

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR ET DE LA  
RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI  
Un Peuple- Un But- Une Foi



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

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2009-2010

N°.....

TITRE

EVALUATION DE LA QUALITE DES SOINS  
EN CHIRURGIE GENERALE  
CHU GABRIEL TOURE

THESE

Présentée et soutenue publiquement le / / 2010 devant  
La Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie  
Par

*M. ABDOULAYE KANTE*

*INTERNE DES HÔPITAUX*

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

JURY

**PRESIDENT** : Pr. Youssouf COULIBALY  
**MEMBRE** : Pr. Sadio YENA  
**CODIRECTEUR** : Dr. Adégné TOGO  
**DIRECTEUR DE THESE** : Pr. Gangaly DIALLO

## **DEDICACES**

***Je dédie cet essai***

**A Allah, le Tout Puissant,**

Seigneur de l'univers, Maître du jour de la rétribution.

**« Je crois en Toi, je me remets à Toi, je rendrais compte à Toi, Seigneur accroît mes connaissances, guide mon cœur par Ta Science».**

**A mon père Ibrahim Kanté**

Ce n'est pas sans émotion que j'évoque ici ton nom. Merci de m'avoir éduqué sans violence, voilà ce grand jour, fruit de tes efforts. Ta place est là, et je ne t'oublierais jamais.

**A ma mère Fanta Dicko**

Faible tribut de reconnaissance à toi, dont les sacrifices m'ont permis de faire ce premier essai scientifique.

La sagesse, la tendresse et la vigilance que tu m'as couvées depuis le berceau jusqu'aujourd'hui, ont été capitales dans ma vie.

Je garderai toujours à l'esprit que je dois cette réussite à tes immenses qualités de mère.

Qu'Allah le tout puissant t'accorde encore une longue vie à nos côtés pour goûter le fruit de ce travail.

**A Mon épouse Diba Diakité**

Je voudrai que tu trouves dans ce travail, le fruit des efforts que tu as consenti à mon égard. Merci d'être pour moi non seulement une épouse, mais aussi et surtout une mère.

Recevez à travers ce modeste travail qui est du reste le tien tous mes sentiments d'amour .

### **A mon fils Ibrahim Abdoulaye Kanté**

Je veux que tu sois un fils exemplaire

### **A ma belle famille**

Vous m'avez donné le foyer que j'avais besoin. Sachez que ce travail est le votre. Puisse Dieu vous garde longtemps parmi nous pour goûter aux fruits de ce que vous avez semé. Amen

### **A ma grand-mère feu Mablé**

«Les morts ne sont pas morts, ils sont parmi nous » a dit un poète. C'est avec une grande émotion que j'évoque ici ta mémoire. En nous quittant pour toujours, tu nous as laissés dans le désarroi, grand-mère de ton vivant tu m'as toujours poussé au courage et à la persévérance, vertus de tout succès et voilà qu'aujourd'hui ton Dieu t'a rappelée. Que ton âme repose en paix.

### **A mon oncle feu Morikè Dicko**

Pour tous les soutiens que tu m'as apportés tout au long de mes études. Je te dois ce jour-ci, ces mots de sincère reconnaissance. Qu'Allah le miséricordieux t'accueille dans son paradis éternel.

### **A mes tantes Mariam Dicko, Leyla Touré :**

Pour vos sages conseils et tout le soutien que vous m'avez apportés tout au long de mes études. Qu'Allah vous accorde une longue vie. Sincères reconnaissances.

**A mes cousins:**

**-Djibril Kanté, Sotigui Kanté, Balla Kanté, Ibou Kanté, Papa Kanté, Youssouf Kanté, Aboubacar Kanté, Boubacar Kanté :**

Je vous admire beaucoup, je vous remercie pour vos conseils et soutiens qui furent d'un apport inestimable dans ma vie d'élève et d'étudiant acceptez ici ma profonde gratitude.

**A mon Tonton: Mamadou Kanté**

Je n'oublierai jamais ton soutien inlassable et indéfectible.

Tu as été pour moi un père, un frère, un confident enfin un pilier par la grâce de Dieu.

Tes conseils prévoyants, justes et avisés ont constitué un phare qui m'a éclairé avec espoir.

**A ma Cousine: Habi Kanté**

Malgré les brimades de la solitude, de la distance et du temps, tu gardes « la pêche ».

Ton soutien affectueux, comme une onde d'eau, m'a charrié tout doucement et tendrement dans ce travail.

Qu'Allah, le Tout Puissant accepte et exauce ce vœux le plus éminent qui nous anime.

• **A mes ami(e) s :** Mamadou Ballo, Ousmane Ballo, Karounga Camara, Daouda Camara, Nassiriman Doumdia , Alassane Diakité, Bacary Keita.

Que je ne puisse les nommer tous, mais je suis sûr qu'ils sauront se reconnaître.

**Aux docteurs Samuel Jean kenfack Djibrilla Kanté, Amadou Maiga et Samaké Moussa**

Chers grands-frères soyez rassurés de ma profonde reconnaissance, de mon respect et de ma sympathie.

Je vous remercie de votre assistance, votre soutien et votre participation à ma formation.

### **REMERCIEMENTS**

A tous les médecins, internes, thésards et infirmiers du service de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré :

**Aux Spécialistes en Chirurgie :** Professeur Gangaly Diallo Mahamane Traoré, Dr Lassana Kanté, Adama Diakité, Dr Adégné Togo « Pierre », Alhassane Traoré, Abdrahamane Samaké, Dr Bakary Bembélé, Dr Mamby Keita, Dr Yakariya Coulibaly pour m'avoir encadré.

**A mes aînés :** Dr Diabira Lassana, Dr Lémine Dicko, Dr Togo Fatim Maiga, Dr Traoré Birama Cheick, Dr Traoré Boncana, Dr Traoré Bathio, Dr Sogoba, Dr Konaté Madiassa.

**Aux Internes :** Oumar Ongoiba, Idrissa Tounkara et Abdoulaye Diarra.

**A mes promotionnaires :** Moussa S Sissoko, Alphamoye Diakité, Adama Koné, Adama Diakité, Kadidia Touré, Kiffery Keita, Emmanuel Dakouo, Oumar Boré, Issiaka Diarra, Ousmane

Coulibaly que Dieu vous accorde une longue vie et une riche carrière.

**A mes cadets :** Bénoi Kamaté, Dassoun Daou, Christian Théra, Assistan Koné, Abdoulaye T Sidibé, Mohamed L Touré, Kassambra, Mamadou Souaré, Aliou Doumbia, Sékou Kanté je vous exhorte à plus de courage et de persévérance dans le travail.

**Au personnel infirmier :** Koulou Diarra, Nama Diarra, Keita, Moussa Doumbia et tous les autres.

Merci à tous ceux qui n'ont pas pu être cités ici et qui ont contribué à la réalisation de cette œuvre et à tous ceux qui m'ont porté dans leur cœur durant ma vie scolaire et estudiantine.

**A tous mes enseignements, du fondamental à la faculté**

***Je profite de cette occasion solennelle pour vous adresser mes sincères remerciements et ma grande reconnaissance.***

## **BREVIATION**

AG= Anesthésie Générale

AL= Collaborateurs

ALR= Anesthésie Locorégionale

ANAES= Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

Anapath.= Anatomopathologie

ANDEM= Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale

ASA= American Society of Anesthesia

ASP= Abdomen sans Preparation

ATT= Anastomose Termino-Terminale

BPO= Bilan Préopératoire

CAMES= Conseil Africain et Malgache pour l'Enseignement Supérieur

CEE= Communauté Economique Européenne

CES= Certificat d'Etude de Spécialité

CFA= Communauté Financière Africaine

CPO= Complications Postopératoires

DRG= Diagnostics Related Groups

ECBU= Examen Cytologique et bactériologique des urines

ECG= Electrocardiogramme

EPA= Etablissement Public à caractère Administratif

GEU= Grossesse Extra Utérine

GMH= Groupe Homogène de Malades

INPS= Institut National de Prévoyance Sociale

NFS= Numération Formule Sanguine

OAP= Œdème aigu du poumon

O.M.S = Organisation Mondiale Santé

QALY= Quality Adjusted Life Years

RA = Revenu annuelle

SFAR= Société Française d'Anesthésie et de Réanimation



## **A notre Maître et Président de Jury**

### **Pr. Youssouf COULIBALY**

**Professeur Agrégé en Anesthésie Réanimation à la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie (F.M.P.O.S) de Bamako.**

**Chef de service d'Anesthésie Réanimation et des urgences du CHU « Point G ».**

Cher Maître, c'est un grand honneur pour nous de vous avoir comme président du jury.

Ce choix s'explique par votre personnalité.

Cher professeur, nous avons été ravis par vos connaissances scientifiques, votre regard avisé, critique et juste, votre simplicité et votre patience. Vos enseignements précis et brefs nous ont tout le temps charmés depuis les amphithéâtres de la faculté jusqu'au suivi de ce travail.

Veillez agréer, cher Maître, Président de ce jury l'expression véritable de notre profonde gratitude et de notre vive admiration.

## **A notre Maître et Juge**

### **Pr. Sadio YENA**

**Professeur Agrégé en chirurgie thoracique à la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie (F.M.P.O.S) de Bamako.**

**Chargé de cours de pathologie chirurgicale thoracique et d'anatomie générale.**

**Praticien Hospitalier au CHU « Point G ».**

**Président de la société malienne de chirurgie thoracique et cardiovasculaire.**

**Président de l'association malienne de Télé médecine.**

**Coordinateur de formation en CTCV**

**Membre fondateur de REMICOM/KENEYABLO.**

Cher maître, votre sérénité professionnelle et votre bienveillance à nous assurer une formation de qualité font de vous un maître respecté.

Vous aviez spontanément accepté de siéger dans ce jury malgré vos multiples préoccupations.

Cher maître soyez rassuré de notre profonde reconnaissance et de notre respect.

## **A notre Maître et Co-directeur de thèse**

### **Docteur Adégné TOGO**

**Maître Assistant en Chirurgie Générale à la faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie (F.M.P.O.S) de Bamako.**

**Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré.**

Nous avons été séduits par votre abnégation à la recherche scientifique.

Votre disponibilité, votre courtoisie, votre simplicité, la clarté de vos enseignements, votre amour pour le travail et tant d'autres de vos qualités humaines font de vous un modèle à suivre.

Que le Tout Puissant vous honore d'une sagesse immense.

Veillez croire à l'expression de notre gratitude et notre profonde reconnaissance.

## **A notre Maître et Directeur de thèse**

### **Professeur Gangaly DIALLO**

**Professeur titulaire en chirurgie viscérale à la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie (F.M.P.O.S) de Bamako.**

**Chef de service de la chirurgie générale au CHU Gabriel Touré**

**Médecin Colonel des Forces Armées du Mali**

**Chevalier de l'Ordre de Mérite de la Santé**

**Secrétaire général de la Société de Chirurgie du Mali**

**Trésorier de l'Association des Chirurgiens d'Afrique Francophone**

C'est un grand honneur pour nous, cher Maître, de vous avoir comme Directeur de cette thèse.

Votre exigence scientifique, votre rigueur dans le travail bien fait, votre disponibilité et votre esprit de partage font de vous un personnage international et respecté.

Ainsi cher maître veuillez recevoir en ce jour solennel, le salut de l'engagement combien inestimable tant dans la formation reçue que dans le suivi constant du présent travail.

Cela dit cher professeur, nous pouvons nous glorifier d'avoir été parmi vos nombreux élèves à qui vous avez tout donné.

Recevez cher Maître l'expression de notre profonde gratitude.

Qu'Allah vous donne une longue vie afin que nous puissions continuer à bénéficier de vos enseignements. Amen !

# **SOMMAIRE**

<b>I/INTRODUCTION.....</b>	<b>1-2</b>
<b>II/OBJECTFS .....</b>	<b>3</b>
<b>III/GENERALITES.....</b>	<b>4-12</b>
<b>IV/METHODOLOGIE.....</b>	<b>13-15</b>
<b>V/RESULTATS.....</b>	<b>16-62</b>
<b>VI/ COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS</b>	<b>63-75</b>
<b>V/CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS</b>	<b>76-79</b>
<b>VII/BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>80-83</b>
<b>ANNEXES.....</b>	

## **INTRODUCTION**

La médecine a toujours évolué vers la recherche d'une qualité de plus en plus élevée. Cette recherche de qualité s'est manifestée par la lutte contre les maladies.

L'évaluation des pratiques médicales est un ensemble de processus pour aider le professionnel de la santé à faire le meilleur choix diagnostique et thérapeutique pour le malade et la société. [1]

L'activité d'un service hospitalier peut être évaluée de façon quantitative (étude épidémiologique ou thérapeutique d'une pathologie), économique (soit en appréciant le coût de la prise en charge soit le rapport coût- bénéfice) ; elle peut aussi se faire de façon qualitative [1 ; 2]. L'évaluation qualitative apprécie les résultats thérapeutiques, les séquelles du traitement et la satisfaction du patient à la fin de son séjour hospitalier [1]. Le contrôle de la qualité des soins a pour objectif de réduire ou de supprimer les soins inutiles et d'améliorer la qualité des soins utiles tant dans leur indication que leur mise en œuvre. [3]

L'organisation mondiale de la Santé définit la qualité dans les établissements de santé comme une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient, l'assortiment d'acte diagnostique et thérapeutique qui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un résultat au moindre risque iatrogène et pour la grande satisfaction du malade, en terme de procédure, de résultat et de contacts humains à l'intérieur du système de soins. [1 ; 4]

La démarche qualité doit aussi créer pour le personnel soignant un milieu favorable à son épanouissement professionnel et humain.

Cette évaluation des pratiques médicales est une discipline en plein essor dans les pays développés. [5]

### **En Amérique du Nord :**

Aux USA, Donabedian a jeté les bases conceptuelles de cette discipline en 1960 et elle fut institutionnalisée au Congrès en 1972. [6].

En 1979 on a assisté à la création des comités d'évaluation nationale : avec comme corollaire l'association des malades dans la recherche de la qualité des soins tels que : National Comity For Quality Assurance (NCQA) et the health Maintenancy Organization (HMO). [7]

Le Canada a aussi développé une politique nationale et régionale depuis 1979 avec le comité canadien d'accréditation et d'évaluation. [8]

### **En Europe :**

Le Royaume Uni a mis en place un programme national d'audit clinique en 1979 piloté par the king's Center For health Service Développement. [9]

En France, ce processus d'évaluation médicale n'est devenu d'actualité qu'au début des années 1980 [10] et fut entériné avec la création de l'Agence National pour le Développement de l'Evaluation Médicale(QNDEM) qui fut relayée en avril 1996 par l'Agence National d'Accréditation et d'Evaluation en santé (ANAES). La loi sur la réforme hospitalière a donné une place importante à cette discipline dans le système de soins français. [11]

En 1992 les membres de la CEE organisés autour de l'European Heath Care For Management Association (EHMA) ont développé des stratégies de mise en place des centres de soins de qualité. [12]

Dans les pays en développement les travaux sur l'évaluation des pratiques médicales sont rares en particulier dans le milieu hospitalier [12]

En Afrique francophone si l'évaluation de certains programmes de santé comme le Programme Elargi de Vaccination est devenu habituel, celle des structures hospitalières est rare alors que l'hôpital consomme une grande partie du budget national de santé. [9,13]

Au Mali, bien que les travaux d'évaluation sur la qualité des soins soient rares en milieu hospitalier, il faut noter que KONDO F. et BALIQUE H ont étudié la qualité des soins dans certains établissements privés de la ville de Bamako, Dembélé la qualité des soins dans le service de chirurgie générale du CHU du Point G et BOIRE celles des services médicaux et médico-techniques de l'hôpital Gabriel Touré [7 ; 14]

Dans notre service à l'hôpital Gabriel Touré plusieurs études de thèse ont été effectuées mais aucune de ces études n'a intéressé à la fois le degré de satisfaction du patient à sa sortie et l'évaluation des différentes techniques et pratiques de soins.

Nous avons initié cette étude dans le service de chirurgie générale de l'hôpital Gabriel Touré avec comme objectifs :

## **2.OBJECTIFS :**

### **2.1 OBJECTIF GENERAL :**

Evaluer la qualité des soins en chirurgie générale au CHU de Gabriel Touré

### **2.2 OBJECTIFS SPECIFIQUES**

- Décrire les ressources, les structures et les activités du service,
- Déterminer le degré de satisfaction du patient à sa sortie,
- Identifier les difficultés dans la prise en charge des patients,
- Décrire les complications postopératoires.



### **III : METHODOLOGIE**

#### **1 : TYPE D'ETUDE**

Il s'agissait d'une étude prospective et transversale.

#### **2 : PERIODE D'ETUDE**

Notre étude a été effectuée durant trois mois du 1<sup>er</sup> juin au 31Août 2008

#### **3 : CADRE D'ETUDE :**

Cette étude a été effectuée dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré, qui constitue la référence au sein de la pyramide sanitaire nationale.

Transformé en 2006 en un centre hospitalier universitaire (CHU) ; actuellement il compte en son sein une quinzaine de services spécialisés dont le service de chirurgie générale.

Le service de chirurgie générale a une activité chirurgicale diverse, à prédominance digestive.

#### **Activités de formation et de recherche :**

- ❖ Stage interné pour les internes en spécialisation en chirurgie générale,
- ❖ Stage de qualification pour les médecins en spécialisation en chirurgie générale(CES),
  
- ❖ Stage pour les étudiants de la 6<sup>ème</sup> et 7<sup>ème</sup> année préparant une thèse de doctorat en médecine,
- ❖ Stage infirmier pour les infirmiers du 1<sup>er</sup>, du 2<sup>ème</sup> cycle et les aides soignants.
- ❖ Stage d'apprentissage clinique pour les étudiants de la 1<sup>ème</sup>, 2<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup>, 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> année médecine.

Le service se charge aussi de l'élaboration des publications scientifiques dans le cadre de la préparation des assistants chef de clinique au concours d'agrégation du CAMES.

## **4 : PATIENTS**

### **4.1 : CRITERES D'INCLUSION**

- ✓ Les malades hospitalisés et opérés par les chirurgiens du service.

### **4.2 : CRITERES DE NON INCLUSION:**

- ✓ Les malades opérés par d'autres chirurgiens mais hospitalisés dans le service,
- ✓ Les malades non opérés.

### **4.3 : ECHANTILLONNAGE**

Nous avons recruté systématiquement tous les malades opérés par les chirurgiens du service.

Les malades opérés ont fait l'objet d'une fiche d'enquête individuelle recueillant les données administratives, médicales, thérapeutiques, financières et la satisfaction du patient à la fin de son séjour hospitalier

Pour l'évaluation des structures et du personnel une 2<sup>ème</sup> fiche signalétique, recueillant le nombre de personnel, leur qualification, le nombre de lits de malade, le nombre de bureaux de consultation, le nombre de salle de garde, l'équipement et les différentes activités.

## **5 : DEROULEMENT DE L'ENQUETE**

L'enquête s'est déroulée en un mois. La phase préliminaire a concerné à l'élaboration des fiches d'enquête. Ensuite l'enquête a été faite par la même personne pour éviter les erreurs. La phase de saisie des données et du texte a duré environ 2 mois.

## **6 : LES SUPPORTS**

***Les supports qui nous ont permis de mener cette étude sont :***

- La fiche d'anesthésie pour la classification ASA et la durée opératoire,
- Les dossiers des malades venus en consultation ou hospitalisés,

## **7 : L'ANALYSE DES DONNEES ET SAISIES**

Les données ont été analysées sur le Logiciel EPI INFO 6.01b et la saisie du texte sur logiciel WORD.

Les textes de validité utilisés ont été le chi 2 et le T de student.

## **I GERALITES**

### **1DEFINITION9 : DEFINITION OPERATIONNELLE**

Les critères quantifiables et comparables dans notre contexte ont été adoptés :

➤ **L'activité :**

Pour chaque acte chirurgical nous avons eu à déterminer le nombre en faisant ressortir les actes programmés, urgents, et les actes de petite chirurgie.

➤ **La notoriété :**

L'attrance des malades pour un service, la référence et la confiance qu'un médecin peut avoir pour un service hospitalier peuvent être quantifiées.

➤ **Complications péri opératoires :**

Toutes les suites anormales, les incidents et accidents opératoires ont été mentionnés. La mortalité opératoire comparée aux autres années.

➤ **La technicité :**

Ce critère permet de mesurer le pourcentage des actes complexes par rapport aux actes simples.

➤ **La durée de séjour :**

Une durée moyenne du séjour témoigne d'un taux élevé de suites simples et d'une bonne organisation du service.

### **1-1 : EVALUATION**

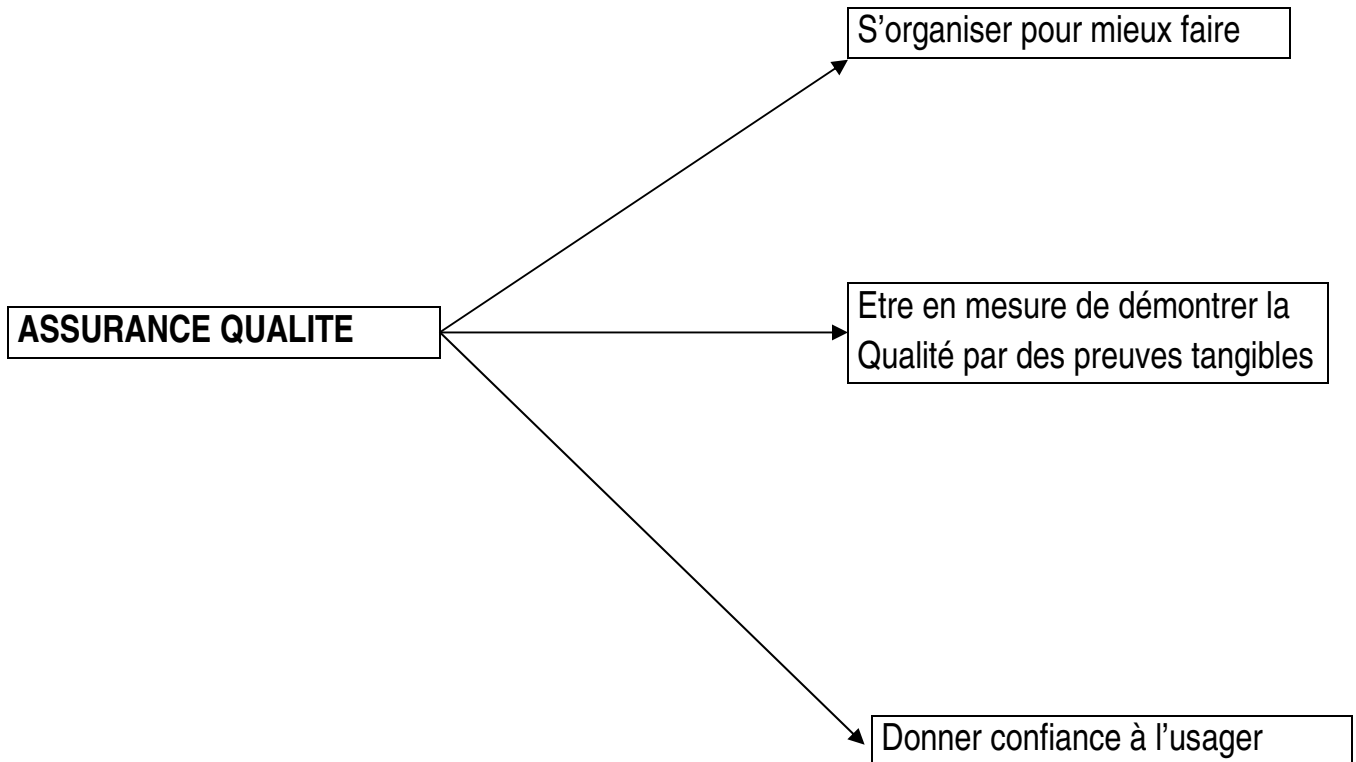
Selon le dictionnaire des termes français, évaluer c'est donner une valeur permettant de faire un jugement ou un classement. L'évaluation est l'action d'évaluer.

### **1-2 : QUALITE [43]**

Elle est l'ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites du demandeur.

## **1-2 : ASSURANCE QUALITE [43]**

L'assurance qualité est la mise en œuvre d'un ensemble approprié de dispositions pré établies, systématique et destinées à donner confiance à l'obtention de la qualité requise.



## **2 : LES DONNEES ET LES METHODES : (30)**

Depuis 1966 Donabedian A a défini les champs d'application de l'évaluation en santé ;  
En 1987 L'OMS a réactualisé ces différents domaines qui sont :

- ❖ L'évaluation des structures
- ❖ L'évaluation des stratégies
- ❖ L'évaluation des résultats

### **2-1 : EVALUATION DES STRUCTURES (30)**

L'évaluation des structures de soins doit être abordée selon plusieurs axes ;  
Les critères d'évaluation sont nombreux : activité, efficacité, qualité des soins, coût etc.  
Ces quelques critères suffisent à illustrer la complexité potentielle de ce domaine d'autant plus que l'approche doit être centrée sur la prise en charge globale du malade. Elle va prendre en compte différents champs au sein d'une structure ;

#### **1. La fonction hospitalière :**

- Fonction hospitalière
- Les fonctions administratives,
- Urgences et accueil,
- Plateaux médicaux techniques

**2. Les pratiques et le fonctionnement de la structure sanitaire ;**  
(elle doit être centrée sur la prise en charge globale du patient).

**3. Les pratiques professionnelles des catégories socioprofessionnelles**  
(Pratique médicale, paramédicales et administratives).

#### **2-1-1 : L'EVALUATION DES RESSOURCES ECONOMIQUES (33)**

L'évaluation des ressources économiques consiste en une appréciation du rapport entre les in-puts (moyens mis en œuvre) et les out-puts (résultats obtenus) selon Drumond 1984. Soit la forme la plus achevées, celle de l'analyse coût - bénéfice, elle se donne pour objectif de vérifier si l'investissement (portant sur les biens non marchands) dégage un surplus social qui maximise la différence entre les bénéfices et les coûts pour la collectivité.

Elle est donc censée aider à déterminer les seuils au-delà desquels un effort médical ou sanitaire ne saurait plus socialement justifier (MOATTI 1988).

Elle procède en une analyse comparative de différentes alternatives d'action en termes de coûts et de conséquence. C'est ainsi qu'elle apprécie le coût global la prise en charge d'une pathologie.

Le coût global se compose du coût direct et indirect .Le rôle de l'évaluation économique revient à apporter des éléments quantifiés d'appréciation de l'intérêt pour la collectivité d'une pratique médicale donnée et des modalités concrètes de sa mise en œuvre. L'évaluation doit donc mettre en balance le coût et les conséquences des pratiques médicales. Quatre types d'analyses peuvent être envisagés.

**TABLEAU 1 : ESQUISSE D'UNE TYPOLOGIE DES ETUDES D'EVALUATION ECONOMIQUE DE PROCEDURES MEDICALES**

TYPE	MESURE COUT	IDENTIFICATION DES CONSEQUENCES	MESURE DES CONSEQUENCES
1. Minimisation Des coûts	Francs	Conséquences Identiques pour Toutes les alternatives	Aucune
2. Cout-efficacité	francs	Indicateurs d'efficacité à dimension unique	Unité physique : Année de vie Décès évités
3. Cout-utilité	francs	Indicateurs d'efficacité à plusieurs dimensions	QALY (quality adjusted Life year)
4. Coût- bénéfice	francs	Indicateurs d'efficacité à plusieurs dimensions	Francs

- L'analyse de minimisation ou analyse coût identification :  
Son but est d'identifier la stratégie la moins coûteuse sachant que les conséquences des pratiques médicales étudiées sont très voisines. Néanmoins les pratiques médicales aboutissent rarement à des résultats semblables et les analyses de minimisations sont très peu utilisées en santé. Elles peuvent cependant modifier les pratiques médicales. L'unité utilisée est l'unité monétaire par patient traité.
- L'analyse coût -efficacité :  
Face à des pratiques médicales à coût équivalent, on choisira celle offrant la meilleure efficacité. De même face à des pratiques d'efficacité semblable on choisira la moins onéreuse. Elle s'exprime en unité monétaire par unité monétaire par unité physique ou vis

versa. L'unité physique peut être l'année de vie gagnée ou le nombre de décès évités. Cette analyse est difficile à mettre en évidence dans notre étude.

- L'analyse coût -utilité :

Face à la difficulté de résumer l'efficacité d'une pratique médicale en unité trop simple d'année de vie gagnée, l'économiste de santé a élaboré une unité plus achevée "l'unité QALY" (quality adjusted life year). Elle compte non seulement la longévité mais aussi la qualité de vie permise par la pratique médicale.

- L'analyse coût -bénéfice :

Elle vise à comparer le coût d'une pratique au regard de son résultat et les moyens mis en œuvre qui sont comparées par la même unité qui est l'unité monétaire.

Afin d'intégrer l'évaluation des pratiques médicales au système de santé deux catégories d'outils sont nécessaires, d'une part des outils « d'information » et d'autre part des outils de décision :

- Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)
- Les groupes homogènes de malades (GMH) chez les français et DRG (diagnosis related groups) aux Etats-Unis.

## **2-2 EVALUATION DES STRATEGIES**

Actuellement on assiste à une évolution des moyens techniques et une augmentation des coûts de santé. Il est donc nécessaire d'établir le cadre permettant d'obtenir des réponses claires à des questions touchant à l'efficacité et à l'utilité des technologies.

Si l'on se réfère à la définition de l'Office of Technology Assessment (OTA) dans son sens le plus large cette démarche prend en compte la sécurité, l'efficacité expérimentale et pragmatique d'une technologie, son coût et son rapport coût- avantage [30].

L'évaluation des stratégies prend en compte des procédures mises en place pour aboutir à des diagnostics et en mettre en marche une thérapeutique pour compter un résultat satisfaisant. Donc il est nécessaire qu'une observation stricte des temps d'un examen clinique, la rapidité, l'efficacité de la démarche diagnostique et l'unité d'un examen complémentaire soient respectées.

## **2-3 : Evaluation des pratiques [30]**

L'évaluation des pratiques pour le professionnel de santé vise à développer un état d'esprit permettant de juger de manière objective l'écart qui existe entre ce que l'on est en droit d'attendre de la mise en œuvre des techniques et les résultats effectivement obtenus. Ce nouvel état d'esprit nécessite un apprentissage de la remise en cause des

attitudes acquises .La démarche d'évaluation de la qualité des soins telle qu'elle discutée sous le terme général d'audit clinique s'effectue selon les étapes suivantes :

- La sélection du thème de l'activité d'évaluation (identification des problèmes prioritaires).
- L'élaboration des critères de qualités des comportements dans la situation choisie (choix d'une attitude de référence).
- La description de la réalité (recherche de la présence ou de m'absence des critères de qualité).
- L'analyse des écarts entre la réalité et les critères de références, analyse des causes puis la recherche de solutions.
- L'évaluation de l'impact des mesures de correction sur la pratique médicale.

A coté de l'audit clinique existent d'autres indicateurs des résultats comme la détermination de la morbidité, de la mortalité et de la satisfaction du patient.

#### **2-4 : LA SATISFACTION DU PATIENT [8]**

L'évaluation de la satisfaction du patient doit tenir compte de niveau socio-économique, d'instruction et d'information sur l'évolution des techniques et procédés médicochirurgicaux.

Bien qu'étant un critère subjectif, elle permet de montrer au patient qu'il est le premier intéressé et sache que tel procédé est techniquement possible par rapport aux ressources mises à la disposition du professionnel de santé.

#### **En conclusion :**

Cette présentation n'est que schématique. Elle a pour but de décrire les différents domaines, il est bien attendu que ces domaines doivent être étudiés parallèlement et c'est qui concourt à l'évaluation interne des établissements de soins, la recherche de la qualité globale et du meilleur service rendu au patient.

Le concept d'évaluation dans le domaine de la santé recouvre différents champs. L'évaluation des stratégies et des techniques médicales concerne trois domaines.



**TABLEAU 2 : LES OUTILS DE L'EVALUATION DE LA QUALITE DES SOINS [16]**

<b>APPROCHE</b>	<b>TRANSVERSALE Concernant les activités</b>	<b>SPECIFIQUE Activité et pathologie</b>
Evaluation des pratiques Professionnelles	Indicateurs de résultat Ou de procédures	Audit clinique Revue de dossier
Assurance qualité	-Audit de structure -Manuel qualité	Analyse de procédure
Qualité totale	-Tableaux de bords -Indicateurs de résultats -Suivi de trajectoire -Satisfaction du patient	Groupes de progrès Cercle de qualité Satisfaction du patient

**2-3 : LES DIFFICULTES DE L'EVALUATION DE LA QUALITE DES SOINS [16]**

Une politique de développement des systèmes de qualité doit tenir compte des avantages mais aussi des résistances que suscitent ce type de changement .Les actions d'évaluation et d'amélioration de la qualité peuvent générer un changement profond qui touche à la fois la culture et les rapports sociaux au sein des établissements de soins. L'adhésion de tous les professionnels à ce changement apparaît comme la condition du succès.

**2-3-1 : ASPECTS CULTURELS [16]**

L'évaluation peut être perçue comme un contrôle administratif. Elle peut être perçue comme une procédure de contrôle, voire une menace dans l'exercice quotidien d'une fonction.

Les professionnels de santé ont une conception de la qualité qui est parfois fondée sur la performance individuelle et perçoivent en ce cas mal les dimensions collectives du résultat du processus de soins .Le secret médical est parfois considéré comme menacé, le légitime attachement des médecins à la confidentialité des données et au secret médical sont parfois avancés comme argument de refus prudent .Donc il faut veiller à ce la responsabilité de l'évaluation soit confiée à des médecins garantissant le respect du secret médical.

**2-3-2 : ASPECTS SOCIOLOGIQUES [16]**

Le pouvoir à l'hôpital est partagé entre trois groupes professionnels :

- Administration
- Corps médical
- Personnel paramédical

Dans ces conditions les opérations de mise en place d'une démarche qualité des soins doit recevoir l'adhésion de tous , condition souvent difficile à obtenir ce qui retarde le

développement de tel projet .Les services médicaux disposent d'une forte autonomie d'action qui leur donne la capacité de résister au changement Les services administratifs n'ont pas de compte à rendre aux travailleurs, l'adhésion des responsables administratifs et médicaux n'est pas suffisante pour développer un système qualité, il faut en plus celle des responsables des services. Il faudra que chacun des trois groupes puisse faire « interface » avec les autres au niveau des services et de l'hôpital.

### **2-3-3 : LE PROBLEME D'ORDRE ETHIQUE [33]**

L'obstacle d'ordre éthique repose sur deux malentendus :

- Les véritables objectifs de la médecine et son champ d'action qui est nécessairement limité mais que l'on croit infini : « consoler beaucoup, soulager le plus souvent et guérir quelque fois ».
- Les agents de santé s'imaginent tirer profit des situations sans évaluation leur laissant ainsi tout pouvoir sur les malades et toute indépendance vis-à-vis de l'administration. Le regain de situations conflictuelles entraîne une régression massive du « pouvoir médical ».

## 4-RESULTATS

### 4-1 EVALUATION DES RESSOURCES

#### 4-1-1 LES STRUCTURES

Le service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré comprend une unité de consultation, une unité d'hospitalisation et des salles opératoires. Le service compte 34 lits d'hospitalisation. Les lits sont repartis entre 3 catégories de confort d'hospitalisation allant de la 1<sup>re</sup> à la 3<sup>ème</sup> catégorie.

**TABLEAU 1a ETAT DES SALLES D'HOSPITALISATION**

<b>SALLES ETAT</b>	<b>SALLES ET G</b>	<b>SALLES O ET H</b>	<b>SALLE N</b>	<b>SALLE M</b>	<b>SALLES J ET I</b>
<b>Surface</b>	3m2	4 m2	3m2	8m sur 4	4m sur 3
<b>Nombre de lits</b>	1 à 2				
<b>Distance entre les lits</b>	1m	Lits collés	Lits collés	50 cm	Lits collés
<b>Matelas sans couverture</b>	oui	oui	oui	oui	oui
<b>Murs</b>	sales	sales	sales	sales	sales

**TABLEAU 1b ETAT DES SALLES D'HOSPITALISATION**

ETAT \ SALLES	SALLES VIP ET G	SALLES O ET H	SALLE N	SALLE M	SALLES J ET I
<b>Toilette</b>	oui	Absente	Absente	Absente	Absente
<b>Ventilation</b>	oui	oui +/-	oui +/-	oui +/-	oui +/-
<b>Climatisation</b>	oui	non	non	non	non
<b>Lumière</b>	Bonne	Passable	Passable	Passable	Passable

**TABLEAU 1c ETAT DES SALLES D'HOSPITALISATION**

ETAT \ SALLES	SALLES VIP ET G	SALLES O ET H	SALLE N	SALLE M	SALLES J ET I
<b>Hygiène</b>	Passable	Précaire	Précaire	Précaire	Précaire
<b>Toile d'araignée plafond</b>	oui	oui	oui	oui	oui
<b>Présence ustensiles et produits culinaires</b>	oui	oui	oui	oui	oui
<b>Présence de mouches et de moustiques</b>	oui	oui	oui	oui	oui
<b>Accompagnant dans les salles</b>	2 ou +	2 ou +	2 ou +	2 ou +	2 ou +
<b>Peinture</b>	sale	sale	sale	sale	sale

**TABLEAU 2 ORGANISATION DE LA CONSULTATION EXTERNE**

ETAT	JOURS DE CONSULTATION			
	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI
<b>Responsable</b>	Chirurgien	Chirurgien	Chirurgien	Chirurgien
<b>Nombre de CES</b>	3 à 4	3 à 4	5 à 6	3 à 4
<b>Début-consultation</b>	08 H	08H	08H	08H
<b>Salle d'attente</b>	Couloir	Couloir	Couloir	Couloir
<b>Téléviseur</b>	Absent	Absent	Absent	Absent

**4-1-2 EVALUATION DE L'EQUIPEMENT**

**TABLEAU 3 ETAT DE L'EQUIPEMENT**

EQUIPEMENTS	NOMBRE	DISPONIBLE	OPERATIONNEL	SUFFISANT
<b>FIBROSCOPE</b>	-	non	oui	non
<b>ECHOGRAPHE</b>	-	non	oui	non
<b>B/APPENDICECTOMIE</b>	04	oui	oui	non
<b>B/HERNIE</b>	03	oui	oui	non
<b>B/CHOLECYSTECTOMIE</b>	01	oui	oui	non
<b>B/LAPAROTOMIE</b>	04	oui	oui	non
<b>B/LAPAROSCOPIE</b>	-	-	-	-
<b>B/PANSEMENT</b>	02	oui	oui	non
<b>TENSIOMETRE</b>	01	non	oui	non
<b>TABLE DE PANSEMENT</b>	01	oui	oui	non
<b>TABLE OPERATOIRE</b>	01	oui	oui	non
<b>CHARIOT</b>	01	oui	oui	non
<b>BAC</b>	01	oui	oui	non
<b>POUBELLE</b>	03	oui	oui	non

#### 4-1-3 EVALUATION DU PERSONNEL

**TABLEAU 4a QUALIFICATION DES MEDECINS DU SERVICE**

<b>PERSONNELS</b>	<b>QUALIFICATION</b>	<b>NOMBRE D'ANNEE D'EXPERIENCE</b>	<b>TYPE DE DIPLOME</b>
Professeur titulaire	Chirurgien	21 ans	CES
Praticien hospitalier	Chirurgien	14 ans	CES
Maitre assistant	Chirurgien	5 ans	CES
Maitre assistant	Chirurgien	1 an	CES
Praticien hospitalier	Chirurgien	3 ans	CES
Praticien hospitalier	Chirurgien	2 ans	CES

En plus des chirurgiens, le service comptait :

- 2 internes des hôpitaux,
- 5 aides de bloc,
- 9 infirmiers
- 2 aides soignants

#### 4-1-4 DONNEES SOCIO-ECONOMIQUES DES PATIENTS

**TABLEAU 1 : REPARTION SELON LE SEXE**

SEXE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Masculin	155	51,7
Féminin	145	48,3
<b>TOTAL</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

Le sexe ratio 1,06 est en faveur des hommes.

**TABLEAU 2 : REPARTITION SELON LA TRANCHE D'AGE**

CLASSE D'AGE	EFFECTIF	POURCENTAGE
0-10	1	0,3
11-20	49	15
21-30	70	21
31-40	72	22
41-50	50	15
51-60	23	7
61-70	27	8,1
71-80	8	2,4
<b>TOTAL</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

Les enfants de moins de 15 ans ont représenté 1,3%.

La moyenne d'âge était de 36,6 ans avec des extrêmes de 10ans et 79ans.

L'écart type de 16 ans.

**TABLEAU 3 : REPARTITION SELON LA PROVENANCE**

PROVENANCE	EFFECTIF	POURCENTAGE
KAYES	23	7,7
KOULIKORO	22	7,3
SIKASSO	17	5,7
SEGOU	8	2,7
MOPTI	5	1,7
TOMBOUCTOU	1	0,3
GAO	5	1,7
KIDAL	4	1,3
BAMAKO	209	69,7
AUTRES PROVENANCES	6	2
<b>TOTAL</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

**TABLEAU 4 : REPARTITION SELON LA PRINCIPALE ACTIVITE**

PRINCIPALE ACTIVITE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Femme au foyer	121	40,3
Cultivateur /éleveur	50	16,7
Elève / Etudiant	34	11,3
Fonctionnaire	49	16,3
Sans activité	7	2,3
Commerçant	39	13
<b>TOTAL</b>	<b>300</b>	<b>100</b>



**TABLEAU 5 : REPARTITION SELON LE REVENU**

REVENU	EFFECTIF	POURCENTAGE
Revenu faible	284	94,7
Revenu intermédiaire	11	3,7
Revenu élevé	2	0,7
Indéterminé	3	1
<b>TOTAL</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

Revenu faible = malade qui gagne moins de 120000 CFA par mois.

Revenu moyen = malade qui gagne entre 120000 et 240000 CFA par mois.

Revenu élevé = malade qui gagne plus de 240000 CFA par mois.

**TABLEAU 6: REPARTITION SELON LE NIVEAU D'INSTRUCTION**

NIVEAU D'EDUCATION	EFFECTIF	POURCENTAGE
Non instruit	167	55,6
Primaire	78	26
Secondaire	43	14,3
Universitaire	12	4
<b>TOTAL</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

**TABLEAU 7 : REPARTION SELON LA CATEGORIE D'HOSPITALISATION**

CATEGORIE	EFFECTIF	POURCENTAGE
1eme catégorie	25	8,3
2eme catégorie	197	65,7
3eme catégorie	74	24,7
Autres *	4	1,3
<b>TOTAL</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

\*Les malades hospitalisés au service de réanimation.

**TABLEAU8 : REPARTITION SELON LE MODE DE RECRUTEMENT**

MODE RECRUTEMENT	EFFECTIF	POURCENTAGE
Amené par un ancien malade	5	1,7
Amené par un personnel Sanitaire autre qu'un médecin	41	13,6
Référé centre ou hôpital	227	75,7
Venu de lui- même	27	9
<b>TOTAL</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

90 malades soit 59,6% des opérés à froid ont été référés et les 40,4% étaient venus d'eux-mêmes

## BILAN PREOPERATOIRE ET ANTECEDENTS

**TABLEAU 9 : NATURE ET LE NOMBRE DU BILAN SANGUIN PREOPERATOIRE**

NATURE	EFFECTIF	POURCENTAGE
NFS-VS	291	87,3
Groupe sanguin	300	100
Glycémie	151	50,3
Azotémie	136	45,3
Créatinine mie	151	50,3
TS-TC-TCK	151	50,3
Electrophorèse d'hémoglobine	12	4
Transaminases	151	50,3
Biluribuninemie	15	5

**TABLEAU 10 : REPARTITION SELON LE BILAN EN IMAGERIE**

NATURE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Echographie	149	49,7
ASP	78	26
Radiographie de thorax	43	14,3
Radiographie membres	4	1,4
TOGD	2	0,7
Lavement baryté	3	1

**TABLEAU 11 : REPARTITION SELON L'ANOMALIE DU BILAN PREOPERATOIRE**

ANOMALIE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Aucune	208	69,3
Supérieure à une anomalie	37	14,7
1 anomalie	7	
Non précisé	48	16
<b>TOTAL</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

**TABLEAU 12 : LESANOMALIE RETROUNEEES LORS DU BILAN PREOPERATOIRE**

NATURE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Anémie	25	57,5
Bilirubine élevée	1	2,3
Cardiopathie hypertensive	1	2,3
Hyper leucocytose	15	37,5
Phosphatases alcalines élevées	1	2,3
Transaminases élevées	1	2,3
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

## INTERVENTION CHIRURGICALE

**TABLEAU13 : REPARTITION SELON LE TYPE DE CHIRURGIE**

CARACTERE DE LA CHIRURGIE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Chirurgie réglée	151	50,3
Chirurgie urgente	149	49,7
<b>TOTAL</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

**TABLEAU14 : REPARTITION SELON LA SPECIALITE CHIRURGICALE**

TOPOGRAPHIE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Chirurgie viscérale	265	88,3
Traumatologique	4	1,3
Gynécologique	31	10,3
<b>TOTAL</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

**TABLEAU 15 : REPARTITION SELON LA DURÉE PREOPERATOIRE**

<b>SEJOUR</b>	<b>EFFECTIF</b>	<b>POURCENTAGE</b>
< 1	138	46
1-10	156	52,3
11-20	3	1
21-50	3	1
<b>TOTAL</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

La durée moyenne de séjour préopératoire a été de 1,26 jour avec des extrêmes de 0 et 49 jours. L'écart type a été de 4,062.

**TABLEAU 16 : MOTIF DE REPORT DE L'INTERVENTION**

<b>MOTIF</b>	<b>EFFECTIF</b>	<b>POURCENTAGE</b>
Manque d'instruments stériles	2	12,5
Appareil anesthésique en panne	12	75
Bilan manquant	1	6,3
Refus du malade	1	6,3
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>100</b>

**TABLEAU 17 : QUALIFICATION DE PREMIER OPERATEUR ET NATURE DE L'INTERVENTION**

QUALITE	NATURE	
	CHIRURGIEN	C.E.S/INTERNES
Digestive	213	50
Traumatologique	0	4
Gynécologique	29	4
<b>TOTAL</b>	<b>242</b>	<b>58</b>

**Figure 3 : Répartition selon le nombre d'intervention au bloc opératoire**

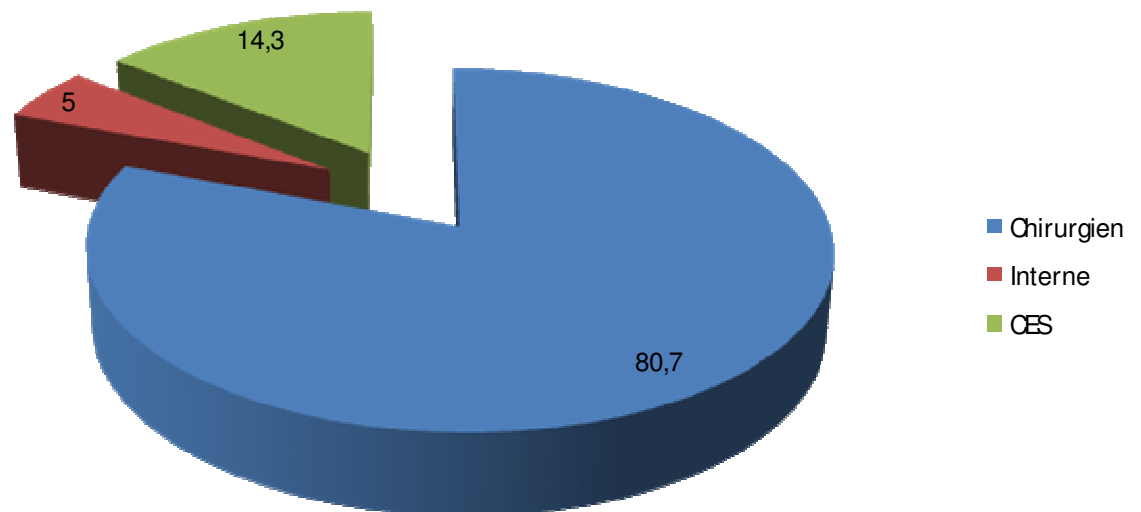


**TABLEAU19 : REPARTITION SELON L'OPERATEUR**

OPERATEUR	EFFECTIF	POURCENTAGE
Chirurgien	242	80,7
Interne	15	5
CES	43	14,3

Dans 27 cas (8,9%) le chirurgien a été premier aide .Dans 10% des cas l'opération s'est effectuée devant lui mais il n'était pas habillé.

**Figure4: Répartition selon l'opérateur en chirurgie réglée et urgence**



**TABLEAU 20 : REPARTITION SELON LE TYPE DE CHIRURGIE**  
**(CLASSES D'ALTEMEIR)**

<b>TYPE DE CHIRURGIE</b>	<b>EFFECTIF</b>	<b>POURCENTAGE</b>
Propre	142	47,3
Propre contaminée	43	14,3
Contaminée	4	1,3
Sale	94	31,3
<b>TOTAL</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

**TABLEAU 21: REPARTITION SELON LA CLASSE ASA**

<b>CLASSE ASA</b>	<b>EFFECTIF</b>	<b>POURCENTAGE</b>
ASA 1	69	23
ASA 2	187	62,3
ASA 3	38	12,7
ASA 4	6	2
<b>TOTAL</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

**TABLEAU 22 : REPARTITION SELON LE TYPE D'ANESTHESIE**

<b>TYPE D'ANESTHESIE</b>	<b>EFFECTIF</b>	<b>POURCENTAGE</b>
AG	236	79
Péridurale	3	1
Rachianesthésie	50	17
Locale	8	2,7
Rachianesthésie +AG	3	1
<b>TOTAL</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

**TABLEAU 23 : PROFIL D'ANESTHESISTE**

<b>QUALITE</b>	<b>EFFECTIF</b>	<b>POURCENTAGE</b>
Médecin	5	1,7
Technicien supérieur en santé	292	97,3
Etudiant en année de thèse	3	1
<b>TOTAL</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

**TABLEAU 24 : REPARTITION SELON LA DUREE DE L' INTERVENTION**

DUREE (MUNITE)	EFFECTIF	POURCENTAGE
< 60	245	80,9
61-120	54	17,8
Supérieure à 120	1	0,3
<b>TOTAL</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

**TABLEAU 25A : REPARTITION SELON LA THERAPIE**

MODALITE OPERATOIRE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Appendicectomie	64	21,3
Cure selon Delorme	2	0,7
Cure selon Bergman	2	0,7
Cure selon Manchester	4	1,3
Cure en paletot selon Mayo	13	4,3
Cure selon Shouldice	13	4,3
Crossectomie+ligature+exérèse	1	0,7
Parage +réduction + Plâtre	4	1,3
Thyroïdectomie subtotale	14	4,6
Résection +colostomies	7	2,3
Rétablissement de la continuité	2	0,7
Résection de la tumeur	5	1,7
Section de la bride	7	2,3
Sphinctérorraphie+ myorraphie+	1	0,3
Périnéorraphie		
Suture + Lavage + Drainage	36	11,9
Résection +Anastomose	10	3,3
Cholécystectomie	4	1,3
Cholécystectomie +anastomose cholédocoduodénale +Biopsie	1	0,3

**TABLEAU 25 B: REPARTITION SELON LA THERAPIE**

<b>MODALITE OPERATOIRE</b>	<b>EFFECTIF</b>	<b>POURCENTAGE</b>
Dévolvulation	2	0,7
Fissurectomie+Dilatation anale		
Fissurectomie+Dilatation anale	1	0,3
Fistulectomie + ligature élastique	2	0,7
Greffe de peau	11	3,7
Gastrostomie d'alimentation	8	2,7
Gastrectomie +anastomose intestinale	1	0,3
Hemorroïdectomies selon Milligan Morgan	10	3,3
Hystérectomie totale	10	3,3
Intervention de Heller	1	0,3
Parage +réduction + Plâtre	4	1,3
Myomectomie +plastie tubaire	7	2,3
Mammectomie+curage ganglionnaire	5	1,7
Mise à plat de l'abcès	2	0,7

**TABLEAU 26 : REPARTITION SELON LA DUREE DE SEJOUR DANS LE SERVICE DES SOINS INTENSIFS**

<b>SEJOUR (EN JOUR)</b>	<b>EFFECTIF</b>	<b>POURCENTAGE</b>
1	3	75
2	1	25
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>100</b>

**TABLEAU 27 : REPARTION SELON LA DUREE EN SALLE DE REVEIL**

<b>DUREE (EN MINUTE)</b>	<b>EFFECTIF</b>	<b>POURCENTAGE</b>
15-30	293	97,6
31-60	3	1
60	4	1,4
<b>TOTAL</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

**TABLEAU 28 : REPARTITION SELON LA SASTISFACTION DE L'OPERATEUR**

<b>SASTISFACTION</b>	<b>EFFECTIF</b>	<b>POURCENTAGE</b>
Satisfait	293	98
Non satisfait	7	2
<b>TOTAL</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

**TABLEAU 29 : REPARTITION SELON LA CAUSE DE NON SASTISFACTION DE L'OPERATEUR**

CAUSES	EFFECTIF	POURCENTAGE
Incidents /Accidents opératoires	2	28,6
Manque de matériels	1	14,3
Malade mal préparé	4	57,1
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>100</b>

### COMPLICATIONS PER OPERATOIRES

**TABLEAU 30 : REPARTITION SELON LES INCIDENTS PER OPERATOIRES**

CAUSES	EFFECTIF	POURCENTAGE
Chute tensionnelle	3	16,6
Intubation difficile	1	5,6
Saignement important	12	67,2
Prise voie veineuse difficile	1	5,6
Saignement à l'intubation	1	5,6
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>100</b>

**TABLEAU 31 : REPARTITION SELON LE MOMENT DE SURVENU DES INCIDENTS PER OPERATOIRES**

MOMENT	EFFECTIF	POURCENTAGE
Induction	2	11,2
Intervention	16	89,6
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>100</b>

**TABLEAU 32 : REPARTITION SELON L'IMPORTANCE INCIDENTS PER OPERATOIRES**

COMPLICATION	EFFECTIF	POURCENTAGE
Mineure	13	72
Importante	5	28
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>100</b>

- Complication mineure = ne mettant pas en jeu le pronostic vital.
- Complication importante= mettant en jeu le pronostic vital.

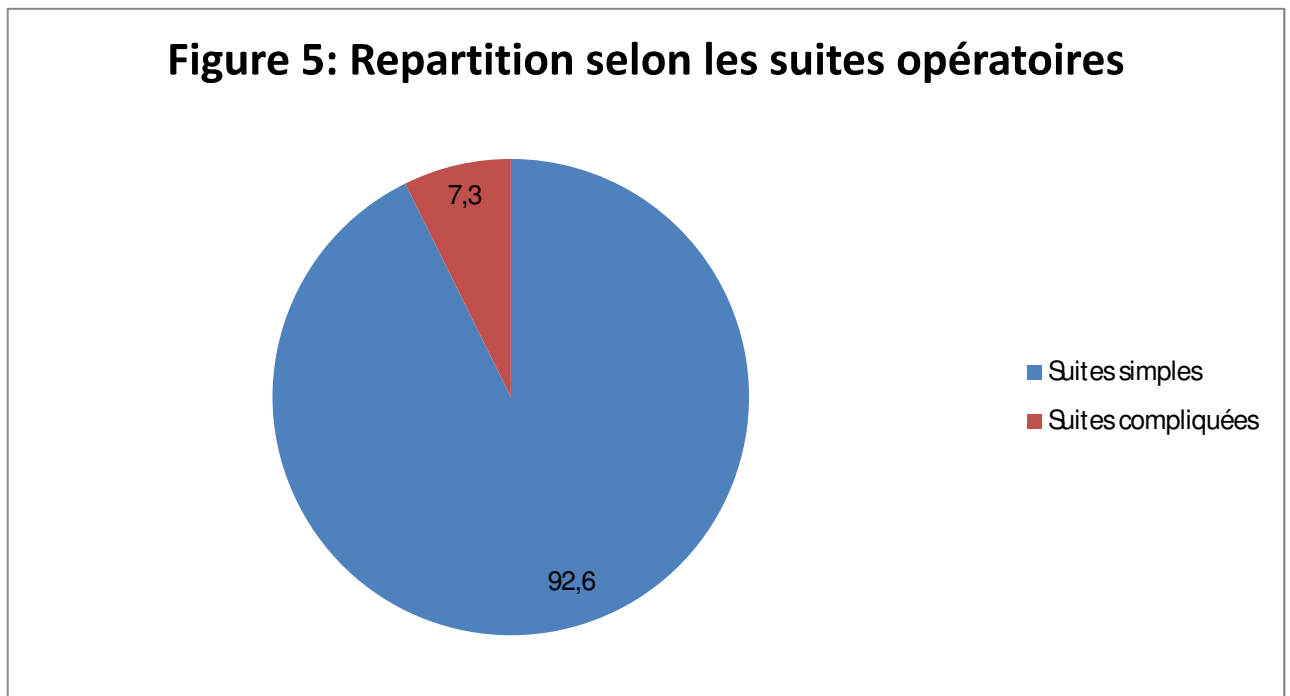


## SUITES OPERATOIRES

**TABLEAU 33: REPARTITION SELON LES SUITES OPERATOIRES**

SUITES OPERATOIRES	EFFECTIF	POURCENTAGE
Suites simples	278	92,6
Suites compliquées	22	7,3
<b>TOTAL</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

**Figure : Répartition selon les suites opératoires**



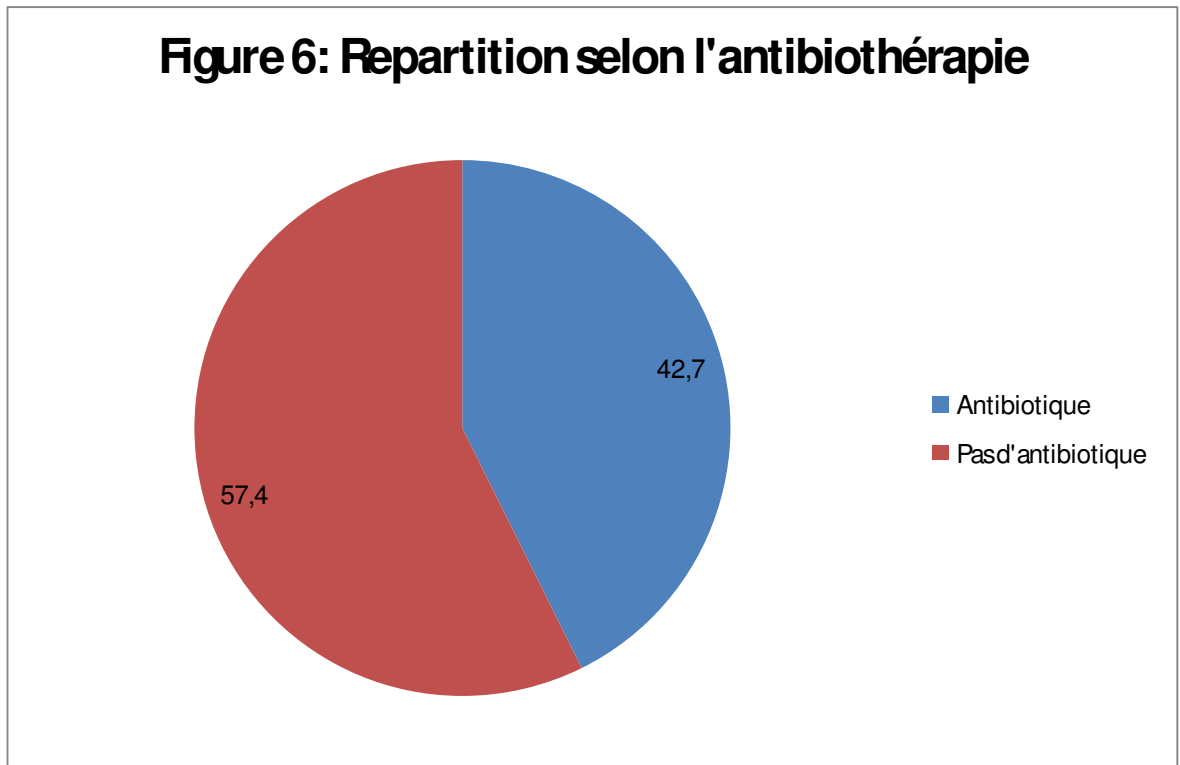
**TABLEAU 34 : NATURE DES COMPLICATIONS POST OPERATOIRE**

<b>NATURE</b>	<b>EFFECTIF</b>	<b>POURCENTAGE</b>
Infection pariétale	11	49,9
Céphalées post ALR	2	9,1
Décès	6	27,6
Brûlures mictionnelles après sondage vésical	2	9,1
Fistule digestive externe	1	4,6
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100</b>

**TABLEAU35 : REPARTITION SELON L'ANTIBIOTHERAPIE**

<b>ANTIBIOTHERAPIE</b>	<b>EFFECTIF</b>	<b>POURCENTAGE</b>
OUI	128	42,7
NON	172	57,3
<b>TOTAL</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

**Figure 6: Repartition selon l'antibiothérapie**



## DECES OPERATOIRES

**TABLEAU 36 : LES CAUSES DES DECES POST OPERATOIRES**

CAUSES	EFFECTIF	POURCENTAGE
Embolie pulmonaire	1	16,7
Choc septique	5	83,3
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>100</b>

**TABLEAU 37 : REPARTITION SELON LE LIEU DE DECES**

LIEU	EFFECTIF	POURCENTAGE
Bloc opératoire	1	16,7
Service de soins intensifs	4	50
Service hospitalier	1	33,3
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>100</b>

**TABLEAU 38 : REPARTITION SELON LA QUALIFICATION DU PERSONNEL PRESENT AU MOMENT DU DECES**

QUALIFICATION	EFFECTIF	POURCENTAGE
Infirmier	1	16,7
Interne des hôpitaux	4	66,6
C.E.S	1	16,7
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>100</b>

**TABLEAU 39 : REPARTITION SELON LE DECES ET LA CLASSE ASA**

<b>DECES ASA</b>	<b>EFFECTIF</b>	<b>POURCENTAGE</b>
ASA 3	1	16,7
ASA 4	5	83,3
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>100</b>

### **DUREE D'HOSPITALISATION**

**TABLEAU 40 : REPARTITION SELON LA DUREE DE SEJOUR TOTAL**

<b>NOMBRE DE JOUR</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>POURCENTAGE</b>
1-10	264	88
11-20	27	9
21-30	2	0,7
31-40	4	1,3
40	3	1
<b>TOTAL</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

La durée moyenne de séjour a été de 6,3 jours avec des extrêmes de 1 à 90 jours. L'écart type était de 8,59.

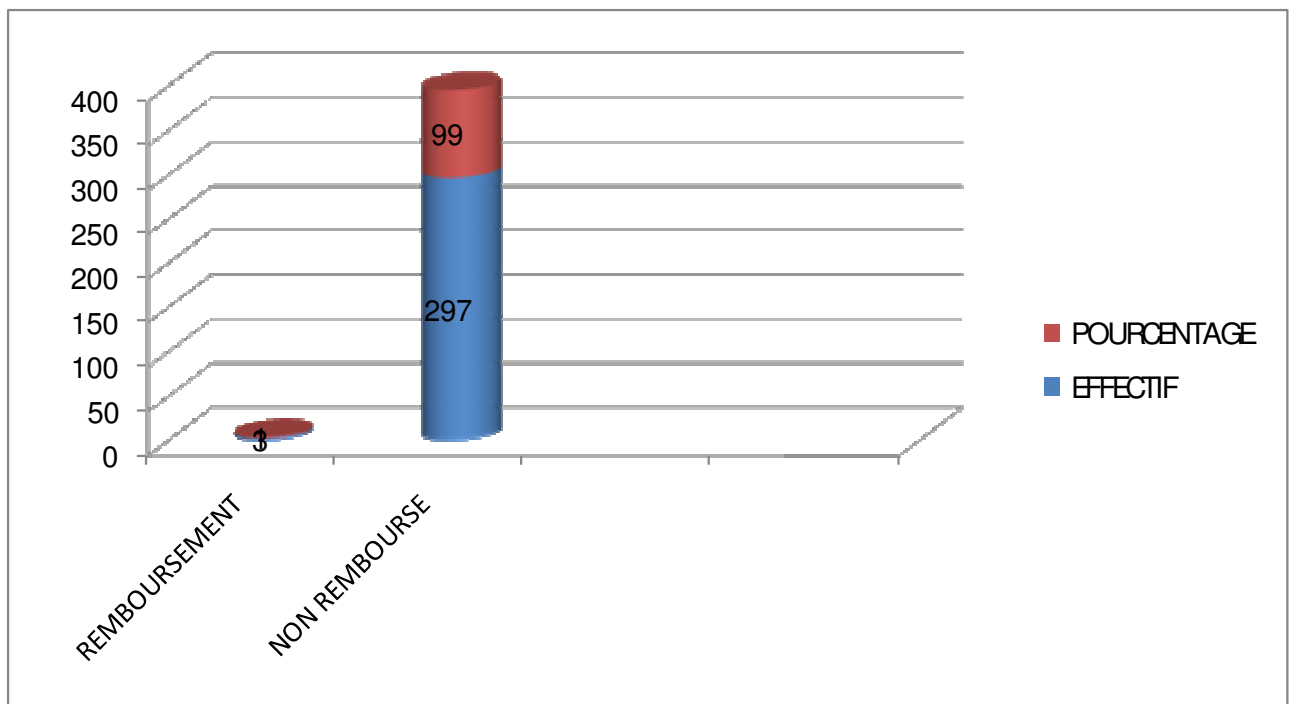
**TABLEAU 41 : PROFESSION DE CELUI PAYE LES FRAIS**

PROFESSION	EFFECTIF	POURCENTAGE
Fonctionnaire	73	24,3
Commerçant	132	43,6
Cultivateur/éleveur	91	30,3
Ouvrier	3	1
<b>TOTAL</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

**TAB LEAU 42: REPARTITION SELON LE REMBOURSEMENT DES FRAIS**

REMBOURSEMENT	EFFECTIF	POURCENTAGE
OUI	3	1
NON	297	99
<b>TOTAL</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

**Figure 9 : Répartition selon le remboursement des frais**



**TABLEAU 43: REPARTITION SELON LE TIERS -PAYANT**

<b>TIERS -PAYANT</b>	<b>EFFECTIF</b>	<b>POURCENTAGE</b>
Père et Mère	91	30,3
Enfants	62	20,7
Epoux	73	24,3
Employeur	3	1
Service social	9	3
Oncle	2	0,7
Malade lui -même	19	5,7
Ami	1	0,3
Frère	31	9,3
Beaux parents	9	3
<b>TOTAL</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

**Figure 8 : REPARTITION SELON LE TIERS -PAYANT**



## SATISFACTION DU MALADE A SA SORTIE

**TABLEAU 45 : REPARTITION SELON LE DEGRE DE SATISFACTION DU MALADE A SA SORTIE**

ETAPES	SATISFAIT	NON SATISFAIT	SANS OPINION
Accueil	294	1	1
Hébergement	292	0	2
Sanitaire	293	1	0
Personnel soignant	292	2	0
Personnel de soutien	292	1	1
Soins curatifs	292	2	0
Séjour	284	10	0
Information sur la maladie	203	91	1
Soins post opératoires	292	1	1

**TABLEAU 46 : REPARTITION SELON LA CAUSE D'INSATISFACTION SUR LE SEJOUR**

CAUSES	NOMBRE	POURCENTAGE
Séjour trop long	7	70
Séjour trop court	3	30
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

**TABLEAU 47 : REPARTITION SELON LA QUALIFICATION DE L'OPERATEUR ET LES COMPLICATIONS LIEES DIRECTEMENT A L'INTERVENTION**

Opérateur \ Complication	EFFECTIF	TOTAL INTERVENTIONS
Chirurgien	2(0,8)	242
CES	15(34,9)	43
Interne	1(6,7)	15
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>300</b>

Khi2= 10,68      p=0,00045

**TABLEAU 48 : REPARTITION SELON LES CLASSES ASA ET LA SURVENUE DES COMPLICATIONS PER OPERATOIRES**

ASA \ COMPLICATIONS PER OPERATOIRES	COMPLICATIONS	EFFECTIF TOTAL
ASA1	1(5,6%)	69
ASA2	13(72,8%)	187
ASA3	1(5,6%)	36
ASA4	3(16,6%)	6
<b>TOTAL</b>	<b>18 (5,99%)</b>	<b>300</b>

Khi2=20,25      p=0,0094

**TABLEAU 49 : TRANCHE D'AGE ET DECES**

Tranches d'âge	DECES	EFFECTIF	POURCENTAGE
0-20		1	16,7
21-30		3	50
31-40		1	16,7
41-50		0	0
Sup à50		1	16,7
<b>TOTAL</b>		<b>6</b>	<b>100</b>

**TABLEAU 50: REPARTITION SELON LE TYPE DE CHIRURGIE ET ANTIBIOTHERAPIE**

TYPE CHIRURGIE	ANTIBIOTIQUE	ANTIBIOTHERAPIE	POURCENTAGE
Chirurgie propre		38	31,7
Propre contaminée		21	17,5
Chirurgie contaminée		4	3,3
Chirurgie sale		57	47,5
<b>TOTAL</b>		<b>120</b>	<b>100</b>

Khi2=68,49      p=0,00000

**TABLEAU 51 LA MORTALITE ET L'OPERATEUR**

<b>DECES SELON L'OPERATEUR</b>	<b>EFFECTIF OPERE</b>	<b>EFFECTIF DE DECES</b>
Chirurgien	242	1 (0,41%)
CES	43	5 (11,6%)
Interne	15	0
<b>TOTAL</b>	<b>300</b>	<b>6 (1,99%)</b>

Khi2= 6,53      p=0,105

**TABLEAU 52 : NIVEAU D'INSTRUCTION ET SATISFACTION**

<b>INSTRUCTION</b>	<b>SATISFACTION</b>		
	<b>SATISFAIT</b>	<b>NON SATISFAIT</b>	<b>SANS OPINION</b>
Non instruit	114	53	0
Primaire	53	24	1
Secondaire	32	11	0
Universitaire	9	3	0
<b>TOTAL</b>	<b>208</b>	<b>91</b>	<b>1</b>

Khi=15,15      p=0,65174481

**TABLEAU 53: LE STATUT FINANCIER ET LA ZONE DE RESIDENCE**

STATUT	RESIDENCE		
	URBAINE	SUBURBAINE	RURALE
Revenu faible	173(80,5%)	24(85,7%)	42(73,7%)
Revenu intermédiaire	33(15,3%)	3(10,7%)	11(19,3%)
Revenu élevé	9 (4,2%)	1(3,6%)	4(7%)
<b>TOTAL</b>	<b>215(100%)</b>	<b>28(100%)</b>	<b>57(100%)</b>

Khi2=13,92

p=0,30580249

**TABLEAU 54 : LE STATUT FINANCIER ET LA CATEGORIE D'HOSPITALISATION**

STATUT	CATEGORIE	PREMIERE CATEGORIE	DEUXIEME CATEGORIE	TROISIEME CATEGORIE
	Revenu faible		18(62%)	22(11,2%)
Revenu intermédiaire		11(38%)	23(11,6%)	57(77,1%)
Revenu élevé		0	152(77,2%)	0
<b>TOTAL</b>		<b>29</b>	<b>197</b>	<b>74</b>

Khi2=31,19

p=0,0018

**TABLEAU 55: L'ANTIBIOPROPHYLAXIE ET LES PATHOLOGIES**

PATHOLOGIES	Nombre de cas	ANTIBIOPROPHYLAXIE	
		OUI	NON
Occlusion sur bride	7	2	5
Tumeur de la tête du pancréas	8	3	5
Prolapsus rectal	2	1	1
Eventration post op	7	2	5
Eviscération	6	1	5
Goitre isthmolobaire	15	1	14
Appendicite	64	17	47
Hémorroïde	10	1	10
Hernie inguinale gauche	1	0	1
Méga œsophage	2	1	1
Thrombose hémorroïdaire	1	1	0
Hernie inguinoscrotale droite	13	1	12
Fissure anale	8	1	7
Fibrome utérin	6	1	5
Hemopéritoine	5	1	4
Prolapsus utérin	10	3	7
Tumeur du sein	5	3	2
Tumeur de l'œsophage	8		
Varice	5	0	5
Hernie de la ligne blanche	5	1	5
Hernie ombilicale	1	0	1

**TABLEAU56A : L'ANTIBIOTHERAPIE ET LA THERAPIE**

MODALITE OPERATOIRE	NOMBRE DE CAS	ANTIBIOTHERAPIE	
		OUI	NON
Appendicectomie	64	26	38
Cure selon Delorme	2	1	1
Cure selon Bergman	2	0	2
Cure selon Manchester	4	2	2
Cure en paletot selon Mayo	13	1	12
Cure selon Shouldice	13	0	13
Dévolvulation	2	1	1
Crossectomie+ligature+exérèse	5	0	5
Fissurectomie+Dilatation anale	1	0	1
Fistulectomie + ligature élastique	2	1	1
Hemorroidectomies selon Milligan Morgan	10	1	9
Mise à plat de l'abcès	2	2	0
Parage +réduction + Plâtre	4	2	2
Thyroïdectomie subtotale	14	1	13
Résection +colostomies	7	5	2
Rétablissement de la continuité	2	2	0
Résection de la tumeur	5	3	2
Section de la bride	7	4	3
Sphinctérorraphie+ myorraphie+ Périnéorraphie	1	0	1

**TABLEAU56 B : REPARTITION SELON L'ANTIBIOTHERAPIE ET LA THERAPIE**

MODALITE OPERATOIRE	NOMBRE DE CAS	ANTIBIOTHERAPIE	
Suture + Lavage + Drainage	36	25	7
Résection +Anastomose	10	8	2
Cholécystectomie	4	3	1
Cholécystectomie +anastomose cholédocoduodénale +Biopsie	1	1	0
Greffe de peau	11	10	1
Gastrectomie +anastomose intestinale	1	1	0
Gastrotomie d'alimentation	8	1	7
Intervention de Heller	1		
Hystérectomie totale	10	4	6
Colporraphie	2	1	1
Mammectomie+curage ganglionnaire	5	2	3
Myomectomie +plastie tubaire	8	3	5



**TABLEAU57 A: LES PATHOLOGIES ET LE SEJOUR EN UNITE DE SOINS INTENSIFS**

PATHOLOGIES	SEJOUR EN REANIMATION	NOMBRE DE JOUR
Occlusion sur bride	Non	
Maladie de Hirschsprung	Non	
Tumeur de la tête du pancréas	Non	
Prolapsus rectal	Non	
Eventration post op	Non	
Eviscération	Non	
<b>Goitre isthmolobaire</b>	<b>Oui</b>	<b>1</b>
Appendicite	Non	
Cholécystite chronique lithiasique	Non	
Abcès appendiculaire	Non	
Hémorroïde	Non	
Hernie inguinale gauche	Non	
Plastron appendiculaire	Non	
Tumeur du sigmoïde	Non	
Méga œsophage	Non	
<b>Péritonite</b>	<b>Oui</b>	<b>1</b>

**TABLEAU57 B: LES PATHOLOGIES ET LE SEJOUR EN UNITE DE SOINS INTENSIFS**

<b>PATHOLOGIES</b>	<b>SEJOUR EN REANIMATION</b>	<b>NOMBRE DE JOUR</b>
Plaie ulcéro nécrotique	Non	
Thrombose hémorroïdaire	Non	
Volvulus du grêle	Non	
Volvulus du sigmoïde	Non	
Hernie inguinoscrotale droite	Non	
Abcès du foie	non	
Fissure anale	Non	
Fibrome utérin	Non	
<b>Tumeur gastrique</b>	<b>Oui</b>	<b>1</b>
Cystocèle	Non	
Hemopéritoine	Non	
Cholécystite	Non	
Fractures ouvertes	Non	
Abcès	Non	
Prolapsus utérin	Non	
Tumeur du sein	Non	
<b>Tumeur de l'œsophage</b>	<b>Oui</b>	<b>2</b>
Varice	Non	
Hernie de la ligne blanche	Non	

**TABLEAU58 : LE TYPE D'ANESTHESIE ET LES PATHOLOGIES**

PATHOLOGIES	TYPE D'ANESTHESIE		
	AG	RACHIANESTHESIE	locale AG+RACHIANESTHESIE
Occlusion sur bride	Oui		
Maladie de Hirschsprung	Oui		
Tumeur de la tête du pancréas	Oui		
Prolapsus rectal		Oui	
Eventration post op	Oui		
Eviscération	Oui		
Goitre isthmolobaire	Oui		
Appendicite	Oui		
Cholécystite chronique lithiasique	Oui		
Abscès appendiculaire	Oui		
Hémorroïde		Oui	
Hernie inguinale gauche			oui
Plastron appendiculaire	Oui		
Tumeur du sigmoïde	Oui		
Méga œsophage	Oui		

**TABLEAU58 : LE TYPE D'ANESTHESIE ET LES PATHOLOGIES**

PATHOLOGIES	TYPE D'ANESTHESIE		
	AG	RACHIANESTH ESIE	locale AG+RACHIANESTHESIE
Péritonite	Oui		
Plaie ulcéro nécrotique	Oui		
Thrombose hémorroïdaire		Oui	
Volvulus du grêle	Oui		
Volvulus du sigmoïde	Oui		
Hernie inguinoscrotale droite		Oui	
Abcès du foie	Oui		
Fissure anale			oui
Fibrome utérin		Oui	
Tumeur gastrique	Oui		
Cystocèle		Oui	
Hemopéritoine	Oui		
Cholécystite	Oui		
Fractures ouvertes	Oui		
Abcès			
Prolapsus utérin	Oui		
Tumeur du sein	Oui		
Tumeur de l'œsophage	Oui		
Varice	Oui		
Hernie de la ligne blanche		Oui	
Hernie ombilicale	oui		

**TABLEAU59A : LA CLASSE ASA ET LES PATHOLOGIE**

PATHOLOGIES	Nombre de cas	CLASSE ASA			
		ASA1	ASA2	ASA3	ASA4
Occlusion sur bride	7		4	3	
Maladie de Hirschsprung	2	1	1		
Tumeur de la tête du pancréas	8	1	2	3	2
Prolapsus rectal	2		1	1	
Eventration post op	7	1		6	
Eviscération	6	2		4	
Goitre isthmolobaire	15	2	9	4	
Appendicite	64	47	15	2	
Cholécystite chronique lithiasique	1	1			
Abscès appendiculaire	4		4		
Hémorroïde	10		10		
Hernie inguinale gauche	1	1			
Plastron appendiculaire	3	1		2	
Tumeur du sigmoïde	1	2		1	
Méga œsophage	2		2		
Péritonite	37	8	14	15	
Plaie ulcéro nécrotique	17	2	14	1	
Thrombose hémorroïdaire	1	1			

**TABLEAU59B : LA CLASSE ASA ET LES PATHOLOGIE**

<b>PATHOLOGIES</b>	<b>Nombre de cas</b>		<b>CLASSE ASA</b>		
Cholécystite	4		2	2	
Fractures ouvertes	4	2		3	
Abcès	2			2	
Prolapsus utérin	10	3		7	
Tumeur du sein	5	3		2	
Tumeur de l'œsophage	8	1	2	3	3
Varice	5	0	5		
Hernie de la ligne blanche	5	1	4		
Hernie ombilicale	1				

**TABLEAU59C : LA CLASSE ASA ET LES PATHOLOGIE**

<b>PATHOLOGIES</b>	<b>Nombre de cas</b>		<b>CLASSE ASA</b>		
Volvulus du grêle	11	3	7		1
Volvulus du sigmoïde	6	2	4		
Hernie inguinoscrotale droite	13	5	7	1	
Abcès du foie	3	1	2		
Fissure anale	8	3	4	1	
Fibrome utérin	20	3	17		
Tumeur gastrique	8	2	2	3	1
Cystocèle	2		2		
Hemopéritoine	5	2	2	1	

**TABLEAU60 A : L'ANTIBIOTHERAPIE ET LES PATHOLOGIES**

PATHOLOGIES	Nombre de cas	ANTIBIOTHERAPIE	
		OUI	NON
Occlusion sur bride	7	1	6
Maladie de Hirschsprung	2	1	
Tumeur de la tête du pancréas	8	4	4
Prolapsus rectal	2	1	1
Eventration post op	7	1	6
Eviscération	6	5	1
Goitre isthmolobaire	15	14	1
Appendicite	64	12	52
Cholécystite chronique lithiasique	1	1	

Khi2=125,63      p=0,00000000

**TABLEAU60 B : L'ANTIBIOTHERAPIE ET LES PATHOLOGIES**

PATHOLOGIES	Nombre de cas	ANTIBIOTHERAPIE	
		OUI	NON
Fissure anale	8	2	6
Fibrome utérin	21	9	12
Tumeur gastrique	8	1	7
Hémopéritoine	5	2	3
Cholécystite lithiasique	4		4
Fractures ouvertes	4	2	2
Abcès	2		2
Tumeur du sein	5	2	3
Tumeur de l'œsophage	8	2	6
Varice	5		5

Khi2=125,63 p=0,00000000

**TABLEAU60C L'ANTIBIOTHERAPIE ET LES PATHOLOGIES**

PATHOLOGIES	Nombre de cas	ANTIBIOTHERAPIE	
		OUI	NON
Abcès appendiculaire	4	3	1
Plastron appendiculaire	3	3	
Tumeur du sigmoïde	1	1	
Péritonite	37	3	34
Volvulus du grêle	11	6	5
Volvulus du sigmoïde	6	5	1
Hernie inguinoscrotale droite	9	3	6
Abcès du foie	3	3	

Khi2=125,63 p=0,00000000

**TABLEAU61 : LA CLASSE ASA ET LE SEJOUR AU SERVICE DE REANIMATION**

CLASSE ASA	EFFECTIF	NOMBRE DE PATIENT	SEJOUR EN REANIMATION (EN JOUR)
ASA1	69	1	1
ASA2	187	1	1
ASA3	38	2	2
ASA4	6	0	



**TABLEAU62 A: LA THERAPIE ET LE SEJOUR AU SERVICE DE REANIMATION**

<b>TECHNIQUE OPERATOIRE</b>	<b>NOMBRE DE CAS</b>	<b>NOMBRE DE PATIENT AYANT SEJOURNE EN REA</b>
Appendicectomie	64	
Cure selon Delorme	2	
Cure selon Bergman	2	
Cure selon Manchester	4	
Cure en paletot selon Mayo	13	
Cure selon Shouldice	13	
Dévolvulation	2	
Crossectomie+ligature+exérèse	5	
Fissurectomie+Dilatation anale	1	
Fistulectomie + ligature élastique	2	

**TABLEAU62B : LA THERAPIE ET LE SEJOUR AU SERVICE DE REANIMATION**

<b>TECHNIQUE OPERATOIRE</b>	<b>NOMBRE DE CAS</b>	<b>NOMBRE DE PATIENT AYANT SEJOURNE EN REA</b>
Résection +Anastomose	10	
Cholécystectomie	5	
Grefe de peau	11	
Gastrectomie +anastomose intestinale	1	1
Gastrotomie d'alimentation	8	1
Intervention de Heller	1	
Hystérectomie totale	10	
Colporraphie	2	
Mammectomie+curage ganglionnaire	5	
Myomectomie +plastie tubaire	8	

**TABLEAU62 C: LA THERAPIE ET LE SEJOUR AU SERVICE DE REANIMATION**

<b>TECHNIQUE OPERATOIRE</b>	<b>NOMBRE DE CAS</b>	<b>NOMBRE DE PATIENT AYANT SEJOURNE EN REA</b>
Hemorroidectomies selon Milligan Morgan	10	
Mise à plat de l'abcès	2	
Parage +réduction + Plâtre	4	
Thyroïdectomie subtotale	14	1
Résection +colostomies	7	
Rétablissement de la continuité	2	
Résection de la tumeur		
Section de la bride	7	
Sphinctérorraphie+ myorraphie+	1	
Périnéorraphie		
Suture + Lavage + Drainage	36	1

## **I METHODOLOGIE**

La méthodologie utilisée a permis à l'enquêteur de participer lui-même à l'élaboration des dossiers des malades, car c'est une étude prospective. Les dossiers sont dans ce cas beaucoup plus facilement exploitables et les données plus fiables.

Cependant au cours de la réalisation de ce travail nous avons rencontré les difficultés suivantes :

·La non compréhension du but de notre travail aussi bien par les malades que par les personnels a été une des majeures difficultés.

·L'insuffisance du plateau technique du CHU Gabriel Touré rendant impossible la réalisation de certains examens complémentaires (bilan biologique et échographique pendant la nuit) et retardant ou annulant certaines interventions.

·L'absence de normes et procédures en chirurgie.

## **II EVALUATION DES RESSOURCES**

### **2-1 : ETAT DES LIEUX**

#### **ETAT DES SALLES D'HOSPITALISATION**

Le service est un ancien bâtiment du temps colonial avec des chambres multiples. Au niveau de celles-ci nous avons recensé un certain nombre d'insuffisance tels que :

- un nombre élevé de lits d'hospitalisation
- une absence d'armoire et de toilette dans les salles qui ne sont pas climatisées
- une absence de téléphone pour faciliter l'accès du personnel par les patients
- une absence de salle à manger et un lieu d'accueil des accompagnants
- un effectif important d'étudiant stagiaire.

Une difficulté de mettre en place un programme de formation continue, le bureau du chef de service qui sert de lieu de colloque est trop étroit ne pouvant recevoir tout le personnel en même temps.

### **2-2 : LE PERSONNEL**

Au cours de notre étude le service comptait 6 chirurgiens .Ce qui faisait un chirurgien pour 6 lits. Par manque des moyens financiers ces chirurgiens ont des difficultés pour participer aux colloques et séminaires dans d'autres pays ou d'être abonnés à des revues.

Cependant la formation continue était assurée par:

- le staff quotidien du service
- le staff hebdomadaire de l'hôpital

De même que les chirurgiens, les infirmiers ont des difficultés pour participer aux colloques et séminaires dans d'autres pays ou d'être abonnés à des revues à plus forte raison de se spécialiser dans certains domaines pouvant améliorer la qualité des soins.

Les deux techniciens de surface qui travaillaient pour l'hôpital depuis plus de 18 ans n'ont reçu aucune formation.

### **ETAT DE L'EQUIPEMENT**

L'introduction de nouvelles techniques de soins est un critère de qualité dans un établissement de santé, fruit d'une réflexion et d'une activité tendue vers une amélioration des soins et d'une minimisation des coûts de prise en charge.

### III RESULTATS

**TABLEAU66 : SEXE ET AUTEURS**

AUTEURS	Masculin	Féminin
Barbara ME, Suisse 2008[1] n=1946	702	1244
Thomas V, Suisse, 2008 [2] n=1425	614	811
Dembélé, Mali, 2001 [9] n=391	250	141
Alexander KS, Amérique ,2007[3] n=803	424	379
Ulrica Nilsson, Suède 2009 [17] n=193	101	92
Notre série n=300	155	145

Le sexe masculin a été le plus représenté dans notre étude ainsi que chez Dembélé [9], et Alexander KS (Amérique, 2007 [3]). Par contre les femmes ont été les plus nombreuses dans les séries européennes (1, 2, 3). Ceci pourrait s'expliquer par le profil du service et des pathologies.

Dans la littérature la satisfaction n'est pas influencée par le sexe des malades.

**TABLEAU67 : MOYENNE D'AGE ET AUTEURS**

<b>AUTEURS</b>	<b>AGE MOYEN</b>	<b>EFFECTIF</b>
<b>Elfried B, Allemagne 2005 [4]</b>	<b>65 ans</b>	<b>137</b>
<b>Pere Rebesa, Espagne2008 [5]</b>	<b>60,5 ans</b>	<b>3807</b>
<b>Barbara M E, Suisse 2008[1]</b>	<b>53,9</b>	<b>1946</b>
<b>Ulrica Nilsson, Suède 2009 [17]</b>	<b>51,15 ans</b>	<b>193</b>
<b>Dembélé, Mali, 2001 [9]</b>	<b>41,3 ans</b>	<b>391</b>
<b>Notre série</b>	<b>37,6 ans</b>	<b>300</b>

Nous avons trouvé un âge moyen de 37,6ans. Cette moyenne d'âge ne diffère pas de celle de Dembélé [9] .Cependant elle est relativement la moitié de celle retrouvée dans les séries européennes (4, 5, 1) qui rapportaient respectivement 65 ans ; 60,5ans et 53,9ans. Cette différence peut être liée à la jeunesse de la population malienne dans laquelle 50%des habitants ont moins de 15 ans [31].

L'âge avancé, un bon état de santé perçu et l'évolution favorable de la maladie sont associés à un niveau de satisfaction élevé [38]

**TABLEAU68 : SYSTEME DE REFERENCE ET AUTEURS**

<b>MODE DERECRUTEMENT</b>	<b>AUTEURS</b>	<b>Dembélé, Mali, 2001 [9]</b>	<b>Notre série</b>
<b>Venus d'eux-mêmes</b>		<b>41,40%</b>	<b>9%</b>
<b>Amené par un ancien malade</b>		<b>0,80%</b>	<b>1,7%</b>
<b>Amené par un personnel autre qu'un médecin</b>		<b>13,8%</b>	<b>13,6%</b>
<b>Référé centre ou hôpital</b>		<b>44%</b>	<b>75,7%</b>

*La référence / évacuation bien effectuée est un critère de qualité de soins. Dans notre étude 9 % des malades sont venus consulter d'eux-mêmes. Dembélé au service de chirurgie A du CHU du Point G rapporta 41,40 %. Ces autoréférences des malades sont contraires aux objectifs de la pyramide sanitaire qui veut que les malades qui viennent consulter soient référés. Ces faits peuvent augmenter le nombre de consultants et le délai que ceux-ci passent devant le bureau de consultation. Par conséquent elles peuvent être une cause d'insatisfaction des malades.*

**TABLEAU69 : CLASSES ASA ET AUTEURS**

<b>CLASSES ASA</b>	<b>AUTEURS</b>	<b>Dembélé, Mali 2001 [9]</b>	<b>Ulrica Nilsson, Suède 2009 [17]</b>	<i>Notre série</i>
<b>ASA1</b>		<b>257 (65,7%)</b>	<b>138</b>	<i>226 (75,6%)</i>
<b>ASA2</b>		<b>115 (29,45%)</b>	<b>53</b>	<i>46(15,3%)</i>
<b>ASA3</b>		<b>19 (4,85%)</b>	<b>2</b>	<i>28 (9,3%)</i>

Le score ASA de nos malades était recueilli sur la fiche d'anesthésie. Ce score permet d'évaluer le risque d'anesthésie pour chaque malade. Dans 226 cas nos malades étaient ASA1. Ce taux est comparable a celui de Dembélé [9] et de Ulrica [17] qui respectivement trouvé 65,7% et 67%.



**TABLEAU70 : REPORTS OU ANNULATION DES INTERVENTIONS ET AUTEURS**

<b>AUTEURS</b>	<b>REPORTS OU D'ANNULATION DES INTERVENTIONS</b>	<b>EFFECTIF</b>
<b>Dembélé, Mali 2001 [9]</b>	<b>5,5%</b>	<b>391</b>
<b>Santina, Barcelone 2009[19]</b>	<b>0,31%</b>	<b>2724</b>
<b>Notre série</b>	<b>4,8%</b>	<b>300</b>

L'annulation ou le report d'une intervention est une cause d'augmentation du séjour hospitalier, d'aggravation de la maladie et d'insatisfaction des patients.

Dans notre étude 15 malades (4,95%) ont été reportés et 1 autre (0,3%) annulé après leur hospitalisation. Ce taux ne diffère pas de celui de Dembélé [9] qui rapportait 5,5%(p=0,573569). Cependant il y a une différence statistiquement significative entre notre taux et celui de Santina en Suède qui trouvait 0,31%.

**TABLEAU71 : ANTIBIOPROPHYLAXIE ET AUTEURS**

<b>AUTEURS</b>	<b>ANTIBIOPROPHYLAXIE</b>
<b>Dembélé, Mali, 2001 [9] n=391</b>	<b>375 (95,90%)</b>
<b>Blanchard, France, 2003 [20] n=237</b>	<b>140 (59%)</b>
<b>Blanchard, France, 2004 [20] n=422</b>	<b>273(64,7%)</b>
<b>Blanchard, France, 2005 [20] n=320</b>	<b>255(79,7%)</b>
<b>Notre série n=300</b>	<b>68(22,7%)</b>

L'antibioprophylaxie est un des piliers de la prévention des infections du site opératoire (ISO). Elle fait l'objet d'un consensus depuis plus de 10ans en France. Au mali elle tient compte des études antérieures sur l'infection post opératoire en chirurgie. Ainsi notre taux de 22,7% présente de différence statistiquement significative avec celui rapporté par d'autres européens [20] rapportent 59%; 64,7% ; 79,7% et Malien [9]=95,90%. Cette différence pourrait s'expliquer par le score ASA, la classe d'Altemeier et la durée d'intervention de nos patients.

**TABLEAU72 : COMPLICATIONS POST OPERATOIRES ET AUTEURS**

<b>AUTEURS</b>	<b>COMPLICATION POST OPERATOIRES</b>
<b>Karamarie F, Amérique, 2008[6]</b>	<b>2,1%</b>
<b>Elfried B, Allemagne 2005 [4] n=137</b>	<b>3,6%</b>
<b>Daniel D, Suisse 2004 [7] n=6336</b>	<b>16,4%</b>
<b>Dembélé, Mali 2001 [9]</b>	<b>26,85%</b>
<b>Santina, Barcelone, 2009[19]</b>	<b>1,88%</b>
<b>ANEH, Mali, 2006 [51]</b>	<b>13,68%</b>
<b>Notre série</b>	<b>7,3%</b>

La survenue d'une complication post opératoire (CPO) peut influencer la satisfaction du malade .Dans les pays africains le taux de complication post opératoire rapporté est élevé et varie de 7,3 à 26,85% [1,9].Notre taux de 7,3% complication post opératoire est statistiquement supérieure à celui de Santina [19].

Cette différence serait due à une insuffisance de notre système de santé, à une insuffisance d'hygiène au niveau du bloc opératoire et des salles d'hospitalisation où le nombre de lits est élevé et avec le nombre des accompagnants qui était au moins deux par malade.

**TABLEAU 73: DUREE OPERATOIRE ET AUTEURS**

<b>DUREE OPERATOIRE \ AUTEURS</b>	<b>Dembélé, Mali 2001 [9]</b>	<b>Avril A, France 1993 [10]</b>	<b>Notre série</b>
<b>&lt;60</b>	<b>49,6% (194)</b>	<b>28%</b>	<b>80,9%</b>
<b>60-120</b>	<b>36,85%(144)</b>	<b>28%</b>	<b>17,8%</b>
<b>&gt;120</b>	<b>13,55%(53)</b>	<b>18%</b>	<b>0,3%</b>

AVRIL A. [10] a défini la durée opératoire comme étant la période écoulée entre l'induction et la sortie du bloc opératoire tandis que dans notre étude elle a été considérée comme la période écoulée entre l'incision et la fermeture de la peau. Ce temps a été inférieur à 60 minutes chez 245 malades de nos patients. Dembélé qui avait la même définition que nous rapportait une moyenne de 60 minutes.

**TABLEAU74 : SATISFACTION DE L'OPERATEUR ET AUTEURS**

AUTEURS	SATISFACTION DE L'OPERATEUR
Thomas V, Suisse [2] n=1425	90,7%
Canoui Poitrine F, France 2008 [8] n=682	92,3%
Dembélé, Mali ,2001 [9] n=391	97,4%
Notre série n=300	98%

La mesure de la satisfaction des opérateurs tout comme celle des patients est un indicateur de la qualité des soins. Notre taux de satisfaction de 98% ne présente de différence statistiquement significative de celui de Canoui [8] et Dembélé [9] qui rapportaient respectivement 92,3% et 97,4%

**TABLEAU 75: ETIOLOGIES DE PRESOMPTION DEDECES ET AUTEURS**

ETIOLOGIES DE PRESOMPTION DE DECES	AUTEURS	
	Dembélé, Mali, 2001 [9]	Notre série
Choc septique :	6	5
Embolie pulmonaire	1	1
O.A.P	1	
. Arrêt cardio- circulatoire	2	
Diarrhée	1	
Hémothorax	1	
Troubles hydro électrolytiques	1	
Détresse respiratoire	1	

Dans notre pays, les traditions et les coutumes socioculturelles font encore que autopsies des malades décédés ne sont pas réalisables. Ce qui a toujours laissé un doute dans les causes de décès et de chercher ceux qui sont évitables. Six de nos malades opérés (1,9%) sont décédés.

Un effort devra être envisagé afin de rendre les autopsies possibles dans nos structures.

**TABLEAU76 : SATISFACTION GLOBALE DES PATIENTS ET AUTEURS**

<b>AUTEURS</b>	<b>SATISFACTION GLOBALE</b>
Barbara, ME, Suisse 2008[1] n=1946	43,4%
Canoui Poitrine F, France 2006 [8] n=503	91,3%
Ennigrou, Tunisie 2005[18]	72,7%
Dembélé, Mali 2001 [9] n=391	93,55%
Notre série n=300	94%

L'inclusion de l'opinion des patients dans l'évaluation de la qualité des soins a pris de l'importance depuis une vingtaine d'année et a été adoptée par les établissements comme un indicateur de la qualité des soins. Notre taux de satisfaction globale de 94% ne présente pas de différence statistiquement significative de celui de Canoui [8] et Ennigrou [18] qui rapportaient respectivement 91,3% et 72,7%

## **CONCLUSION**

L'évaluation de la qualité des soins est en plein essor dans tous les pays mais celle-ci doit être basée sur des normes internationales.



## **RECOMMADATIONS**

Après cette étude nous recommandons que l'évaluation d'un service de chirurgie dans notre contexte doive comporter comme critères quantifiables :

Les différentes activités menées par le service (consultation, hospitalisation et activités opératoires).

L'accueil des malades.

La durée du séjour préopératoire et post opératoire dans le service.

Les causes de reports et d'annulation de l'acte chirurgical.

Les causes et les gravités des complications péries opératoires.

Le nombre et les causes exactes de décès opératoire.

La satisfaction du chirurgien par rapport à l'acte effectué et les moyens dont il dispose pour l'intervention.

La justification d'un traitement et des examens complémentaires.

L'opinion du malade à la fin de son séjour hospitalier sur :

- Son accueil
- Son hébergement
- Sur le personnel
- Les soins
- Le séjour
- L'information des dossiers médicaux et leur archivage.

Pour pallier les insuffisances dans la prise en charge des malades nous recommandons aussi :

### **1. A l'endroit des autorités hospitalières**

- Amélioration des conditions d'accueil du malade.
- Amélioration des conditions d'hébergement des malades par la création de salles adéquates pour l'hospitalisation (douches et toilettes).
- Dotation du service de moyens et techniques plus performants et mieux adaptés à notre contexte.
- Renforcement des compétences du personnel par l'organisation de séances de formation continue.
- Dotation des services techniques de moyens pour la prise en charge adéquate des malades en urgence.

## **2. A l'endroit du personnel Socio Sanitaire.**

- Acceptation de l'évaluation médicale comme un moyen de parfaire ses pratiques et non pas comme un « contrôle physique et ou intellectuel dégradant ».
- Organisation des séances de formation intéressant tout le personnel du service.
- Collaboration et l'implication de tout le personnel dans la prise en charge des patients
- Exécution correcte par chaque personnel les tâches qui lui sont dévolues.
- Application rigoureuse des procédés et techniques médicales afin de minimiser les complications péri opératoires

## **3. A L'endroit des malades**

- Un changement de mentalité envers les soins chirurgicaux pour une prise en charge rapide des affections.
- La nécessité de percevoir les soins chirurgicaux comme une aide à sa santé et non une agression physique.

## **6. REFERENCES**

### **1. Barbara ME, Florica M, André B, Peter H.**

Patient satisfaction with primary care: an observation study comparing anthroposophy and conventional.

BioMed Center 2008;6:1-15.

### **2. Thomas V, Perneger MD, Agathe Charvet-Bérard MS, Arnaud Perrier MD.**

Patient assessment of the most important medical decision during a hospitalization.

J Gen Intern Med 2008; 23(10):1659-1665.

### **3. Alexander KS, Roger BD, Eric LK**

Differences in the quality of the patient –physician relationship among terminally ill African-American and White Patients: Impact on advance care Planning and treatment Preferences.

J Gen Intern Med 2007; 22(11):1579-1582

### **4. Elfriede B, Thomas L, Stefan PM, Arnulf HH.**

Evaluation of possum scoring system in patients with gastric cancer undergoing D2-gastrectomy.

BMC Surgery 2005;5:8.

### **5. Pere Reba LM, Alexis Luna SM, Helena Vallverdu SN.**

Continuous monitoring of adverse events: Influence on the quality of care and the incidence of errors in general surgery.

Word J Surg 2009;33:191-198.

### **6. Karamarie F, Anne TL, Philip GB, Peter R, Edward AN.**

Postoperative mortality after inpatient surgery: Incidence and risk factors.

Therapeutics and Clinical Risk Management 2008;4(4):681-688.

### **7. Daniel D, Nicolas D, Pierre-Alain C.**

Classification of surgical complications

A new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey.

Ann Surg 2004;240:205-213.

**8. Canoui-Poitrine F, Logerot H, Frank-Soltysiak M.**

Assessment of the satisfaction of professionals and patients at a multidisciplinary out-patient surgery unit.

Practice and organization of care 2008;39(4):323-330.

**9. Dembélé AY**

Evaluation de la qualité des soins au service de chirurgie A de l'hôpital du Point G.

Thèse Med Bamako 2001;N°113.

**10. Avril A, Iakdja F, Marée D, Chantegreil C, Renaud Salis JL, Lobera A et al.**

Contrôle de la qualité des soins dans un service de chirurgie.

Expérience de la Fondation Bergonié.

J Chir 2003;2:79-86.

**11. Baele Ph, Veyckemans F, Waterloo H.**

Evaluation de la qualité des soins en anesthésie. Résultats d'une étude pilote.

Louvain Med 2003;112:475-493.

**12. Bankineza EM.**

Etude rétrospective des activités du service de chirurgie B de l'hôpital du Point G.

Thèse Med Bamako2002;N°5.

**13. Bertrand JT, Magnani N, Mansilu M, Landry EG.**

Factors influencing the use of traditional versus Modern family planning methods in Bas Zaire.

Stud Fam plan 2005;16:332-620

**14. Bengaly L.**

Etude des infections postopératoires dans le service de chirurgie B de l'hôpital national du Point G.

Thèse Pharm Bamako 2003;N°2.

**15. Boiré M.**

Etude de la qualité des soins dans les services médicaux et médico-techniques de l'hôpital Gabriel Touré.

Thèse Med Bamako 2000; N°64

**16. Caron JJ, Barré P, Dumser D.**

Un petit hôpital ... A quoi ça sert ?

Etude de l'activité chirurgicale de l'hôpital de London au cours de l'année 2004.

J Chir 2004;127:608-611.

**17. Chaix C, Durand-ZI, BrunBC.**

Typologie des méthodes d'évaluation des pratiques professionnelles en Afrique du Nord.

Journal d'économie médicale 2007;15:311-318.

**18. Coulibaly A.**

Etude des infections postopératoires en chirurgie B de l'hôpital national du Point G Thèse Med Bamako 2003;N°87.

**19. Dolo S.**

Détermination des examens complémentaires préopératoires indispensables à l'hôpital national du Point G.

Thèse Pharm Bamako 2004; n°88.

**20. François P, Blum-BC, Cernichws P, Dubois G, Samber**

R, Glanddier PY.

Développement de l'évaluation de la qualité des soins dans les établissements de santé universitaires : stratégies de mise en œuvre d'une démarche qualité.

Journal d'économie médicale 2005;13:195-219.

**21. Fourcade B.**

Le programme d'audit d'organisation du King Edward's Hospital Fund for London: un outil au service de l'assurance de la qualité dans les établissements de santé.

Journal d'économie médicale 2005;13:215-219.

**22. Glorion B.**

L'évaluation, une chance pour la médecine. Bulletin de l'ordre des médecins Février 2002;2:1-2.

**23. Keïta AM.**

Etude sur la mortalité observée dans un service de chirurgie générale à l'hôpital national du point G du 1<sup>er</sup>/01/1990 au 31/12/1994.

Thèse Med Bamako 2005;N° 33.

**24. Kondo F.**

Etude de la qualité des soins dans certains établissements privés du discret de Bamako.

Thèse Med Bamako 2000; N° 48.

**25. Lakdja F, Avril A.**

Approche du risque thérapeutique pour l'étude de la mortalité opératoire. A partir de 102 décès postopératoires survenus en 10 ans (1975-1984) à la fondation Bergonié.

J Chir (Paris) 2007;124:192-197.

**26. Larousse de poche.**

Dictionnaire des termes français.

Edition librairie Larousse

**27. Matillon Y.**

L'évaluation en médecine une démarche en plein développement.

Revu Prat (Paris) 2006;42:1917-1919.

**28. Pellissière G, Dicostanzo J, Martin J.**

Le risque opératoire en chirurgie digestive lourde

J Chir 2004;110:615-620.

**29. Poncet JF.**

L'évaluation économique des pratiques médicales est-elle possible ?

Lyon pharmaceutique 2005;42(4): 353-360.

**30. Rabal F, Nakache G, Pauzie M, Tosselli A et Mabriez JC.**

L'évaluation des pratiques médicales dans un établissement privé de la Drôme.

Journal d'économie médicale 2005;13:65-67.

**31. Saily JC.**

La recherche en économie de la santé. Réflexion sur un état des lieux.

Journal d'économie médicale 2004;2(3):137-157.

**32. Solovei G, Alame A, Ezzo C.**

Etude d'une statistique annuelle de mortalité dans un service de chirurgie générale à orientation digestive et vasculaire du centre hospitalier général.

J Chir 2008;125: 30-36.

**33. Soumaoro M.**

Coût de production des prestations dans le service de chirurgie A de l'hôpital national du Point G.

Thèse Med 2007;Bamako n°61.

**34. Testa J, Zanre YZ, Koné B, Lankouandé J, Sondo B.**

Difficultés de l'évaluation de la qualité des soins dans un contexte d'hôpital Africain. L'expérience du service de gynécologie et d'obstétrique du centre hospitalier national d'OUAGADOUGOU, Burkina Faso.

Med trop 2006;56:151-155.

**35. Traoré BA.**

Complications infectieuses en chirurgie abdominale. A propos de 396 opérés.

Thèse Med Bamako 2003; N°4.

**36. Ulrica N, Katarina B, Mitra U, Lars B, Ewa I.**

Relation between personality and quality of postoperative recovery in day surgery patients.

European Journal of Anaesthesiology 2009;26:000-000.

**37. Santana M, Arrizabalaga P, Prat A, Alcaraz A, Campistol JM, Trilla A.**

Institute for clinical management of nephrourological diseases: the benefits of a quality care program.

Nephrology 2009;29(2):118-122.

**38. Ennigrou S, Najah N, Zouari B.**

Satisfaction des malades hospitalisés dans un service de chirurgie vis-à-vis de l'hygiène, de l'environnement physique et de la communication.

Association africaine de microbiologie et d'hygiène alimentaire Tunisie 2005;17(48):51-56.

**39. Blanchard H, Causse R, Chalfine A, Cherbonnel G, Costa Y, Germann JM et al.**

Programme de surveillance et de prévention des infections du site opératoire. Services de chirurgie de l'Inter-région Nord.

Réseau INCISO 2005.

**40. Garnerin P, Bovier P, Chamot E, Chastonay P, Chopard P, Hermann F et al.**

Qualité des soins.

Bulletin des médecins Suisse 2001;82:38.

**41. Vergnenègre A.**

Les outils de l'évaluation des soins en France.

Rev Mal Respir 2006;23:3S47-3S60.



**FICHE D'ENQUETE INDIVIDUELLE**  
**HOPITAL GABRIEL TOURE**  
**EVALUATION DU SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE»**

**N° FICHE**..... /\_/\_/\_/

**ETAT CIVIL DU MALADE :**

**Q1 : NOM ET PRENOMS**.....

**Q2 : SEXE** (années)...../\_/\_/

**Q3 : SEXE**...../\_/

1= Masculin

2=Féminin

**Q4 : PROFESSION**...../\_/

1= femme au foyer

6=Journalier

11= Indéterminé

2= Cultivateur/ Eleveur

7=Retraité

3=Commerçant

8=Sans profession

4=Elève/Etudiant

9=Employé privé

5=Fonctionnaire

10=Autres

**Q5 : REVENU MENSUEL**...../\_\_\_\_/

**Q6 : STATUT FINANCIER**...../\_\_\_\_/

1= Malade faible revenu R A<200\$US

2= Malade a revenu intermédiaire 200\$<R A> 4000\$

3= Malade a revenu élevé R A> 4000\$

**Q7 : ZONE DE RESIDENCE** (habituelle durant ces 5 dernières années.)/\_/\_/

1= Zone rurale (pas d'électricité et d'eau potable)

2=Zone suburbaine (électricité ou eau)

3= Zone urbaine (électricité + eau)

**Q8 : REGION OU PAYS DE PROVENANCE**...../\_/\_/\_/

1= Kayes

0 6= Tombouctou

2= Koulikoro

7= Gao

3= Sikasso

8= Kidal

4= Ségou

9= Bamako

5= Mopti                      10=Autres

**Q9 ETHNIE DU MALADE**...../ /

1=Bambara                      6=Bobo

2=Sarakoré                      7=Malinké

3=Peulh                      8=Dogon

4=Sonrhai                      9=Autre

5=Senoufo/ Miniaka

Autres à préciser

**Q11 NIVEAU D'INSTRUCTION**

1=Aucun                      2=Primaire                      3=Secondaire                      4=Université

**Q12 DATE D'ENTREE**

**Q14 DATE D'INTERVENTION**

**Q15 DATE DE SORTIE**

**Q16 SEJOUR PREOPERATOIRE**

**Q17 SEJOUR TOTAL D'HOSPITALISATION**

**ANTECEDENTS MEDICO-CHIRURGICAUX**

**Q18 ANTECEDENTS ANESTHESIQUES**

1=oui                      2=non                      3=AG                      4=ALR

5=Locale

**Q19 ANTECEDENTS TRANSFUSIONNELS**

1=oui                      2=non

**Q20 ANTECEDENTS ALLERGIQUES**

1=oui                      2=/non

**Q21 SI OUI QUELLE SUBSTANCE**



**Q29 : ANTECEDENTS CHIRURGICAUX...../ /**

1= néants      4 = urologiques      7 = vasculaires      10 = 4 + 6  
2 = digestifs      5= gynécologiques      8 = 2 + 4      11= autres  
3 = thoraciques      6 = traumatologiques      9=2 + 5      12 = indéterminés

**Q30 : HABITUDES ALIMENTAIRES...../ /**

1= Néants      2 = tabac      3 = thé      4 = café      5 = alcool      6 = cola  
7 = 2+3      8 = 2+3+4      9= 2+4      10=5+2      11=5+2+3      12=3+4  
13 = 3 + 4 + 6      14 = 4 + 6      15 = autres

**AUTRES APRECISER...../ /**

**Q 31 LE MALADE PREND T'IL DES MEDICAMENTS...../ /**

1 = oui      2 non

**Q32: STATUT MATRIMONIAL...../ /**

1 = marié      2 = célibataire .      3 = veuf      7=veuve      4 = divorcé

**DESCRIPTION DU MALADE A SON RENTREE**

**Q33 : MORPHOTYPE...../ /**

1 = obèse      2 = moyen      3 = maigre

**Q34 : ETAT PSYCHOTIQUE...../ /**

1= bon      2 = fragile      3 = psychiatrique

**Q35:Y'AT'ILUNEANOMALLESURLEBPO...../ /**

1 = oui      2 = non      3 = non préciser

**Q36:Y'AT'IL UNE PERTE DE POIDS RECENT ?...../ /**

1= oui      2 = non

**Q37 CLASSIFICATION ASA...../ /**

1= ASA1      2=ASA2      3=ASA3      4=ASA4      5=ASA5

**Q38 : CARACTERE DE L'INTERVENTION...../ /**

1 = réglée 2= urgente

**Q39 : DIAGNOSTIQUE D'ENTREE...../ /**

**Q40 DIAGNOSTIQUE PEROPERATOIRE ...../ /**

**Q41 : ANTIBIOPROHYLAXLE...../ /**

1 = oui 2 = non

**Q42 : SI OUI PRECISER TYPE ET**

**DOSE...../ /**

**Q43 : TYPE DE CHIRURGIE SELON ALTEMEIR...../ /**

1 = chirurgie propre 2 = propre contaminée 3 = contaminée 4 = sale

**Q44 : TYPE DE BLOC**

**OPERATOIRE...../ /**

1= bloc du service 2 = bloc des urgences

**Q45 QUALIFICATION DE L'OPERATEUR...../ /**

1= chirurgien 2 = CES 3 = interne

**Q46 : QUALIFICATION DE L'AIDE CHIRURGIEN...../ /**

1= chirurgien 2 = CES 3 = interne 4 = 1 + 2 5 = 2 + 3 6 = 1 + 3

**Q47: MODALITE OPERATOIRE**

**48 : TYPE**

**D'ANESTHESIE...../ /**

1= AG 2 = péridurale 3 = rahianesthésie 4 = locale 5 = 2 + 1 6 = 3 + 1 7 = 4 + 1 8= 2 + 3

**Q49 QUALIFICATION DE L'ANESTHESISTE...../ /**

1= médecin anesthésiste 2 = infirmier 3 = interne

**Q50 : DUREE DE L'INTERVENTION EN MINUTE...../ / / /**

**Q51: DUREE EN JOUTRS AU SERVICE DE REANIMATIO...../ / /**

**Q52: OPERATEUR EST IL SATISFAIT DE L'INTERVENTION ...../ /**

1= oui 2 = non

**Q53 : SI NON POUR QUOI ?**...../ /

1 = malade mal préparé 2 = indication fausse 3 = incidents ou accidents per opératoire  
4= anesthésie 5=autres

**AUTRES A PRECISER** ...../ /

Q54: SI OUI POURQUOI ?

...../ /

1 = indication bonne 2 = fautes minimum 3 = autres 4 = 1 + 2 + 3

### COMPLICATIONS PEROPERATOIRES

**Q55 : LE PATIENT A I'IL PRESENTE DES**

**PEROPERATOIRES**...../ /

1=oui 2non

**Q56 : SI OUI A QUEL MOMENT**...../ /

**Q57 : SI OUI QUELLE IMPORTANCE**...../ /

1 = mineure (ne mettant en jeu le pronostic vital)

2 = importante (mettant en jeu le pronostic)

3 = décès

**Q58: SI DECES PRECISER LA**

**CAUSE**...../ /

**Q59 : PRECISER L'HORAIRE DE SURVENU PAR RAPPORT A L'INDUCTION**...../ /

1= < 30 mn 2 = 30 - 1h 3= 1h-2h 3= 2h - 3h 4 => 3heures

**Q60 : NOMBRE DE PERSONNE DANS LE BLOC**

**OPERATOIRE**...../ /

**COMPLICATIONS POSTOPERATOIRES**

**Q61 : LE PATIENT A T'IL PRESENTE DES COMPLICATIONS POSTOPERATOIRES .../ /**

1= oui 2 = non

**62 : SI OUI QUELLE GRAVITE...../ /**

1 = mineure (ne prolongeant pas le séjour)

2 = moyenne (le prolongeant de 2-3j)

3 = grave (doublant au moins le séjour)

4 = décès

**Q63 : SI OUI PRECISER LA MODALITE INFECTIEUSE...../ /**

1= infection urinaire 2infection pariétale 3abcès profond 4=septicémie

5=infection pulmonaire 6=1+2 7=1+5 8=1+3 9=5+2 10=5+3 11=autres

**AUTRES A PRECISER.....**

**Q64 : MODALITE NON INFECTIEUSE...../ /**

1= hématome 2 = hémorragie 3 = fistule 4 = nécrose 5 = lymphocèle

6 = troubles respiratoires 7troubles cardiovasculaires 8 = phlébite 9 = trouble psychologique

10 = troubles métaboliques 11 = autres 12 = décès 13 = indéterminée

**AUTRES A PRECISER .....**

**Q65 : LE MALADE PREND T'IL DES ANTIBIOTIQUES...../ /**

1 = oui 2 = non

**Q66: S'IL Y A DES ANTIBIOTIQUES...../ /**

1 = bêta lactamines 4 = macrolides 7 = cyclines 10 = 1+2 13 = 5+1

2 = aminosides 5 = quinolones 8 = imidazolés 11=1+2+8 14 = Autre

3= phénicolés 6 = sulfamides 9 = antiseptiques 12 = 1+9

**AUTRES A PRECISER.....**

**Q67 : DUREE DE L'ANTIBIOTHERAPIE...../ /**

**Q68 : SI DECES PRECISER LA CAUSE ...../ /**

**Q69 : LIEU DE SURVENU DU DECES...../ /**

1 = salle de réveil 2 = soins intensifs 3 = salle d'hospitalisation

**Q70 : QUALIFICATION DU PERSONNEL AU MOMENT DU DECES...../ /**

1 = médecin      2 = interne      3 = infirmier      4 = aide soignant      5 = autres

**AUTRES A PRECISER.....**

**EXAMENS COMPLEMENTAIRES :**

**Q71 : NATURE ET NOMBRE DU BILAN SANGUIN**

1= .....

3= .....

4= .....

5=.....

6= .....

7= .....

8= .....

9= .....

10= .....

**Q72: SOMME TOTALE DEPENSEE POUR LE BILAN SANGUIN ...../\_\_\_\_\_/**

**Q73 NATURE ET NOMBRE DU BILAN URINAIRE ET COPROLOGIQUE**

1= .....

2= .....

3= .....

4=.....

5=.....



**Q74: SOMME DEPENSEE POUR LE BILAN URINAIRE ET COPROLOGIQUE../ \_\_\_\_\_/**

**Q75 NATURE ET NOMBRE DU BILAN RADIOLOGIQUE**

1= .....

2= .....

3= .....

5= .....

**Q76: SOMME TOTALE DEPENSEE POUR LE BILAN RADIOLOGIQUE...../ \_\_\_\_\_/**

**Q77 : NOMBRE DE CONSULTATION PAYEE PAR LE MALADE**

**Q78 : NATURE ET NOMBRE D'ANALYSE EN POSTOPERATOIRE**

1= .....

3= .....

4= .....

5=.....

**Q79: SOMME TOTALE DEPENSEE PAR LE MALADE...../ \_\_\_\_\_/**

1 = PHARMACIE...../ \_\_\_\_\_/

2 = HEBERGEMENT...../ \_\_\_\_\_/

3 = EXAMENS COMPLEMENTAIRES...../ \_\_\_\_\_/

4 = CONSULTATIONS...../ \_\_\_\_\_/

5 = ACTE OPERATOIRE...../ \_\_\_\_\_/

6 = ACTE ANESTHESIQUE...../ \_\_\_\_\_/

7 = AUTRES...../ \_\_\_\_\_/

**Q80 : MALADE EST IL ASSURE...../ \_\_\_\_\_/**

1 = oui            2 = non

**Q81 : LEMALADEAT'ILRECUDEL'ARGENT**

1 = oui            2 = non

**Q82 : LE MALADE BENEFICIT IL D'UN REMBOURSEMENT**

1=oui            2non

**Q83 LA QUALITE DE CELUI QUI PREND EN CHARGE LES FRAIS**

1= parents                      6 = service social            10 = autre  
2 = enfants                      7 = oncle  
3 = mari                          8 = neveu  
4 = service employeur        9 = ami

**AUTRES APRECISER** .....

**Q85 : LA PROFESSION DE CELUI QUI PAYE**...../ /

1 = Cultivateur/éleveur        4 = Employé privé  
2 = Commerçant                  5=Rétraité  
3= Fonctionnaire                6=Autres

**AUTRES A PRECISER** .....

**APPRECIATION DU MEDECIN A LA SORTIE DU MALADE**

**Q86 : SUR L'ETAT PHYSIQUE**...../ /

1 = Bon    2 = stationnaire    3 = précaire

**Q87 : ETAT PSYCHOTIQUE**...../ /

1 = Bon    2 = psychiatrique

**APPRECIATION DU MALADE A SA SORTIE**

**Q88 : SUR L'ACCUEIL A LA CONSULTATION**...../ /

1 = Satisfait    2 = non            3 = sans opinion

**Q89: SUR L'JIEBERGEMENT**...../ /

1= Satisfait    2 = non            3 = sans opinion

**Q90: SUR LES SANTAIRE**...../ /

1=Satisfait    2 = non            3= sans opinion

**Q91 : SUR LE PERSONNEL SOIGNANT**...../ /

1=Satisfait    2 = non            3 = sans opinion

**Q92: SUR LE PERSONNEL DE SOUTIEN...../ /**

1 = Satisfait 2 = non 3 sans opinion

**Q93: SUR LES SOINS INCURATIFS...../ /**

1 = Satisfait 2 = non 3 = sans opinion

**Q94: SUR LES SOINS POST OPERATOIRES...../ /**

1 = Satisfait 2 = non 3 = sans opinion

**Q95 SUR LA DUREE DU SEJOUR...../ /**

1 = Satisfait 2 = non 3 sans opinion

**Q96: SI INSATISFAIT...../ /**

1= durée trop longue 2= durée trop courte 3=sans opinion

**Q97: SUR L'INFORMATION DE SA MALADIE...../ /**

1 = Satisfait 2 = non 3 = sans opinion

**Q98 RESULTATS DE L'EXAMEN ANAPATH.....**

**Q99 RESULTATS DE L'EXAMEN DE PUS .....**

## FICHE SIGNALÉTIQUE DU SERVICE PAR MOIS

### 1 .LES RESSOURCES

<b>QUALIFICATION DU PERSONNEL</b>	<b>NOMBRE</b>
<b>CHIRURGIENS</b>	
<b>CES</b>	
<b>INTERNES</b>	
<b>INFIRMIER D'ETAT</b>	
<b>INFIRMIER DU PREMIER CYCLE</b>	
<b>AIDE SOIGNANT</b>	
<b>SECRETAIRES</b>	
<b>TECHNICIENS DE SURFACE</b>	
<b>PERSONNEL DU BLOC OPERATOIRE</b>	
<b>AUTRES</b>	
<b>TOTAL</b>	

## 2 .STRUCTURES

<b>STRUCTURES</b>	<b>BUREAU</b>	<b>SALLE DE PANSEMENT</b>	<b>SALLE DE GARDE</b>	<b>MAGASIN</b>	<b>LITS</b>
<b>BUREAU DE CONSULTATION</b>					
<b>UNITE D'HOSPITALISATION</b>					
<b>BLOC OPERATOIRE</b>					
<b>TOTAL</b>					

## 3 EQUIPEMENT

<b>NATURE DE L'EQUIPEMENT</b>	<b>NOMBRE</b>
<b>TOTAL</b>	

## LES ACTIVITES

### 1.LES CONSULTATIONS

QUALIFICATION DU PERSONNEL CONSULTANT	NOMBRE
CHIRURGIEN	
CES	
INTERNES	
TOTAL	

### 2. MALADES REFERES AU SERVICE PAR DES MEDECINS OU DES CENTRES

DIAGNOSTIC DE REFERENCE	NOMBRE
TOTAL	

### 3. NOMBRE DE MALADES ORIENTES APRES CONSULTATION A UNE SPECIALITE

SERVICE D'ORIENTATION	NOMBRE
<b>TOTAL</b>	

### 4 ACTES CHIRURGICAUX

NATURE DE L'ACTE	NOMBRE
<b>TOTAL</b>	

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

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

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

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 la conception.

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

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

**Je le jure.**



## RESUME

### LOCALISATION & RESUME DE LA THESE

**Nom** : KANTE  
**Prénoms** : Abdoulaye

**TITRE** : Evaluation de la qualité des soins du service de chirurgie générale de l'Hôpital Gabriel Touré

**ANNEE UNIVERSITAIRE** : 2008-2009  
**VILLE DE SOUTENANCE** : Bamako  
**PAYS D'ORIGINE** : Mali  
**LIEU DE DEPOT** : Bibliothèque de la FMPOS  
**SECTEUR D'INTERET** : Chirurgie, santé publique et économie de la santé.

**Objectif** : Evaluer la qualité des soins en chirurgie générale au CHU de Gabriel Touré.

**Méthodologie** : Il s'agit d'une étude prospective et transversale qui s'est déroulée durant trois mois du 1<sup>er</sup> juin au 31 Août 2008.

#### **Résultat** :

Nous avons opérés 300 malades dont 155 hommes (51,7%) et 145 femmes (48,3%) avec des extrêmes d'âge de 3 jours et 79 ans. La chirurgie digestive représentait 87,8% des interventions.

16 interventions ont été reportées. 18 malades (6%) ont présenté des complications per opératoires (liées soit à l'acte chirurgical ou anesthésique). L'opérateur n'était pas satisfait au cours de 7 interventions soit (2%) 22 malades soit (7,3%) ont fait une complication post opératoire dont 11 infections pariétales soit 3,7% et 6 malades sont décédés pendant notre étude soit 1,99%. Le séjour moyen a été de 1,26 jour. Le taux de satisfaction global des patients à leur sortie était de 93,50%, 5,15% n'étaient pas satisfait et 1,35% étaient sans opinion. 3 malades sur 4 (78%) étaient pris en charge par d'autres personnes ou structures (service social ou employeur).

**Conclusion** : L'évaluation de la qualité des soins est en plein essor mais celle-ci doit être basée sur des normes internationales.

**MOTS CLEFS** : Evaluation, qualité soins, chirurgie.

## LOCALISATION AND ABSTRACT OF THE THESE

**Name** : KANTE  
**First Name** : Abdoulaye

**TITLE:** Evaluation of the quality of cares in general surgery service at hospital of «GABRIEL TOURE.»

**Academy year** : 2008-2009  
**City** : Bamako  
**Country** : MALI  
**Localisation** : Library of FMPOS  
**Interest sector** : Surgery, Public health and economy health.

### **ABSTRACT:**

From June the first, 1998 to August 30th, 2008 has been affected an evaluation study of the quality of cares in general surgery service of « Gabriel Touré» hospital. It has based on the evaluation of structures, procedures. We have elaborated proper's criteria to our context based of the activity, the notoriety ,peri operatories complications, the satisfaction of the operator and the patient at the end of his care.

We have Opered 300 patients among 155 men (51, 7%) and 145 women (48, 3%) with age varying from 3 days to 79 years. The digestive surgery represented 87, 8 % of interventions. Blood analysis has not been affected on 91 patients (23, 3%).

For divers reasons (electricity, water and materials), 16 interventions has been or cancelled or delayed. 49 patients (12, 5%) presented pre operatories.

18 patients were presented per operatories complications (lied to the surgery act or presented pre operatories complications (lied to the surgery act or aesthesia). on

The operator was not satisfied during to 7 interventions (2, %) 22 patients (7, 3 %) has made post operatories complications among 11 parietal infections ( 3, 7 %) and we are deplored 6 died (1, 99%) during our study.

The middle daily has been of 1, 26 days. The global satisfaction of the rank of patients at the end was 93, 50 % and 1, 35% without opinion. 3 patients on 4 (78%) were taken in charge by the members of their families.

**KEY WORDS:** Evaluation, health quality, Surgery.