000	42	14,0
20001-25000	1	,3
25000-30000	8	2,7
30001-35000	8	2,7
35001-40000	2	,7
45001-50000	1	,3
Total	300	100,0

Le coût moyen de frais de transports était de 11094,67 FCFA soit un écart type de 7772,5 avec un extrême de 2000 à 50000 FCFA

Tableau XL: Répartition **selon le coût** du frais de crédit téléphonique

FRAIS TELEPHONIQUE	Fréquence	Pourcentage
0-5000	174	58
5001-10000	110	36,7
10001-15000	9	3
15001-20000	6	2
25001-30000	1	0,3
Total	300	100

Le coût moyen des frais de crédit téléphonique était de 5834 FCFA un écart type de 3575,2F avec un extrême de 1500 à 27000 FCFA

Tableau XLI : Répartition selon le coût du frais d'alimentation

FRAIS ALIMENTATION	Fréquence	Pourcentage
0-5000	49	16,4
5001-10000	122	40,7
10001-15000	51	17
15001-20000	34	11,3
20001-25000	17	5,7
25001-30000	12	4
30001-35000	1	0,3
40001-45000	3	1
45001-50000	10	3,3
65001-70000	1	0,3
Total	300	100

Le coût moyen des frais d'alimentation a été évalué à 13760 FCFA soit un écart type de 10722,9 et un extrême de 1500 à 68000FCFA

Tableau XLII: Répartition selon le coût direct en santé

INTERVALLE COÛT DIRECT	Fréquence	Pourcentage
40001-80000	1	0,3
80001-120000	4	1,3
120001-160000	30	10
160001-200000	50	16,7
200001-240000	40	13,3
240001-280000	22	7,3
280001-320000	22	7,3
320001-360000	22	7,3
360001-400000	23	7,7
400001-440000	24	8
440001-480000	21	7
480001-520000	22	7,3
520001-560000	3	1
560001-600000	7	2,3
600001-640000	3	1
640001-680000	2	0,7
800001-840000	2	0,7
1000000-1040000	2	0,7
Total	300	100

Un coût moyen de 316177,7 FCFA soit un écart type de 147433,7 FCFA avec un extrême de 84170 à 1006210 FCFA

Tableau XLIII: Répartition selon le coût indirect en santé

INTERVALLE COÛT INDIRECT	Fréquence	Pourcentage
0-40000	237	79,0
40001-80000	54	18,0
80001-120000	8	2,7
120001-160000	1	,3
Total	300	100,0

Un coût moyen de 30688,6 FCFA soit un écart type de 18759,7 FCFA avec un extrême de 7000 à 145000 FCFA

Tableau XLIV : : Répartition selon la dépense totale

DEPENSE TOTALE	Fréquence	Pourcentage
80001-120000	3	1
120001-160000	11	3,7
160001-200000	43	14,3
200001-240000	35	11,7
240001-280000	37	12,3
280001-320000	16	5,3
320001-360000	32	10,7
360001-400000	14	4,7
400001-440000	32	10,7
440001-480000	16	5,3
480001-520000	17	5,7
520001-560000	20	6,7
560001-600000	7	2,3
600001-640000	7	2,3
640001-680000	3	1
680001-720000	2	0,7
720001-760000	1	0,3
820001-860000	2	0,7
1020000-1060000	2	0,7
Total	300	100

La moyenne de dépense total était de 346506,55FCFA soit un écart type de 155355,5 avec un extrême de 80500 à 1051210 FCFA

Tableau XLV : Répartition des ménages selon l'identité du tiers payant

Tiers payant	Fréquence	Pourcentage
Frère	13	4,3
Mari	57	19
Oncle	12	4
Patient	141	47
Patron	1	0,3
Père	71	23,7
Sœur	5	1,7
Total	300	100

On note une grande fréquence du patient lui-même comme chef du ménage soit 47% de notre étude

Tableau XLVI : Répartition selon les revenus mensuel des chefs de ménage

MENSUEL CHEF MENAGE	Fréquence	Pourcentage
40000-80000	84	28,0
160001-200000	38	12,7
200001-240000	11	3,7
240001-280000	14	4,7
280001-320000	29	9,7
320001-360000	1	,3
80001-120000	46	15,3
Inf. 40000	41	13,7
Total	300	100,0

On note un revenu mensuel moyen de 128460 FCFA soit un écart type de 88248,064 FCFA avec un extrême de 150000 à 350000 FCFA

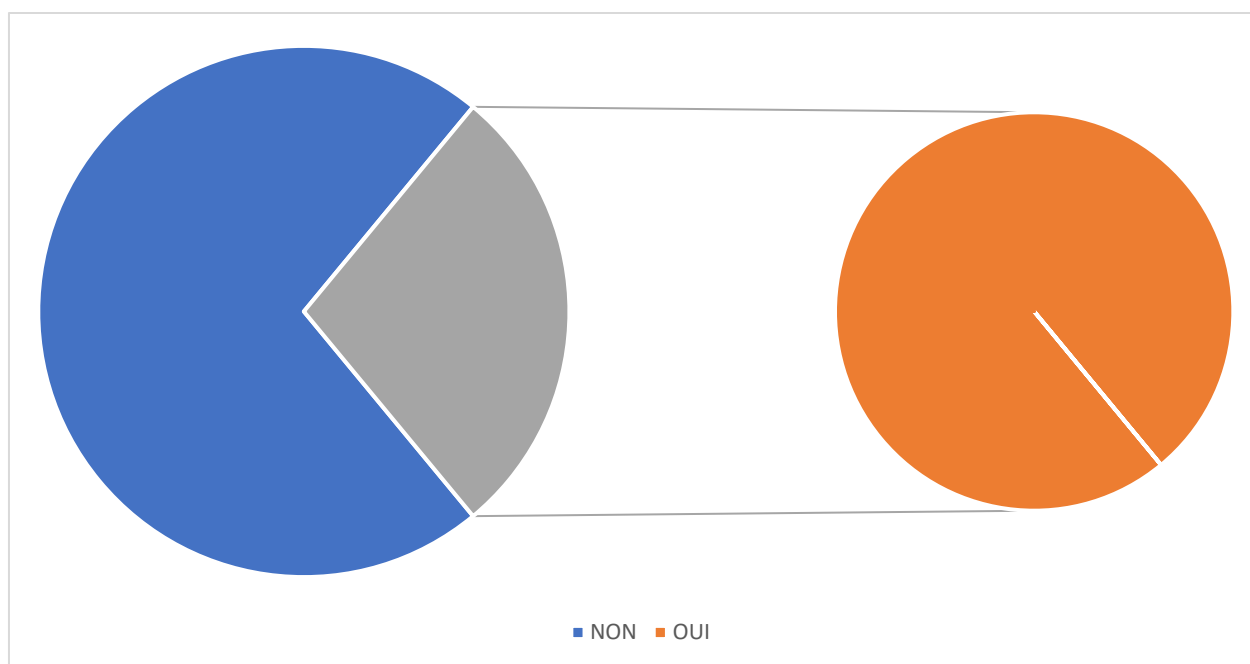


Figure 10:: Notion de d'autre source de revenu

Seul 28% des ménages ont en leur possession d'autres sources revenu mensuel

Tableau XLVII : : Répartition selon la notion **montant** d'autre revenu du ménage

MONTANT AUTRE REVENU MENSUEL	Fréquence	Pourcentage
Inf. 40000	233	77,7
40000-80000	45	15
80001-120000	17	5,6
120001-160000	1	0,3
240001-280000	2	0,7
1200001-1600000	2	0,7
Total	300	100

Un coût moyen de 28126,67 FCFA soit un écart type de 133928,614 avec un extrême de 0 à 1600000 FCFA

Tableau XLVIII ; Répartition selon le revenu mensuel du patient

REVENU MENSUEL PATIENT	Fréquence	Pourcentage
Inf. 40000	250	83,3
40000-80000	38	12,7
80001-120000	1	0,3
120001-160000	7	2,3
160001-200000	3	1
200001-240000	1	0,3
Total	300	100

Un revenu moyen de 17813,33 FCFA soit un écart type de 35150,97 avec un extrême de 0 à 220000 FCFA

Tableau XLIX : Répartition selon le revenu mensuel total du ménage

REVENU MENSUEL TOTAL	Fréquence	Pourcentage
Inf. 40000	32	10,7
40001-80000	54	18
80001-120000	48	16
120001-160000	26	8,7
160001-200000	46	15,3
200001-240000	24	8
240001-280000	27	9
280001-320000	11	3,7
320001-360000	16	5,3
360001-400000	10	3,3
440001-480000	4	1,3
1640001-1680000	2	0,7
Total	300	100

Le revenu mensuel moyen du ménage était de 174400 FCFA soit un écart type de 161453,23 avec une extrême de 15000 à 1650000 FCFA

Tableau L : Répartition selon le revenu annuel total du ménage

REVENU ANNUEL TOTAL	Fréquence	Pourcentage
Inf. 480000	24	8
480000-960000	62	20,7
960001-1440000	48	16
1440001-1920000	26	8,7
1920001-2400000	46	15,3
2400001-2880000	24	8
2880001-3360000	37	12,3
3360001-3840000	1	0,3
3840001-4320000	16	5,3
4320000-4800000	10	3,3
5280001-5760000	4	1,3
19320001-19800000	2	0,7
Total	300	100

On note un revenu annuel total moyen d'un ménage à 2092800 FCFA soit un écart type de 1937438,7 avec une extrême de 180000 à 19800000 FCFA

Tableau LI : Répartition selon la source de paiement des soins chirurgicaux

SOURCE DE PAIEMENT	Fréquence	Pourcentage
ENTREPRISE	11	3,7
FAMILLE/MENAGE	268	88,7
LUI-MÊME	15	5
SECURITE SOCIALE ANAM	6	2
Total	300	100

Seulement (2%) de notre population d'étude ont bénéficié de l'appuis de la sécurité sociale au moment des soins chirurgicaux

Tableau LII ; Répartition selon le mode de paiement

MODE DE PAIEMENT	Fréquence	Pourcentage
EN ESPECE	186	62
ENDETTEMENT	56	18,7
ENDETTEMENT ET VENTE DE BIEN	43	14,3
ENGAGEMENT	9	3
VIREMENT ANAM	6	2
Total	300	100

La majorité de notre population ont honoré leur paiement par espèce soit (62%) d'autre oblige de s'engagé (3%), s'endetter ou vendre de bien (54%) au moment des soins chirurgicaux

Tableau LIII : Répartition selon le pourcentage de dépense en santé

Pourcentage dépense en santé	Fréquence	Pourcentage
Inferieur 40%	2	0,7
Supérieur 40%	298	99,3
Total	300	100

La totalité de nos ménages ont eu une dépense directe en santé supérieur à 40% de leur revenu mensuel.

Tableau LIV : Croissement coût direct et zone d'habitation

RAPPORT ENTRE COÛT DIRECT ET ZONE D'HABITATION DU PATIENT

		COÛT DIRECT			
ZONE D'HABITATION	Moyenne		Écart type	Maximum	Minimum
Milieu RURAL	327064,56	229	151247,910	1006210	102441
Milieu URBAIN	279543,38	71	131133,579	601440	65000
Test Fisher=250,827234		p=0,097181			

Tableau LV : Croissement coût direct type de pathologie

RAPPORT COÛT DIRECT ET TYPE PATHOGIE

TYPE PATHOLOGIE	Moyenne	N	COÛT DIRECT		
			Écart type	Maximum	Minimum
Bénigne	312991,30	272	148752,242	1006210	65000
Cancer	343276,11	28	139052,404	671670	129220
Test Fisher=275,774685			p=0,009231		

Tableau LVI: Croissement coût indirect et zone d'habitation

RAPPORT COÛT INDIRECT ET ZONE D'HABITATION

COÛT INDIRECT

ZONE D'HABITATION	Moyenne	N	COÛT	INDIRECT	
			Écart type	Maximum	Minimum
Milieu RURAL	32800,00	229	19805,603	145000	7000
Milieu URBAIN	23878,87	71	12805,020	78000	7000
Test Fisher= 114,660184			p=0,000039		

Tableau LVII: Croissement coût indirect et mode de recrutement

RAPPORT COÛT INDIRECT ET MODE DE RECRUTEMENT

COÛT INDIRECT

MODE DE RECRUTEMENT	Moyenne	N	COÛT	INDIRECT	
			Écart type	Maximum	Minimum
Consultation Ordinaire	29200,00	125	15798,152	100000	7000
Urgence	31752,00	175	20595,145	145000	7000
Test Fisher= 136,442390			p=0,000001		

Tableau LVIII: Croissement coût indirect et type de pathologie

RAPPORT COÛT INDIRECT ET TYPE DE PATHOLOGIE

TYPE PATHOLOGIE	Moyenne	N	COÛT	INDIRECT	
			Écart type	Maximum	Minimum
Bénigne	30303,68	272	19116,473	145000	7000
Cancer	34428,57	28	14606,920	70000	7000

Test Fisher= 128,945458 p=0,000001

Tableau LIX: Croissement zone d'habitation et pourcentage de dépense en santé

Tableau croisé ZONE D'HABITATION * POURCENTAGE DEPENSE EN SANTE

Effectif

		POURCENTAGE DEPENSE EN SANTE		Total
		Inferieur 40%	Supérieur 40%	
ZONE D'HABITATION	Milieu RURAL	0	229	229
	Milieu URBAIN	2	69	71
Total		2	298	300

Test Fisher= 6,493998 p= 0,010824

Tableau LX: Croissement type de pathologie et pourcentage de dépense en santé

Tableau croisé TYPE PATHOLOGIE * POURCENTAGE DEPENSE EN SANTE

Effectif

		POURCENTAGE DEPENSE EN SANTE		Total
		Inferieur 40%	Supérieur 40%	
TYPE PATHOLOGIE	Bénigne	2	270	272
	Cancer	0	28	28
Total		2	298	300

Test Fisher= 0,207264 p=0,648920

Tableau LXI: Croissement mode de recrutement et pourcentage de dépense en santé

Tableau croisé MODE DE RECRUTEMENT * POURCENTAGE DEPENSE EN SANTE

Effectif

		POURCENTAGE DEPENSE EN SANTE		
		Inferieur 40%	Supérieur 40%	Total
MODE DE RECRUTEMENT	Consultation Ordinaire	2	123	125
	Urgence	0	175	175
Total		2	298	300

Test Fisher= 2,818792

p=0,093166

Tableau LXII: Croissement mode de financement et zone d'habitation

Tableau croisé MODE DE FINANCEMENT * ZONE D'HABITATION

Effectif

		ZONE D'HABITATION		
		Milieu RURAL	Milieu URBAIN	Total
MODE DE FINANCEMENT	Endettement	43	14	57
	Endettement et Vente de biens	38	5	43
	Engagement	4	5	9
	En Espèces	140	45	185
	Virement	4	2	6
Total		229	71	300

Test Fisher=8,895652

p=0,063761

Tableau LXIII: Croissement mode de financement et mode de recrutement

Tableau croisé MODE DE FINANCEMENT * MODE DE RECRUTEMENT

Effectif

		MODE DE RECRUTEMENT		
		Consultation		
		Ordinaire	Urgence	Total
MODE DE FINANCEMENT	Endettement	13	44	57
	Endettement et Vente de biens	16	27	43
	Engagement	2	7	9
	En Espèces	88	97	185
	Virement	6	0	6
Total		125	175	300
Test Fisher=21,143196		p=0,000297		

Tableau LXIV: Croissement mode de financement et type de pathologie

Tableau croisé MODE DE FINANCEMENT * TYPE PATHOLOGIE

Effectif

		TYPE PATHOLOGIE		
		Bénigne	Cancer	Total
MODE DE FINANCEMENT	Endettement	55	2	57
	Endettement et Vente de biens	34	9	43
	Engagement	9	0	9
	En Espèces	171	14	185
	Virement	3	3	6
Total		272	28	300
Test Fisher= 22,452997		p=0,000163		

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

I. METHODOLOGIE DE TRAVAIL ET DU CALCUL

Il s'agit d'une étude descriptive à collecte de donnée prospective réalisée auprès de 300 malades opérés sur l'ensemble des malades opérés du service et hospitalisés dans les 2^{ème} et 3^{ème} catégories d'hospitalisation, afin d'évaluer les dépenses appauvrissantes ou catastrophiques d'un ménage des suites de soins chirurgicaux.

Les dépenses liées à la consultation, aux examens complémentaires, aux ordonnances à l'hospitalisation, au traitement (la chirurgie), au transport, à l'alimentation et à la communication ont été singulièrement notées de façon prospective.

L'évaluation des coûts direct en santé porte sur :

- Les frais occasionnés pour le malade dans la consultation, les examens complémentaires, les ordonnances, l'hospitalisation, le traitement (chirurgie),

L'évaluation des coûts indirect en santé porte sur :

- Les frais occasionnés pour le malade dans l'alimentation, le transport et la communication.

L'évaluation des revenus du ménage porte sur :

- les revenus du chef du ménage et du patient ;

- les autres revenus du ménage (immobiliers, bétails, mobiliers ...)

En raison de la complexité de l'évaluation de certaines variables, notre étude s'est orientée sur l'impact des dépenses faites sur l'un des membres d'un ménage en fonction de la pathologie chirurgicale opérée responsable d'appauvrissement du ménage.

Cependant quelques difficultés ont été rencontrées au cours de cette étude :

- La non disponibilité de réalisation de tous les examens complémentaires d'imagerie et de laboratoire à l'hôpital obligeant ainsi des patients aux prestations d'autres structures privées à des coûts élevés.

- Rupture de stock et ou la non disponibilité de certains produits de spécialités pharmaceutique à la pharmacie de l'hôpital, obligeant les patients à aller se procurer des médicaments à l'extérieur.

- Le manque de collaboration de certains patients par rapport à la communication de leur revenu

II. EPIDEMIOLOGIE

➤ PATIENT

❖ TRANCHE D'AGE PATIENT

L'âge est un facteur de risque dans la survenue de certaine pathologie chirurgicalement traitable. L'âge moyen de nos patients est de **34,30±13,34** ans ,Cet âge représente l'âge moyenne de la population malienne estimé à 21,4 ans selon le dernier recensement à caractère administratif(20) plus 41,9% de la population malienne ont un âge compris entre (15-64) ans.

AUTEURS	MOYENNE D'AGE	Test statistique
Karna Georges KONE[21] Sénégal 2005	32±21 ans	p=0,3921
Petitfour et al[18] Burkina Faso 2015	36±21ans	p=0,0765
RATSIMBAZAFY NS ET AL[22] Madagascar 2013	29ans	p=0,0001
Notre étude 2024 Mali	34,30±13,34 ans	

Il n'existe aucune différence statistiquement significative entre notre étude et celles des séries [18,21] avec un $p > 0,05$ cette différence peut s'expliquer ,par la grande population de jeune dans nos différents pays d'étude. Par contre notre étude a une différence statistiquement significative avec l'étude de RATSIMBAZAFY NS ET AL[22] mené sur le coût direct de la prise en charge chirurgicale dans un CHU de gynécologie et obstétrique au Madagascar ,qui ont trouvé une moyen d'âge de 29 ans avec un $p = 0,0001$. Cela peut s'explique par :

-La fréquence d'une population constituée uniquement de sexe féminin et en âge de procréation.

❖ SEXE PATIENT

Une prédominance masculine (73%) a été notée dans notre échantillon d'étude. Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre notre étude à ceux de KONE KG[21] et de Petitfour et al[18] qui ont trouvé respectivement 70,2% et 67% de sexe masculin avec un test statistique de ($p = 0,7541$ et $p = 0,4404$) $> 0,05$.

Cela peut s'explique par la fréquence élevée des cas d'occlusion intestinale, de péritonites, d'appendicite aigue et de traumatisme abdominale (qui sont des pathologies assez fréquentes chez l'homme) ont été les fréquemment rencontrés dans notre étude.

❖ NIVEAUX D'INSTRUCTION PATIENTS

Au Mali, le taux d'alphabétisation des personnes âgées de 15 ans ou plus est estimé à 33,7% de toute la population malienne depuis le dernier recensement en 2022[20].

Une proportion importante de notre population d'étude soit (41%) n'a pas de niveau d'instruction formelle.

Cela représente un groupe vulnérable, pouvant être lié :

- A des facteurs socio-économiques, culturels ou géographiques qui limitent l'accès à l'éducation (Les personnes non instruites peuvent rencontrer des difficultés à comprendre des informations complexes, y compris celles liées à leur santé)
- L'exposition à des inégalités d'accès aux soins de santé, car la connaissance des services disponibles et des pratiques de prévention est souvent réduite

❖ ZONES D'HABITATION PATIENTS

Le milieu de résidence est l'une des variables explicatives du recours aux fournisseurs de soins de santé cependant, il existe une importante inégalité dans l'accès aux services chirurgicaux au sein des PRFI en fonction du lieu de résidence.

En effet, bien que notre étude soit eue lieu dans le district de Bamako, la majorité de nos patients opérés résidaient en zone rurale soit (76,3%).

AUTEURS	Pourcentage population zone rural	Test statistique
Petitfour et al[18] Burkina Faso 2015	3	p=0,000001
Karna Georges KONE[21] Sénégal 2005	44	p=0,00001
Soumaoro, M Mali 1998[23]	45	p=0,00001
Notre étude 2024 Mali	76, 3%	

Il existe une différence statistiquement significative entre notre étude et celui des différentes séries d'étude [18,21,23] avec un $p < 0,05$. Cela peut s'explique par

- L'isolement géographique ;
- Le manque de personnel qualifié, de service chirurgical ou d'infrastructure pour la prise en charge dans ces zones ;
- Un accès plus restreint aux soins spécialisés.

➤ CHEF DE MENAGE

❖ 1-TRANCHE D'AGE

Dans notre étude, on note une majorité de chefs de ménage de la population soit (37,5%) de la tranche d'âge de **(50-64) ans**. L'âge moyen de nos chefs de ménage a été de $52 \pm 10,97$ ans, avec un minimum de 28ans pour un maximum de 67 ans.

Il existe une différence statiquement significative avec ($p=0,0002<0,05$) entre notre étude, et celui de Yacouba Sanoussi[24] ,dans une étude mené au Togo sur Ampleur et déterminants des dépenses catastrophiques de santé , mettant en évidence une majorité de (66.64%) de chef de ménage avec un d'âge compris entre (14-50) ans. Cette différence d'âge peut s'explique :

- La forte population de la jeunesse malienne d'âge comprise entre (15-64)[20] ;
- Une différence de taille de notre échantillon d'étude ;
- Une diversité d'âge de leur population d'étude.

❖ 2-SEXE

La répartition des sexes de nos chefs de ménage révèle une très grande prédominance masculine (97,3%). Il n'existe aucune différence statistiquement significative entre notre étude et celle de Mr Yacouba Sanoussi[24] qui a trouvé une prédominance masculine de (79,43%) avec un ($p=0,03<0,05$) chez les chefs de ménage.

Ces données révèlent une population où les mariages sont très présents, avec des hommes occupant majoritairement le rôle de chef de ménage. Ce qui pourrait signifier que cette population est relativement jeune et stable.

❖ 3-STATUT MATRIMONIAL

Le statut de marié des chefs de ménage a été majoritairement représenté soit (86%) de notre population d'étude .Notre résultats démontrent que le mariage reste une institution forte, mais qu'il existe également une réalité de pertes conjugales dans les ménages soit (12,3%) constitué de veuves et veufs, par contre Mr Yacouba Sanoussi[24] a trouvé une majorité de statut célibataire chez les chefs de ménage soit (57,12%). Ce résultat a une différence statistiquement significative de la nôtre, cela peut s'explique par :

- Soit à la taille de son échantillon qui s'élève à $n=5129$
- soit son cadre d'étude

❖ 4-NIVEAU D'INSTRUCTION

La plupart des chefs de ménage au mali n'ont aucun niveau d'instruction soit (76,7%) en 2012 [25] , cependant dans notre étude on trouve une majorité des chefs de ménage sans aucun niveau d'instruction soit (33,%).

AUTEURS	Pourcentage	Test statistique
Sanoussi. Y[24] Togo	17,12	p=0,0143
Kone.KG[21] Sénégal 2005	38,6	p=0,4614
Notre étude Mali 2024	33,3	

Il n'existe aucune différence statistiquement significative entre notre étude et celle de Kone.KG[21] avec un ($p=0,4614>0,05$) . Contrairement à celle de Sanoussi. Y[24] , avec lequel on note une différence statistique ($p=0,0143<0,05$), cette différence peut s'explique par : Notre forte population de résidant en milieu rural, et la rareté des établissements d'enseignement secondaire et supérieur dans cette zone d'habitation.

❖ 5-ZONES D'HABITATION

En 2022 au cours du dernier recensement ,la majorité avec (69,6%) de la population malienne vivent dans les milieux ruraux soit 7 personnes sur 10 de toute la population(20). En effet on trouve dans notre étude une forte population en provenance des milieux ruraux soit (75,8%). Notre étude a une différence statistique de celui de Kone.KG[21] avec un $p=0,00001$ dont $p<0,05$. Cela peut s'explique par :

- Le manque d'hôpitaux dans les zones rurales et les coûts élevés du transport continuent d'être des obstacles importants à l'accès aux soins chirurgicaux au Mali ;
- Un accès restreint de cette population aux services et d'infrastructures nécessaires aux soins chirurgicaux.

❖ 6-FONCTION PRINCIPALE

Le Mali est un pays sous développé où la majorité de la population n'a pas de revenu fixe et régulier[20]. En effet notre étude trouve une population majoritairement active dans des métiers manuels ou informel (ouvriers ; cultivateurs ; éleveurs ; commerçants et ménagère) avec un pourcentage représentatif de l'ensemble de (76,6%), ceux issu du secteur privé ou publique ont représentés (17%) et seulement (6,3%) des inactifs et ou retraités. Par contre notre étude diffère de celle de Kone.KG[21] qui a trouvé (21,2%) d'inactifs retraité ou sans emplois. Cette

différence peut s'expliquer par la différence de taille de l'échantillonnage, et pourrait engendrer des problèmes de prise en charge des frais sanitaires surtout dans un pays où le système d'assurance maladie est peu ou pas vulgarisé

III. MENAGE

❖ TAILLE

Au Mali on trouve en moyenne 9,3 personnes par ménage, dont les plus grandes tailles de ménage s'observent au niveau des structures familiales en milieu rural(20), ainsi une taille moyenne de 8 ± 2 personnes par ménage avec une majorité de foyers composés d'au moins 10 personnes (53,3%) a été retrouvée au cours de notre étude. Par contre une étude au Togo par Sanoussi. Y[24] et Kone.KG[21] au Sénégal, ont trouvé une moyenne de taille de ménage d'environ 10 personnes par ménage. Cela peut s'expliquer par notre grande population occupant les milieux ruraux et d'une population sans niveaux d'instruction.

❖ 2-NOMBRE D'ENFANT INFÉRIEUR 15 ANS

La population malienne est extrêmement jeune, les moins de 15 ans représentent un effectif de 10 067 334 soit (47,2 %) de la population totale[20]. En effet dans notre étude on trouve en moyenne 5 enfants d'âge inférieur ou égal 15ans, cela peut s'expliquer par notre fort échantillon d'habitant en milieu rural où le taux de natalité est beaucoup plus élevé.

❖ 3-BENEFICIAIRE D'ASSURANCE OU MUTUALITE MALADIE

L'assurance maladie est encore très peu développée au Mali, concernant moins de 4% de la population malienne d'après l'enquête EDSM, 2018. En effet, dans notre étude on trouve une minorité des patients bénéficiaire d'assurance ou mutualité maladie soit (22,3%) de toute notre population d'étude répartie en (8%) pour le patient lui-même et (14,3%) du chef de ménage. Seulement 2% de notre population d'étude ont bénéficié d'assistance médicale via L'ANAM. Notre étude est conforme à celui de Yaya Sidibé, & Martine Audibertb[26] qui n'ont trouvé que 3,7% bénéficiaire d'assurance ou mutualité maladie.

❖ 4-DISTANCE ET TEMPS MIS ENTRE SERVICE DE SOINS CHIRURGICAUX ET LIEU D'HABITATION

Le rapprochement des services de santé soulage les populations dans le cadre de la prise en charge des soins de santé en urgence ou en consultation. Dans notre étude, plus de la moitié de notre population soit (54%) parcourent une distance moyenne de $7\pm 3,4$ Km et mette moins d'une heure en moyenne pour atteindre un service de soins chirurgicaux le plus proche

Cela peut s'explique par :

Notre grand échantillonnage de campagnards ;

Un accès limite au service de soins chirurgicaux et d'infrastructure adéquat à la prise en charge chirurgicale.

❖ 5-MOYEN DE DEPLACEMENT DES MENAGES POUR LES SOINS CHIRURGICALE

L'accessibilité d'engins à deux roues en provenance de l'Asie à des prix abordables à contribue à un taux de possession de moto estimés au niveau national en 2018 à 59,5 % selon le milieu de résidence[27]

La moto (53,3%) a été l'engin le plus utilise par les ménages pour les soins chirurgicaux, seulement (2%) ont été réfère à bord d'une ambulance.

❖ 6-MODE DE RECRUTEMENT

On retrouve 58% de nos patients ont été recruté en urgence et 48% issue de la consultation ordinaire. Ce pourcentage s'explique par la fréquence de pathologie d'urgence chirurgicale (Péritonite ; appendicite ; hémopéritoine et occlusion intestinale).

❖ 7-DIAGNOSTIC RETENU

Nos résultats ont montré que les cas de pathologie d'urgence chirurgicale étaient les plus fréquentes avec 58% repartie entre (péritonite ; appendicite ,abcès hépatique, hémopéritoine et d'occlusion intestinale) ,contrairement à SOUMAORO dans une étude des coût de production de prestation dans le service de chirurgie [23] qui a noté dans son étude une fréquence de pathologie chirurgicale ordinaire avec une prédominance de pathologie proctologique soit (21,89%) cela peut s'explique par :

-Le grand nombre d'échantionnage de recrutement en consultation ordinaire (84%) ;

-L'expérience des chirurgiens de leur service d'étude.

❖ 8-DUREE ET CATEGORIE D'HOSPITALISATION

La durée d'hospitalisation d'un patient reste un indicateur de dépense en santé, représentant en moyenne 9 ± 6 jours variant en fonction du mode de recrutement, soit 5 jours en moyenne chez nos patients programmés et de 12 jours en cas d'urgence chirurgicale

76,7% de nos patients ont été hospitalisé en 2ieme catégorie d'hospitalisation

23,3% avaient été hospitalisé en 3ieme catégorie

Par contre , Il n'existe une différence statistiquement significative entre notre étude et celles des séries [23,28] respectivement $p=0,0315$ et $p=0,00$ avec $p<0,05$. Cela peut s'explique par :

- L'hospitalisation de leurs patients dans toutes les catégories d'hospitalisation contrairement à notre étude qui intéresse unique aux 2ieme et 3ieme catégories ;
- A la présence unique de toute notre échantillon de sexe féminin dans les 2ieme catégorie d'hospitalisation.

-

❖ 9-SUITES OPERATOIRES

On note dans notre étude une majorité des patients, chez qui les suites opératoires ont été simple soit (84,7%), avec seulement (15,3%) de complication repartie entre péritonite post chirurgie abdominale, d'une nécrose stomiale, et d'abcès pariétale associé ou non à une éviscération. Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre notre étude et celle de DIARRA I [28], qui a trouvé (90,3%) de patients sans complication post opératoire avec un $p=0,3924>0,05$. Cela peut s'expliquer : par l'expérience de nos chirurgiens et les plateaux technique

I. PARTIE ECONOMIQUE

1-COÛT DE LA CONSULTATION

Sachant bien que notre étude concerne tous les patients opérés et hospitalisés dans notre service, ce coût a été rattache aux coûts d'un ticket accompagnant et ou de séjour en service d'accueil des urgences. En effet dans notre étude, on note un coût moyen de consultation de **5423,17 $\pm$ 3615,06 FCFA** pour toutes pathologies chirurgicale confondues. Ce coût a représenté environ 1,6% des dépenses totale des ménages, justifiant ainsi le paiement des frais de consultation de 98% de nos patients.

❖ 2-COÛT DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Élément essentiel de l'évaluation préopératoire, afin de réduire les risques associés à un acte diagnostique ou thérapeutique et à l'anesthésie qu'il requiert[29] .En effet dans notre étude tous nos patients ont réalisé au moins un bilan préopératoire d'urgence ,ainsi on note un coût moyen de **58186,54±36783,21 FCFA** pour toutes pathologies chirurgicale confondues . Ce coût a représenté **16,7%** des dépenses totale. Avec une différence de somme de 35265,94FCFA ,notre étude reste conforme avec celle des séries [23,28]

AUTEURS	REPRESENTATION	TEST STATISTIQUE
SOUMAORO[23] MALI 2003 (n=169)	12,9%	p=0,5525
DIARRA I [28] MALI 2009 (n=238)	16%	p=1
NOTRE ETUDE MALI 2024 (n=300)	16,7%	

Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre notre étude celle SOUMAORO et DIARRA I avec un $p>0,05$ cela peut s'explique par :

- Notre grande somme des dépenses total des ménages aux moments des soins chirurgicaux
- La grande taille de notre échantillon
- L'indisponibilité de réalisation de certains examens complémentaires à l'hôpital, responsable de d'utilisation de prestation des structures privées à des coût élevé.

❖ 3-COÛT DE L'OPERATION

Constitué des frais des kits anesthésiques et chirurgicaux (ou matériel d'opération proprement dit), des frais des actes anesthésique et opératoire et des frais de consultation, Ce coût diffère d'une pathologie à une autre

Cependant le coût moyen de l'opération ou kit opératoire pour toutes pathologies confondues a été de **126592,59±32804,67 FCFA**. Ce coût a représenté 36,53% de la dépense moyenne total payé par le ménage

À noter que seulement 6 patients, soit (2%) de notre population d'étude n'ont pas honoré les frais de consultation, d'actes anesthésiques et opératoires car assure par l'ANAM et 56 patients soit (18,7%) bénéficiaires d'assurance ou mutualité maladie ont été subventionne aux moments de leur facture. Notre étude est conforme à celui de DIARRA I[28] , qui a trouvé un coût opératoire représentant 37% des coûts moyen total paye .

Par contre on note une différence statistiquement significatif entre notre étude et celle de L. Petitfour et al sur une étude des Paiements directs et dépenses catastrophiques liés aux accidents de la route à Ouagadougou, Burkina Faso[18] $p=0,0213<0,05$ avec un coût moyen opératoire représentant 32% des coûts moyen total ,cela peut s'explique :

La constitution du coût de l'opération, intéressant les kits le traitement orthopédique et le frais de la consultation

La nature de l'intervention chirurgicale selon l'indication

L'influence des différents coûts d'actes et kits

❖ 4-COÛT DES ORDONANCES

Le coût moyen de l'hospitalisation pour toutes pathologies confondues a été de **108132,48±95288,81 FCFA**. Ce coût a représenté 31,2% de la dépense moyenne totale payé par le malade ,ce coût vaut 270% du SMIG malien, et 19% du PIB par habitant[17]

Le PIB par habitant qui s'élève à **566643,62FCFA** selon le dernier rapport des situations économiques et financière au Mali 2024[17]

Ce coût n'étant pas à la porte d'un malien, peut s'expliqué par :

Le coût élevé des médicaments ;

La durée d'hospitalisation des patients selon sa pathologie et à la survenue de complication post opératoire.

❖ 5-COÛT D'HOSPITALISATION SERVICE

Conditionner à la durée d'hospitalisation, ce coût moyen a été de **16301,17±13339,27FCFA** pour toutes pathologies chirurgicales confondues. Ce coût a représenté les 4,7% des dépenses moyen totales payé par les malades sans complication. Cette somme étant accessible au Malien moyen, tous nos patients se sont acquitté des frais d'hospitalisation sauf les 2% bénéficiaire de l'ANAM, qui ont bénéficié d'une prise charge gratuite assurée par le service social de l'hôpital.

❖ 6-COÛT DE LA REANIMATION

Le coût moyen de passage en réanimation pour toutes pathologies confondues a été **6965 ±13717,64FCFA**. Ce coût moyen faible de la réanimation a représenté 2% du coût moyen total payé par le malade. Sachant bien que le coût de séjour en milieu de réanimation est 35000 FCFA par passage. Ces frais n'ont pas été honoré par les 2% de nos patients bénéficiaires de la prise

en charge gratuite par le service social de l'hôpital (ANAM), et ont été assuré tous bénéficiaires de l'assurance ou mutualité maladie.

Ce coût s'explique par le fait qu'on a trouvé que 68 patients (22,7%) avec une notion de séjour en réanimation.

La présence de 2 patients assuré par l'ANAM et 9 patients assurés par l'assurance ou mutualité maladie, représentant ainsi les 3,7% de cette population de séjour en réanimation.

❖ 7-COÛT DIRECT

Le coût direct résulte de l'ensemble des coûts des prestations concernant directement les soins chirurgicaux du patient, ce coût moyen a été de **316 177,78±147 433,79** FCFA avec un minimum de **84 170** FCFA et un maximum de **1 006 210** FCFA. Ce coût direct total a représenté environs les 91% de la moyenne de toutes les dépenses au moment des soins chirurgicaux, variant en fonction des différentes pathologies et selon la survenue d'une complication post opératoire, et donc responsable d'un rallongement de la durée d'hospitalisation des traitements médicamenteux ou chirurgicaux pour des éventuels cas de reprise.

❖ 8-CROISSEMENT COÛT DIRECT ET MODE DE RECRUTEMENT

Il existe une différence statistiquement significative ($p=0,000441$) $<0,05$ entre le coût direct moyen payé par les ménages aux soins chirurgicaux d'urgence, qui a été de **370051,17±144394,225** FCFA avec des extrême de **137170** FCFA à **1006210** FCFA et des soins chirurgicaux programmé avec un coût moyen de **239891,29±116350,850** FCFA des extrêmes de **65000** FCFA à **671670** FCFA. Cette différence de prix peut s'expliquer par :

- La survenue des complications post opératoire chez les patients recrutés en urgence avec des éventualités de reprise en fonction de l'indication chirurgicale ;
- La duré d'hospitalisation lié à cette notion de suites opératoire.

❖ 9-CROISSEMENT COÛT DIRECT ET TYPES DE PATHOLOGIE

On note une différence statistiquement significative avec un ($p=0,009231$) $<0,05$ entre le coût direct moyen de la prise en charge d'une pathologie bénigne estimé à **312991,30±148752,242** FCFA un minimum de **65000** FCFA, un maximum de **1006210** FCFA et d'une pathologie

maligne de **343276,11±139052,404** FCFA, avec des extrêmes de **129220** FCFA à **671670** FCFA. Cela peut s'expliquer par :

-La fréquence à la demande et réalisation des bilans d'examens complémentaires au diagnostic ou à la suivie des pathologies malignes a des coûts élevés ;

-La différence de taille de l'enchancements des différents types de pathologies chirurgicale.

❖ 10-COÛT INDIRECT

Ce coût intéresse toutes les dépenses non sanitaires lié aux soins chirurgicaux, reparti entre frais de crédit téléphonique, d'alimentation et de transport. Ce coût moyen a été de **30 688,66±18 759,77** FCFA avec un minimum de **7 000** FCFA et un maximum de **145 000**FCFA. Ce coût moyen a représenté environ les **9%** des dépenses moyennes totale et était fonction de la durée d'hospitalisation, de la qualité de consommation alimentaire et de la distance entre maison et l'hôpital. Par contre ce coût moyen a été de **14 966,40±21 106,2 F CFA[21]** , cette différence peut s'expliquer par :

-la diversité des pathologies chirurgicale opérées et la survenue de complications post-op ;

-la distance et les moyens financier mis à disposition pour rallier un service de soins chirurgical.

❖ 11- CROISSEMENT COÛT INDIRECT ZONE D'HABITATION

Le coût indirect représente toutes les dépenses non sanitaires dans le cadre des soins chirurgicaux. Dans notre étude on note une différence statistiquement significative avec ($p=0,000039$) $<0,05$ entre le coût indirect moyen des patients en provenance des zones ruraux, qui a été de **32800±19805,603** FCFA, avec un minimum de **7000** FCFA un maximum **145000** FCFA et des patients urbains avec un coût moyen de **23878,87±12805,020** FCFA, pour des extrêmes de **7000** FCFA à **78000** FCFA. Cette différence de coût s'explique par :

-La distance parcouru par les ruraux jusqu'au service, responsable d'un coût élevé de transport ;

-La fréquence d'achat de produit alimentaire pour ruraux par manque de répondant dans la ville.

❖ 9-DEPENSE TOTAL

Le coût moyen total payé par nos ménages pour toutes pathologies confondues a été de **346 506,55±155 355,5**FCFA avec un minimum de **80 500** FCFA, maximum de **1 051 210** FCFA. Ce coût représente environ les 9 fois du SMIG Malien et 61% du PIB Malien par habitant qui s'élevé à 886 USD (567483FCFA) selon la dernière situation économique et financière en 2023[19], ceci est inaccessible pour un Malien moyen

Auteurs	Coût moyen dépense totale	Représentation
DIARRA I[28] Mali 2009 (n=238)	150 045 ± 53 765	5X SMIG
KONE KG[21] SENEGAL 2005 (n=372)	366 962±664 127	10X SMIG
Petitfour et al[18] BURKINA 2015 (n=1323)	56 276,262±43 477,52	1,6X SMIG
Traoré, A[30] Mali 2003 (n=202)	205 655,343±234 211,329	7,9X SMIG
NOTRE ETUDE MALI 2024 (n=300)	346 506,55±155 355,5	9X SMIG

Cette somme reste largement supérieure aux SMIG dans ces différents pays en fonction de leur période d'étude et n'est pas au porté d'un individu moyen de ladite population donc responsable d'un appauvrissement et d'une dépense catastrophe des suites d'une prise en charge sanitaire chez un membre du ménage.

❖ 10-REVENU MENSUEL MENAGE

Le revenu du ménage a concerné la sommation des revenus du patient, du chef de ménage et des autres revenus du ménage. La majorité de nos patients ont représenté un statut de chef de ménage soit (47%), et seulement (28%) de notre population d'étude avaient d'autres sources de revenu. Avec un revenu mensuel moyen total de ménage de **174 400±161 453,23** FCFA, un minimum de **15 000** CFA et un maximum de **1650 000** FCFA reparti entre autres :

-Un revenu mensuel moyen de chef de ménage de **12 8460±88 248,064** FCFA, avec un minimum de **150000** FCFA et un minimum de **350000** FCFA

-Un revenu mensuel moyen patient de **17 813,33±35 150,97** FCFA, avec un minimum de **0** FCFA et un maximum de **220000** FCFA

-Autre revenu mensuel moyen du ménage de **28 126,67±133 928,614** FCFA, avec un minimum de **0** FCFA et un maximum de **1 600 000** FCFA.

Il n'existe pas de différence significatif entre le revenu moyen de nos ménage et celui de KONE KG[20] qui a trouvé un revenu mensuel moyen de **184 322** F CFA.

❖ 12-POURCENTAGE DE DEPENSE EN SANTE

Obtenu par un calcul de rapport entre dépense total en santé et le revenu mensuel d'un ménage. Une majorité de (99,3%) de nos ménages ont présentés un pourcentage supérieur à (40%) de leurs revenus mensuels total. Ceci est catastrophique et insupportable pour un ménage face à un service de soins chirurgicaux donc responsable : D'endettement (18,7%), de vente de bien (14,3%) ou d'engagement (3%) de nos ménages aux moments des soins chirurgicaux.

Cependant, il n'existe pas de différence significative entre notre étude et celui de (Urua et al. 2017) au Nigeria[31] mettant en évidence une incidence de dépense catastrophique de 86% des ménages , par contre il existe une différence significative entre notre étude et celles de Petitfour et al[18] , Kone KG[21] qui ont rapporté une incidence de dépense catastrophique respective de 19% et 7%. Cela peut s'explique par :

- Une différence de fréquence et de pathologies traitable dans nos différentes études ;
- la différence de taille de nos échantillons respectifs ;
- l'organisation de système sanitaire des différents pays.

❖ 13-SOURCE DE PAIEMENT

En général les sources de financement des dépenses de soins hospitaliers sont multiples au niveau du ménage. Nous avons retenu dans le cadre de notre étude, la principale source de financement au niveau de chaque ménage, l'analyse de notre résultat montre que 93,7% de l'ensemble des ménages finance les dépenses d'hospitalisation par fond propre. Seulement 3,7% des paiements ont été prise en charge en totalité par une entreprise vis-à-vis d'un des membres de ladite entreprise et 2% des bénéficiaires de l'ANAM ont bénéficié la gratuite de la sécurité sociale hospitalières.

CONCLUSION ET RECOMMENDATIONS

VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1. CONCLUSION :

Les dépenses en soins chirurgicaux ont un impact sur la stabilité économique des patients et ou sa famille. Avec comme principaux facteurs de dépense catastrophique un coût élevé des soins d'hospitalisation, une distance considérable entre la localité et un service de soins chirurgical responsable d'un retard de prise en charge et par Conséquent d'une réduction du réseau de solidarité, d'un endettement, et de la vente de bien ou de production du ménage entrainant inéluctablement la paupérisation d'un ménage après les soins chirurgicaux.

IL est donc important dans un but d'atteindre les OMD et la lutte contre la pauvreté de prendre des mesures afin de pouvoir réduire l'impact des dépenses en soins chirurgicale pour une population qui pour la plupart vivent en dessous du seuil de pauvreté.

2. RECOMMANDATION

- ❖ **Recommandations à l'égard des décideurs en matière de politique de santé et de développement.**
 - Accroître les budgets alloués aux hôpitaux pour leur permettre de baisser leurs tarifs.
 - Renforcer la capacité des services sociaux afin de permettre la prise en charge des personnes indigentes
- ❖ **Recommandations à l'endroit partenaires d'aide au développement**
 - Accroître l'aide accordée à la réalisation des OMD relatifs à la santé et à la réduction de la pauvreté.
- ❖ **Recommandations à l'attention des responsables du Centre Hospitalière et Universitaire GABRIEL TOURE**
 - Réviser les prix des Kits opératoires afin que les factures ne soient pas trop élevées et difficiles à supporter pour les ménages.
 - Mettre en place un système de prix basé sur l'équité contributive verticale selon le niveau socioéconomique des malades.
- ❖ **Recommandations à l'attention des ménages**
 - Envisager une intégration d'une assurance ou mutuelle maladie pour les soins d'hospitalisation afin d'amoindrir les conséquences d'une dépense catastrophique.
 - Consulter dans un centre de santé le plutôt possible pour un diagnostic retenu précoce afin d'éviter des retards de prise en charge et par conséquent des complications
- ❖ **Recommandation a la communauté chirurgicale**
 - La répartition équitable et efficiente des agents spécialisés en soins chirurgicaux sur l'ensemble du territoire national.
 - Evaluation périodiques des besoins chirurgicaux non couverts.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUE

VIII. Références bibliographiques

- [1]. rédaction la. Futura. [cité 25 févr 2025]. Définition | Chirurgie | Futura Santé. Disponible sur: <https://www.futura-sciences.com/sante/definitions/medecine-chirurgie-3137/>
- [2]. DecentraPauvreteUNDP.pdf [Internet]. [cité 22 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/UserFiles/Files/DecentraPauvreteUNDP.pdf>
- [3]. Wagstaff A. Pauvreté et inégalités dans le secteur de la santé. 2002;
- [4]. Bourcier AJ, Zorigtbaatar A, Lupon E, Nteranya DS, Nyalundja AD, Lartigue JW, et al. Qu'Est-ce que la chirurgie globale et quel est le rôle des pays francophones? PAMJ Clin Med [Internet]. 17 août 2020 [cité 8 sept 2024];3(172). Disponible sur: <https://www.clinical-medicine.panafrican-med-journal.com//content/article/3/172/full>
- [5]. Debas HT, Donkor P, Gawande A, Jamison DT, Kruk ME, Mock CN, éditeurs. Essential Surgery: Disease Control Priorities, Third Edition (Volume 1) [Internet]. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2015 [cité 8 sept 2024]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK333500/>
- [6]. Banque mondiale | Blogs [Internet]. [cité 8 sept 2024]. Quantifier l'accès à la chirurgie : un nouveau paradigme pour le renforcement des systèmes de santé. Disponible sur: <https://blogs.worldbank.org/fr/opendata/quantifier-l-acces-la-chirurgie>
- [7]. Meara JG, Leather AJM, Hagander L, Alkire BC, Alonso N, Ameh EA, et al. La chirurgie dans le monde à l'horizon 2030 : données et solutions pour la santé, le bien-être, et le développement économique.
- [8]. World Health Organization. Rapport sur la santé dans le monde : le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle. World Health Rep Health Syst Financ Path Univers Cover [Internet]. 2010 [cité 21 sept 2024]; Disponible sur: <https://iris.who.int/handle/10665/44372>
- [9]. COUT DIRECT DE LA PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE AU CENTRE HOSPITALIER (...) - Madarevues [Internet]. [cité 10 sept 2024]. Disponible sur: <http://madarevues.recherches.gov.mg/?COUT-DIRECT-DE-LA-PRISE-EN-CHARGE-CHIRURGICALE-AU-CENTRE-HOSPITALIER>
- [10]. Diarra PMI. EVALUATION DU COUT DE LA PRISE EN CHARGE DES MALADES OPERES EN CHIRURGIE PEDIATRIQUE DU CHU GABRIEL TOURE.
- [11]. rapport_sur_la_situation_de_la_pauvrete_dans_les_pays_de_l_uemoa.pdf [Internet]. [cité 8 sept 2024]. Disponible sur: https://www.bceao.int/sites/default/files/2017-12/rapport_sur_la_situation_de_la_pauvrete_dans_les_pays_de_l_uemoa.pdf
- [12]. Meara JG, Leather AJM, Hagander L, Alkire BC, Alonso N, Ameh EA, et al. Global Surgery 2030: evidence and solutions for achieving health, welfare, and economic development. Int J Obstet Anesth. févr 2016;25:75-8.

- [13]. Blogs de la Banque mondiale [Internet]. [cité 22 déc 2024]. Quantifier l'accès à la chirurgie : un nouveau paradigme pour le renforcement des systèmes de santé. Disponible sur: <https://blogs.worldbank.org/fr/opendata/quantifier-l-acces-la-chirurgie>
- [14]. Mali - Enquête malienne de conjoncture économique et sociale (1994) [Internet]. [cité 22 déc 2024]. Disponible sur: <https://demostaf.web.ined.fr/index.php/catalog/333>
- [15]. Meara JG, Leather AJM, Hagander L, Alkire BC, Alonso N, Ameh EA, et al. La chirurgie dans le monde à l'horizon 2030 : données et solutions pour la santé, le bien-être, et le développement économique.
- [16]. Mali_Nat Health Plan_2014-2023 fr.pdf [Internet]. [cité 19 janv 2025]. Disponible sur: https://www.childrenandaids.org/sites/default/files/2018-05/Mali_Nat%20Health%20Plan_2014-2023%20fr.pdf
- [17]. CWG Mali : Rapport annuel CASH 2023 | OCHA [Internet]. 2024 [cité 22 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.unocha.org/publications/report/mali/cwg-mali-rapport-annuel-cash-2023>
- [18]. Petitfour L, Bonnet E, Mathevet I, Nikiema A, Ridde V. Paiements directs et dépenses catastrophiques liés aux accidents de la route à Ouagadougou, Burkina Faso. [cité 11 janv 2025]; Disponible sur: <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/traumatismesrou-tiers/chapter/paiements-directs-et-depenses-catastrophiques-lies-aux-accidents-de-la-route-a-ouagadougou-burkina-faso/>
- [19]. Situation économique et financière - MALI | Direction générale du Trésor [Internet]. [cité 22 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.tresor.economie.gouv.fr/Pays/ML/mali-situation-economique-et-financiere>
- [20]. rapport-resultats-globaux-rgph5_rgph.pdf [Internet]. [cité 29 déc 2024]. Disponible sur: https://www.instat-mali.org/laravel-filemanager/files/shares/rgph/rapport-resultats-globaux-rgph5_rgph.pdf
- [21]. Kone KG. Etude des déterminants et de l'ampleur de la vulnérabilité socio-économique des ménages urbains suite aux dépenses d'hospitalisation : le cas de la clientèle de l'hôpital Aristide Le Dantec et de l'hôpital Général de Grand Yoff, à Dakar.
- [22]. Journal Malgache de Gynécologie-Obstétrique 2016;Vol 2: 13-16.
- [23]. COUT DE PRODUCTION DES PRESTATION DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE C DE L'HOPITAL DU POINT G [Internet]. [cité 8 janv 2025]. Disponible sur: <https://bibliosante.ml/bitstream/handle/123456789/10168/98M61.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- [24]. Sanoussi Y. Ampleur et déterminants des dépenses catastrophiques de santé : Cas des ménages togolais.
- [25]. Traore V, Diarra T. ANALYSE DES RESULTATS DEFINITIFS.
- [26]. Yaya Sidibea, & Martine Audibertb. Accès aux services de santé au Mali : l'assurance maladie serait-elle discriminante.

- [27]. institut national de la statistique du mali [Internet]. [cité 22 déc 2024]. Disponible sur: https://www.instat-mali.org/laravel-filemanager/files/shares/eq/ranuel18_eq.pdf
- [28]. M. Issaka DIARRA : évaluation du cout de la prise en charge des malades opérés en chirurgie pédiatrique du chu Gabriel Touré [Internet]. [cité 22 déc 2024]. Disponible sur: <https://bibliosante.ml/bitstream/handle/123456789/8866/09M282.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- [29]. Molliex S. Examens préinterventionnels systématiques.
- [30]. Traoré A. Etude du cout des prestations des malades de la chirurgie generale et pedia-trique au service des urgences chirurgicales au CHU Gabriel TOURE [Internet] [thesis]. Université de Bamako; 2003 [cité 14 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.biblio-sante.ml/handle/123456789/10869>
- [31]. Urua U, Osungbade K, Obembe T, Adeniji F. A cost analysis of road traffic injuries in a tertiary hospital in south-west Nigeria. *Int J Inj Contr Saf Promot.* déc 2017;24(4):510-8.

ANNEXES

ANNEXES :

- FICHE D'ENQUETE

CHIRURGIE ET PAUVRETE DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE CHU-GT

I. DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUE

N°FICHE :

N°DOSSIER :

1. PATIENT (E)

-Age 15 - 24 ans..... 25 - 34 ans.....35 - 49 ans..... 50 - 64 ans... 65 ans et plus

-Sexe M.....F.....

-Statut matrimonial Marié(e)..... Veuf ou veuve..... Célibataire.....

-Niveau d'instruction : Primaire.....Secondaire.....Supérieur.....Non instruis.....

-La région d'habitation Bamako.....Kayes.....Koulikoro.....Sikasso.....
Ségou.....Mopti.....Gao.....Tombouctou..... Kidal.....Ménaka.....Taoudéni.....

-Zone d'habitation : Urbaine.....Rurale.....

-Fonction principale : cultivateur..... Ménagère Élève, étudiant (e), Artisan.....
Commerçant Ouvrier.... Salarié(e) du secteur privé..... Salarié(e) du secteur
public..... Indépendant(e) sans salarié.....Indépendant(e) employeur.....A la recherche d'un
premier emploi en stage non rémunéré..... Stagiaire rémunéré.....inactif ou
retraité.....

Ethnie – Bambara – Malinké – Peulh – Sonrhäï – Sarakolé – Sénoufo – Miliana
– Bobo – Touareg – Dogon – Autres -Indéterminé – Si autre à préciser

2. CHEF DE MENAGE

-Age 15 - 24 ans..... 25 - 34 ans..... 35 - 49 ans..... 50 - 64 ans..... 65 ans
et plus.....

-Sexe M.....F.....

-Statut matrimonial Marié(e)..... Veuf ou veuve..... Célibataire.....

-Niveau d'instruction Primaire.....Secondaire.....Supérieur.....Non instruis.....

-La région d'habitation : Bamako.....Kayes.....Koulikoro.....Sikasso.....
Ségou.....Mopti...Gao..... Tombouctou..... Kidal... Ménaka.....Taoudéni.....

-Zone d'habitation : Urbaine.....Rurale.....

-Fonction principale : cultivateur..... Ménagère Élève, étudiant (e), Artisan.....
Commerçant Ouvrier.... Salarié(e) du secteur privé..... Salarié(e) du secteur
public..... Indépendant(e) sans salarié.....Indépendant(e) employeur.....A la recherche d'un

premier emploi en stage non rémunéré..... Stagiaire rémunéré.....inactif ou
retraité.....

Ethnie – Bambara – Malinké – Peulh – Sonrhäï – Sarakolé – Sénoufo – Miliana
– Bobo – Touareg – Dogon – Autres –Indéterminé – Si autre à préciser : -----

3. QUELLE EST VOTRE SITUATION FAMILIALE ?

Vous vivez seul(e)..... Vous êtes un membre du couple.....vous êtes l'unique parent du
foyer.....vous êtes un enfant de la famille.....vous êtes un(e) ami(e) ou un parent hébergé
par la famille.....vous êtes un(e) colocataire.....autres (personnel de maison)
.....

4. DE COMBIEN DE PERSONNES SE COMPOSE VOTRE FOYER Y COMPRIS VOUS-MEME ?

1 personne..... 2 personnes.....3 personnes..... 4 personnes.....5
personnes..... ;
6 personnes.....7 personnes.....8 personnes.....9 personnes.....10 personnes
et plus

5. COMBIEN Y-A-T-IL D'ENFANTS A CHARGE DANS VOTRE FOYER AVEC UN AGE SUPERIEUR A 15ANS ... ?

Aucun enfant.... 1 enfant.....2 enfants.....3 enfants.....4 enfants.....5
enfants.....6 enfants
7 enfants.....8 enfants.....9 enfants10 enfants et plus

6.ÊTES-VOUS COUVERT (E) PAR UNE MUTUELLE OU UNE ASSURANCE COMPLEMENTAIRE MALADIE CHEF DE MENAGE ?

Oui..... Non.....autres.....

7.ÊTES-VOUS COUVERT (E) PAR UNE MUTUELLE OU UNE ASSURANCE COMPLEMENTAIRE MALADIE PATIENT(E) ?

Oui..... Non.....autres.....

8. TEMPS MIS POUR ATTEINDRE LE SERVICE DE SANTE LE PLUS PROCHE DISPOSANT D'UNE UNITE DE PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE

Moins de
30mn.....1heures.....2heures.....3heures...4heures...5heures...6heures.....
7heures.....8heures.....9heures...10heures...11heures...12heures.....12heures et plus.

9. MOYEN UTILISE POUR ATTEINDRE LE SERVICE DE SANTE LE PLUS PROCHE DISPOSANT D'UNE UNITE DE PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE

Voiture de la famille.....Taxi..... transport en commun.....Moto.....véhicule à traction animale..... à dos d'animal.....Autres moyens de transport.....

10. DISTANCE AVEC LE CENTRE DE SANTE POUR ATTEINDRE LE SERVICE DE SANTE LE PLUS PROCHE DISPOSANT D'UNE UNITE DE PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE

Moins de 1km...2km ...3km ...4km ...5km ...6km...7km.....8km ...9km ...10km...10km et plus.....

II.DIAGNOSTIQUES ET EXAMEN PARAMETRES

1. MODE DE RECRUTEMENT : – Urgence – Consultation Normale

2. DIAGNOSTIC RETENU 1- Appendicite aigue : ... 2-Abces appendiculaire :.....3-Plastron appendiculaire ...4- Occlusion intestinale 5- Péritonite aigue.....6-Cholecystite aigue....7-Hernie simple8-Hernie étranglée...9-Hemoperitoine...10-Hydrocele...11-Abces hépatique...12-Maladie hémorroïdaire ...13-Prolapsus rectal...14-Lithiase de la voie biliaire principale...15-stenose caustique de hépatique...16-Brûlure...17- Fistule anale...18- fissure anale:... 19- Abcès anal...20-Obstruction Tubaire...21-Tumeur gastrique...22-Tumeur du Foie...22-Cancer du Pancréas....23-Tumeur du Sein...24-AUTRES.....

3.GESTE CHIRURGICALE REALISE

1-Laparotomie...2-Inguinotomie...3-Detorsion...4-Desinvagination...5-Section débrides...6-Colectomie ...7-Sigmoïdectomie...8-Resection simple de la Tumeur...9-Anastomose termine terminale...10-Anastomose termine latérale...11-Anastomose latere latérale ...12-Colostomie selon la technique D'Hartman...13-Colostomie d'attente de Bouilli...14-Volkman

4.EXAMENS PARACLINIQUES

A-BIOLOGIE : 1-NFS 2-Creat 3-Groupage Rhésus 4. ASAT/ALAT 5- TP TCA 6-Phosphatase alcaline 7-Marqueurs tumoraux 8- Glycémie 9. GE 10. Autres :

B-IMAGERIE : 1-ASP 2-SCANNER 3- ECHOGRAPHIE 6-TDM TAP 8-Autres :

C-ENDOSCOPIE : -ANORECTOSCOPIE...-FIROSCOPIE...-COLOSCOPIE...-TOGD

5. SUITES OPERATOIRES

– Simples

– Compliquées : – Hémorragies – Abscesses de paroi – Fistule digestive – Retard de Cicatrisation – Eventration – Eviscération – Formation de cicatrices chéloïdiennes – Granulomes sur fils – Récidives

– Si autre, préciser : ...

6. HOSPITALISATION :

- Date d'entrée

- Date de sortie

- Durée totale d'hospitalisation

III. AYANTS DROITS ECONOMIQUES ET FINANCIERE

- Informations sur des dépenses directes en sante des ménages

Coût de la consultation.....

Coût de l'opération

Coût d'hospitalisation.....1-Dans le service.....2-En REA.....

Coût des médicaments ou ordonnances.....

Coût des examens complémentaires

Coût direct en santé.....

- Informations sur des dépenses indirectes en sante des ménages

Frais de transport.....

Frais des crédits téléphoniques

Frais des alimentations.....

Coût indirect en santé.....

– Coût total de prise en charge payé par le malade à sa sortie.....

- Informations sur le Revenu des ménages

. REVENU MENSUEL

-Chef de ménage

-Patient(e).....

-Autres revenus.....

-Revenu total.....

. REVENU ANNUEL

-Chef de ménage.....

-Patient(e).....

-Autres revenus.....

-Revenu total.....

-Information sur les sources du paiement

1. La Famille ou Ménage 2. Sécurité sociale 3. Entreprise 4. Lui-même 5-Autres

-Informations sur le mode de paiement

1.En espèce..... 2. Par engagement.....3. Endettement.....4. Vente de biens5-
Virement.....5.Autres.....

-Pourcentage de dépense directe en santé budgétaire du ménage

1.sup 40%.....2.inf 40%.....

ICONOGRAPHIE



Figure 11: Poche de stomie adapte fabriquée à l'usine



Figure 12: Poche de stomie fabriquée à la main par patient



Figure 13: Image d'une poche de stomie adapté par un plastique

FICHE SIGNALITIQUE

NOM : KEITA

PRENOM : Mohamed

TITRE : Chirurgie et pauvreté dans le service de chirurgie Générale du CHU Gabriel TOURE

Année Universitaire : 2023-2024

Ville de Soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la F.M.O.S.

Secteur d'intérêt : Chirurgie Générale

Résumé :

Il s'agissait d'une étude descriptive a collecte de donnée prospective avec pour but d'évaluer le risque de dépense appauvrissante ou catastrophique d'un ménage des suites des soins chirurgicaux au service de chirurgie générale du CHU-Gabriel TOURE. Durant les 11mois, notre étude s'est portée sur 300 patients opérés sur l'ensemble des malades opérés et hospitalisés. La tranche d'âge des patients la plus représenté était de 15-24 ans avec une prédominance masculine soit 73% et 41% de non scolarisé. Les chefs de ménages âgés de 50-64 ans étaient majoritairement représentés, avec une majorité faisant fonction dans un secteur informel soit 76,4%. Une population d'étude résidant en zone rurale a été la plus représenté soit 75,8%. Les urgences chirurgicales ont été le mode de recrutement majoritairement rencontré soit 58% dont les cas de péritonite aiguë, les pathologies fréquemment opérés 18%. Selon le devenir de nos patients 15,3% ont présenté des complications post opératoires et un séjour moyen de 9 jours pour des extrêmes de 2 à 40 jours. La dépense total moyenne payé par nos ménages pour toute pathologie confondue a été de 346506,55±155355,5 F CFA et Seulement 28% de nos ménages avaient d'autres sources de revenu avec un revenu mensuel moyen par ménage de 174400±161453,23 F CFA. La presque totalité de nos ménages ont effectué une dépense catastrophique soit 99,3% responsable d'endettement (18,7%), de vente de bien (14,3%) ou d'engagement (3%) d'un ménage suite au soins chirurgicale

Conclusion : La présente étude a permis d'analyser l'impact que peut avoir les dépenses de soins chirurgicaux hospitaliers sur les ménages entraînant inéluctablement la paupérisation du ménage.

Mots clés : Ménage, coût, dépense catastrophique, revenu, chirurgie générale, CHU Gabriel TOURE

Summary:

This was a descriptive study with prospective data collection with the aim of assessing the risk of impoverishing or catastrophic expenditure of a household following surgical care in the general surgery department of CHU-Gabriel TOURE. During the 11 months, our study focused on 300 operated patients out of all the patients operated on and hospitalized. The most represented age group of patients was 15-24 years old with a male predominance of 73% and 41% not in school. Heads of households aged 50-64 were mainly represented, with a majority working in an informal sector, i.e. 76.4%. A study population residing in rural areas was the most represented, i.e. 75.8%. Surgical emergencies were the majority of recruitment methods encountered, i.e. 58%, including cases of acute peritonitis, frequently operated pathologies 18%. According to the outcome of our patients, 15.3% presented post-operative complications and an average stay of 9 days with extremes of 2 to 40 days. The average total expenditure paid by our households for all pathologies combined was 346,506.55±155,355.5 F CFA and only 28% of our households had other sources of income with an average monthly income per household of 174,400±161,453.23 F CFA. Almost all of our households have made a catastrophic expense, i.e. 99.3% responsible for debt (18.7%), sale of property (14.3%) or commitment (3%) of a household following surgical care

Conclusion: The present study made it possible to analyze the impact that hospital surgical care expenses can have on households, inevitably leading to the impoverishment of the household.

Keywords: Household, cost, catastrophic expenditure, income, general surgery, CHU Gabriel TOURE

SERMENTS D'HYPOCCRATE

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

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je 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 reçue de leurs pères.

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

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !!