


MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une Foi



UNIVERSITE DE BAMAKO
Faculté de Médecine, de
Pharmacie
et d'Odonto-stomatologie

Année Universitaire 2010-2011

N° _____

Thèse



**LES MOTIFS DE CONSULTATION EN
EXTERNE DANS LE SERVICE DE
PEDIATRIE DU CHU GABRIEL TOURE DE
BAMAKO**

**Présentée et soutenue publiquement le .../.../2011
Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie
et d'Odonto-stomatologie du Mali**

Par Monsieur Mahamadou SIDIBE

**Pour obtenir de grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'Etat)**

Jury

Président : Pr Boubacar TOGO
Membre : Dr Ilo DIALL
Codirecteur : Dr Broulaye TRAORE
Directrice de Thèse : Pr Mariam SYLLA

Dédicace

- **A notre père Professeur Sékou SIDIBE :**

« Pah », ton amour, ta rigueur, ton souci principal qui est la réussite de tes enfants et surtout ta préoccupation pour une éducation exemplaire, ce travail est l'aboutissement de tout cela.

Puisse ce travail te témoigner mon éternel amour, ma grande affection et mon admiration pour tes qualités humaines qui font de toi un père exceptionnel et qui me serviront toujours d'exemple et de guide dans ma carrière et ma vie.

Que Dieu le Tout-Puissant te préserve et t'alloue bonne santé et longue vie. Amen !

- **A notre mère, Madame SIDIBE Fanta CISSE :**

Aujourd'hui, « Nah », c'est mon cœur qui t'écrit ; toi qui m'as donné la vie et qui me l'as embellie, toi qui m'as donné tant de bonheur, saches que ce jour est le tien.

Tes innombrables sacrifices ont été une véritable preuve d'amour pour tes enfants et il va de soi que tu en récoltes les fruits. Ce travail en est un ; qu'il réjouisse ton cœur.

- **A mes frères et sœurs, Aminata, Moussa, Aïssata, Anzoumana , Fatoumata**

C'est en rassemblant des briques que l'on monte un mur. Restons donc unis et solidaires pour un amour et un bonheur éternel.

Puisse Dieu renforcer nos liens sacrés fraternels.

- **A ma belle-sœur, Madame SIDIBE Fatimata DIALLO :**

Qu'elle trouve ici l'expression de toute ma tendresse.

- **A mon oncle, le Professeur Siaka SIDIBE et ma tante, Madame SIDIBE Bibata NIAMBALY :**

Merci pour tout.

Que ce modeste travail soit le gage de ma profonde affection et de mon éternelle reconnaissance.

- **A Madame DIARIGOU Sadio NIAMBALY,**

Pour son soutien matériel et moral.

- **A tous mes autres oncles et tantes,**
- **A mes cousins et cousines,**
- **A mes beaux-frères :**

Qu'ils trouvent ici l'expression de toute mon affection.

- **A mes nièces et neveux :** « Mamy », « Gôgô », « Papa », « Assi », « la beauté » :

A qui je souhaite un avenir prospère.

- **A mon pays le Mali :**

Puisse ce travail contribuer à la construction nationale.

REMERCIEMENTS

- **A mon Créateur :**

Dieu le Tout-Puissant, le Miséricordieux (le plus rehaussé soit-il), qui dans sa grâce m'a animé d'une vie et m'a doté d'une faculté mentale et d'un courage indispensables à la concrétisation de ce travail.

- **Au Prophète Mouhammad (PSL) son messager,**

sa famille et tous ceux qui ont suivi son chemin jusqu'au jour de la résurrection.

- **A Monsieur Roufouce KAMATE :**

J'ai admiré la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de m'aider à l'élaboration de ce travail. Votre amour du travail bien fait, votre simplicité et votre disponibilité m'ont impressionné durant tout mon cycle au Prytanée Militaire de Kati.

Trouvez ici l'expression de ma très profonde gratitude.

- **A Monsieur Drissa DIALLO et famille :**

Vous avez énormément contribué au couronnement de mes études secondaires. Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude.

- **Au Professeur Anatole TOUNKARA :**

Merci pour toute l'aide et le soutien que vous m'avez apportés durant mon cursus universitaire.

J'espère pouvoir suivre vos pas.

- **Au Professeur Boubakar DIALLO :**

Votre rigueur scientifique, la clarté de votre enseignement, votre sympathie m'ont particulièrement affecté durant tous mes stages dans le service de cardiologie du CHU Point G.

Que Dieu vous garde longtemps auprès de nous. Amen !

- **Aux Dr Ilo Bella DIALL, Dr Souleymane COULIBALY, Dr SACKO, Dr Niankara Aminata, Dr Honoré, Pr SANGARE Djibril, Pr Abdoulaye DIALLO, Dr Diango Mahamane Djibo:**

Pour tout l'encadrement reçu.

- **A tous mes anciens maîtres de l'école fondamentale de Noumorila « A » et particulièrement Madame DIALLO Awa DIALLO, Madame DIAKITE Batoma, Madame TRAORE Rokia, Monsieur SIDIBE, Monsieur COULIBALY Abdoulaye :**

- **A tous mes anciens maîtres du Prytanée Militaire de Kati :**

Vous êtes tous à la base de mon bagage intellectuel.

Soyez-en remerciés !

- **A tout le corps professoral de la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie :**

Pour tout l'enseignement reçu.

- **A tous mes amis et toutes mes amies :**

Pour votre soutien indéfectible.

- **A mon groupe d'étude : Marie Annick PLACCA et Polle Bibalou MIHINDOU :**

Nous avons passé des moments d'études inoubliables qui ont porté leurs fruits. Je vous souhaite bon retour dans votre pays et beaucoup de chance pour l'avenir.

- **A mon équipe de garde dans le service de pédiatrie du CHU-GT : Korenzo, Ousmane, Younoussa :**

En souvenir de ces nuits de travail et d'échanges.

- **A tous mes aînés du service de pédiatrie, particulièrement : Dr Adama BAH :**

Pour toute l'assistance.

- **A mes collègues thésards :**

Merci pour votre collaboration.

- **A tous mes cadets :**

Bon courage et bonne continuation.

- **A toute la promotion de la Faculté de Médecine 2005-2010 :**

Que le marché de l'emploi vous offre ce qu'il y a de meilleur.

- **A tout le personnel du centre hospitalo-universitaire Gabriel TOURE :**

Pour toutes les formations reçues.

- **A tout le personnel de la consultation externe pédiatrique du CHU- GT :**

Pour votre collaboration.

- **A tous les médecins pédiatres du CHU-GT, particulièrement Dr Abdoul Aziz DIAKITE, Dr Amadou TOURE**

Nous avons beaucoup appris à vos côtés.

Sincères remerciements.

- **A tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce travail**

- **A tous ceux que j'ai omis de citer :**

J'en ai sûrement oublié sur papier mais mon cœur, lui, n'a rien oublié.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président du Jury, Professeur Boubacar TOGO

Onco-pédiatre ;

Responsable de l'Unité d'Oncologie Pédiatrique du CHU Gabriel TOURE ;

Maître de conférences à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie (FMPOS) ;

Honorable maître, c'est un grand honneur que vous nous faites de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations. Votre disponibilité, votre grande culture scientifique expliquent l'estime que vous portent tous les étudiants que vous enseignés à la faculté.

Soyez rassuré, cher Maître, de notre profond respect.

- **A notre Maître et Membre du Jury, Docteur Ilo Bella DIALL :**
Spécialiste des maladies cardiovasculaires

Tabacologue

Maître Assistant à la FMPOS,

L'accueil que vous nous avez réservé et la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de siéger dans ce jury nous sont allés droit au cœur. Votre rigueur dans le travail, votre disponibilité, votre gentillesse et votre conscience professionnelle font de vous un praticien exemplaire.

Permettez-nous, cher Maître, de vous adresser ici nos sincères remerciements.

. A notre maître et Co-directeur de thèse, Docteur Broulaye TRAORE,

Chef du service de pédiatrie générale du CHU Gabriel Touré

Praticien hospitalier au service de pédiatrie du CHU Gabriel Touré

Président de l'association malienne de lutte contre la déficience mentale(AMALDEME)

Chargé de cours de pédiatrie à l'institut national de formation en science de la santé(INFSS)

Cher Maître, votre abord facile, votre esprit critique, vos qualités humaines font de vous un Maître admirable. Votre encadrement précieux a contribué à l'élaboration de ce travail. Veuillez accepter l'expression de notre admiration et soyez rassuré que nous vous serons à jamais reconnaissants.

- **A notre Maître et Directrice de thèse, Professeur Mariam SYLLA Maître de Conférences Agrégé de Pédiatrie à la FMPOS,
Chef de service des urgences et de néonatalogie dans le département de pédiatrie du CHU Gabriel TOURE**

Cher Maître, c'est un grand honneur pour nous d'être compté parmi vos élèves. Votre amour pour la profession, votre souci du travail bien fait et votre bonne foi pour nous assurer une formation solide et surtout votre cœur de mère font de vous un maître respecté.

Cher Maître, trouvez ici le témoignage de notre sincère reconnaissance et notre profonde gratitude.

Abréviations

ARV	Anti-rétroviraux
CES	Certificat d'Etude Spéciale
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CHU-GT	Centre Hospitalier Universitaire Gabriel TOURE
CSCOM	Centre de Santé Communautaire
CSRef	Centre de Santé de Référence
CVD	Centre pour le Développement des vaccins
FMPOS	Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie
HGT	Hôpital Gabriel TOURE
MSSPA	Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées
ORL	Oto-rhino-laryngologie
PCMIE	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNLT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PRODESS	Programme de Développement Socio-sanitaire
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
UNICEF	Fond des Nations Unies pour l'Enfance

SOMMAIRE

Titres	Pages
I- INTRODUCTION	1
II- OBJECTIFS	4
1- L'objectif général	4
2- Les objectifs spécifiques	4
III- GENERALITES	5
A- La consultation médicale	5
B- Le motif de consultation	5
C- La pédiatrie	5
D- Quelques particularités d'un service de pédiatrie	5
E- Quelques signes ou symptômes	6
1- La fièvre	6
2- Les vomissements	8
3- La diarrhée	9
4- La détresse respiratoire	12
5- La toux	13
F- Notions générales sur quelques pathologies	15
1- Les infections respiratoires hautes	15
a) La rhinopharyngite	15
b) Les angines (amygdalite ou tonsillite)	16
2- Les infections broncho-pulmonaires ou respiratoires basses du nourrisson et de l'enfant	17
2-1 Les bronchites et/ou les trachéobronchites	17
2-2 Les bronchiolites aiguës du nourrisson	18
2-3 Les pneumonies aiguës communautaires	20
3- Les parasitoses digestives	21
4- Le paludisme	22
5- Les infections urinaires	23
6- Le syndrome néphrotique	23
7- La drépanocytose	24
8- L'épilepsie	26
IV- METHODOLOGIE	27
1- Le lieu de l'étude	27
2- Les consultations externes	30
3- Le type de l'étude	31

4- La période de l'étude	31
5- L'échantillonnage	31
6- La population de l'étude	31
7- Les critères d'inclusion	31
8- Les critères de non-inclusion	31
9- Les critères d'exclusion	31
10- Le déroulement de l'enquête	31
11- Définition opératoire de la consultation externe	33
12- L'analyse des données	33
13- Considérations éthiques et déontologiques	33
V- RESULTATS	34
VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION	45
1- Les contraintes de l'étude	45
2- Les caractéristiques sociodémographiques	45
3- Les motifs de consultation	48
4- La référence	49
5- Attitude de parents face à la maladie	50
6- L'hypothèse diagnostique probable	51
7- Le devenir	52
VII- CONCLUSION	53
VIII- RECOMMANDATIONS	54
A- Aux populations	54
B- Aux autorités	54
C- Au personnel socio-sanitaire	54
Références bibliographiques	55
Fiche d'enquête	58
Fiche signalétique	60
Liste des tableaux	61
Résumé	59
Serment d'Hippocrate	62

I- Introduction

Le Centre Hospitalo-universitaire Gabriel TOURE (CHU- G.T) est implanté en pleine ville de Bamako. La forte densité de la population et le non respect du système de référence par le personnel soignant et par la population font qu'il reçoit un flux important de malades.

Selon l'UNICEF, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans dans le monde est passé de 93 décès pour 1000 naissances vivantes en 1990 à 68 décès pour 1000 naissances vivantes en 2007, soit une diminution de 27%. En effet, 12,7 millions d'enfants de moins de cinq ans sont morts dans le monde en 1990, contre 9,2 millions en 2007.

Cependant, c'est toujours en Afrique que l'on trouve le taux de mortalité de l'enfant le plus élevé au monde.

La région Afrique de l'Ouest et Centrale qui ne compte que 10% de la population mondiale d'enfants de moins de cinq ans totalise pourtant 30% de la mortalité infantile, soit 2,8 millions. [1]

La République du Mali est un pays sahélo-sahélien d'Afrique de l'Ouest d'une superficie d'environ 1.241.248 km² avec une population estimée en 2006 à 12.051.021 habitants, dont 46% est âgé de moins de cinq ans.

Bien que le niveau de mortalité infanto-juvénile enregistré aujourd'hui au Mali se situe parmi les plus élevés au monde, il n'en demeure pas moins qu'il a diminué régulièrement durant les quinze dernières années ayant précédé 2006. (année de rédaction de EDS IV). Ainsi, il était de 242 pour 1000 en 1996 ; 241 pour 1000 en 2001 et 191 pour mille en 2006. [2]

Au Mali, la morbidité et la mortalité infanto-juvéniles sont dominées par les maladies infectieuses (paludisme, méningite, infections néonatales, infections respiratoires, infections urinaires ...).

La forte morbidité et mortalité infantile au Mali sont dues à des facteurs le plus souvent intriqués : la précarité économique, les conditions sanitaires, environnementales et culturelles de la population. [2]

Les bébés mal nourris des parents pauvres risquent davantage de contracter des affections respiratoires, la diarrhée, la rougeole et d'autres maladies évitables et ont moins de chance de recevoir les soins de santé qui s'imposent. [3]

Le rapport annuel du Service de Pédiatrie du CHU Gabriel TOURE a notifié :

- En 2007, 7097 hospitalisations sur 44521 consultations, soit 15.94% des malades consultés ;
- En 2008, 7714 hospitalisations sur 50869 consultations, soit 15.16% des malades consultés ;
- En 2009, 8540 hospitalisations sur 44853 consultations, soit 19.03% des malades consultés ;
- En 2010, 8884 hospitalisations sur 43821 consultations, soit 20.27% des malades consultés. [4]

Les patients viennent en consultation pour des motifs divers et dont la majorité peut être prise en charge par les niveaux inférieurs de la pyramide sanitaire du pays (C.S.COM, C.S.REF).

Pour ce qui est des motifs de consultation, sur le plan statistique :

- En 2001, DOUMBIA M.N. [5] trouvait comme principaux motifs de consultations : la fièvre (53%), la toux ou les difficultés respiratoires (38,6%), la diarrhée (18,3%)
- En 2003, MAIGA B. [6] dans une étude sur les références dans le Service de pédiatrie du CHU Gabriel TOURE, trouvait comme premier motif de consultation la fièvre, avec 64,8%,
- suivie de la toux ou les difficultés respiratoires avec 33,7% ; la diarrhée 21,7% ; les vomissements 18,1%.
- En 2006, SISSOKO S. [7], dans une étude sur les motifs de consultation dans le même service, a trouvé comme principaux motifs de consultation : la fièvre (20%) ; la diarrhée (6,4%) ; toux ou difficultés respiratoires (5,6%) ; cris plaintifs ou refus de tétée (22%) ; vomissements (1,7%)

Dans l'optique du système de tri des malades au niveau du service de pédiatrie, les consultations d'urgence ont été séparées des consultations externes.

Depuis cette séparation, aucune étude n'a été faite pour ce qui est des motifs de consultation en externe afin d'apprécier la tendance actuelle. C'est ainsi qu'il nous a paru important de mener cette étude qui se fixe les objectifs suivants :

II- OBJECTIFS

1- OBJECTIF GENERAL :

- Etudier les motifs de consultation en externe dans le service de pédiatrie du CHU Gabriel TOURE.

2- OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Identifier les motifs les plus fréquents pour lesquels les patients sont reçus en consultation externe dans le service de pédiatrie du CHU Gabriel TOURE;
- Décrire le profil sociodémographique des enfants reçus en consultation externe ;
- Déterminer le taux d'enfants malades référés parmi les consultés ;
- Déterminer le nombre d'enfants malades hospitalisés parmi les consultés ;

III- Généralités :

A- La consultation médicale :

C'est l'examen d'un malade pratiqué par un médecin. [8] La consultation médicale a pour objectif l'évaluation de la situation d'un patient à partir des données de l'interrogatoire (symptôme) et de l'examen physique. [9]

B- Le motif de consultation :

C'est la raison qui pousse le malade à venir se faire consulter par un médecin. [8]

C- La pédiatrie :

C'est une branche spécialisée de la médecine qui étudie le développement psychomoteur et physiologique normal de l'enfant, ainsi que toute la pathologie qui y a trait (maladies infantiles) de la naissance à la période post-pubertaire où il devient adulte ; « c'est la médecine des enfants ».

D- Quelques particularités d'un service de pédiatrie :

- Les malades sont des mineurs dont la responsabilité en l'absence des parents est déléguée aux médecins et au personnel de l'hôpital.
- Les patients sont des êtres en développement :

Quelques examens et de nombreux traitements sont déconseillés ou totalement contre-indiqués quand ils risquent de compromettre gravement le potentiel de croissance de l'enfant.

Les limites statistiques de la normalité de taille, poids, tension artérielle, dosages biochimiques varient avec l'âge.

- Ce sont des individus fragiles où les désordres métaboliques et surtout l'infection ont très rapidement des conséquences graves, en particulier dans la première enfance. [10]

E- Notions générales sur quelques signes ou symptômes :

1- La fièvre :

La fièvre est une élévation de la température corporelle due au dérèglement du centre hypothalamique régulateur de la température sous l'action des pyrogènes.

Symptôme le plus fréquent des maladies infectieuses, la fièvre n'est cependant pas toujours synonyme d'infection. Inversement, au cours de certaines infections (notamment toxi-infections : choléra, tétanos, botulisme), la température est normale. Un choc septique à bacille gram négatif peut être associé à une hypothermie. [11]

La fièvre est définie comme une température corporelle supérieure à 38°C. [12]

On distingue :

- les fièvres de moins de 5 jours ;
- les fièvres prolongées ou persistantes évoluant depuis plus de 20 jours

Mécanisme de l'élévation thermique :

L'homéothermie résulte d'un équilibre entre thermogénèse et thermolyse régulé par un centre thermorégulateur.

Le centre thermorégulateur est situé au milieu de l'hypothalamus antérieur et se comporte comme un thermostat réglé aux environs de 37°.

Au cours de la fièvre, le point d'équilibre est déplacé vers le haut de sorte que l'hypothalamus antérieur va émettre des influx nerveux visant à augmenter la température centrale autour de ce nouveau point d'équilibre. Il en résulte une vasoconstriction (diminuant la thermolyse) et des frissons (augmentant la thermogénèse). [12].

Avantages et inconvénients de la fièvre :

- **Avantages :**

- Inhibition de la croissance et de la virulence de certains germes si la température est élevée. Exemple : le pneumocoque de type 3 lyse à 41°C.
- La fièvre lutte contre l'infection : augmentation de la phagocytose et de la bactéricidie des polynucléaires neutrophiles, et effet cytotoxique des lymphocytes.
- **Inconvénients :**
 - Convulsions chez les enfants ;
 - Augmentation des besoins en oxygène et métabolisme de base ;
 - Réduction de la vigilance.

Les sites de mesure de la température

Il s'agit de :

- La température rectale : c'est le site de référence ;
- La température buccale ;
- La température tympanique ;
- La température axillaire ;
- La température frontale.

La fièvre représente un motif extrêmement fréquent de consultation en pédiatrie.

2- Les vomissements

Définition :

Les vomissements consistent en un rejet brutal et vigoureux du contenu de l'estomac par la bouche.

Les vomissements doivent être différenciés de :

Régurgitations : qui se définissent par la remontée passive d'une petite quantité de liquide gastrique alimentaire.

Ruminations : sont définies par la remontée dans la bouche sans effort d'aliments récemment ingérés ; ils sont à nouveau remâchés et avalés, ou crachés. Habituellement, elles sont observées chez l'enfant ayant un

retard mental ou une maladie psychiatrique mais peuvent se voir chez l'adulte.

Physiopathologie du vomissement :

Le vomissement est un réflexe complexe placé sous le contrôle de deux centres distincts : le centre du vomissement, situé dans la substance réticulée du tronc cérébral, qui joue un rôle important dans la coordination des phénomènes moteurs des vomissements et l'area postrema, zone nerveuse chémosensible située au niveau du plancher du 4^{ème} ventricule cérébral qui est sensible à des toxines endogènes et exogènes. Les principaux neurotransmetteurs impliqués dans les vomissements au niveau de l'area postrema sont l'histamine, la dopamine, la sérotonine, les enképhalines, la norépinephrine, l'angiotensine II et l'arginine vasopressine. [13]

Orientation diagnostique étiologique

- Les vomissements récents fébriles aigus doivent évoquer :
 - Avant tout une cause infectieuse ;
Digestive (gastroentérite)
Extradigestive (otite moyenne aigue, infection urinaire voire méningite, etc).
 - Plus rarement une infection chirurgicale : invagination intestinale aigue, hernie étranglée, appendicite aigue.
 - Exceptionnellement une cause neurologique : hématome sous dural, hypertension intra-crânienne.
- Les vomissements plus anciens (non fébriles) doivent conduire à rechercher :
 - Souvent une erreur de régime (suralimentation) ;
 - Ou une cause mécanique : sténose du pylore, pathologie du reflux gastro-œsophagien, malposition cardio-tuberositaire.
- Les vomissements sont parfois reliés :

- A une cause nutritionnelle (allergie aux protéines du lait de vache),
- A une cause métabolique (intolérance au fructose aminoacidopathie) ;
- A une anomalie surrénalienne (hyperplasie congénitale des surrénales). [12]

Pronostic et traitement

Le pronostic des vomissements du nourrisson est lié :

- Aux conséquences immédiates du symptôme : déshydratation ou dénutrition ;
- A la correction précoce des troubles hydro électrolytiques et à la rénutrition rapide et bien conduite, meilleurs garants d'un pronostic rapidement favorable.
- A la cause de ces vomissements et à leur correction selon les traitements proposés. [12]

3- La diarrhée

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), il existe dans les cinq continents un milliard d'épisodes de diarrhée chez les moins de cinq ans avec au moins cinq millions de cas par an.

Au Mali l'incidence des maladies diarrhéiques varie de 11,8% à 23,4%, soit 3,8 à 9,54 épisodes par enfant par an. La tranche d'âge la plus touchée est celle de 12 à 23 mois. La diarrhée est la deuxième cause de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans.

La diarrhée aigue

La diarrhée aigue est une infection fréquente de l'enfant, parfois sévère et urgente notamment chez le nourrisson. Demeurant un problème de santé publique du fait de ses conséquences en termes de mortalité infantile dans les pays en voie de développement.

Définition :

La diarrhée aigue se définit cliniquement comme l'émission trop fréquente (plus de trois fois par jour) de selles trop liquides au cours d'une période inférieure à une semaine.

Les gastroentérites se caractérisent par l'émission fréquente (plus de trois fois par jour) de selles trop liquides correspondant à une augmentation du contenu fécal auxquelles s'associent fréquemment des vomissements. [12]

Physiologie intestinale :

Un adulte absorbe environ deux litres de liquide par jour et sept litres de sécrétions digestives. Sur les neuf litres ingérés, huit litres sont absorbés au niveau du grêle et un litre au niveau du colon.

- Au niveau du grêle, l'absorption du liquide se fait par les villosités et la sécrétion par les cryptes. Il existe donc de façon simultanée une absorption et une sécrétion de l'eau et des électrolytes avec un bilan net en faveur de l'absorption.
- Ce transport d'eau et d'électrolytes à travers la barrière intestinale se fait de façon active par consommation d'énergie (glucose et sodium ou acide aminé, au niveau de villosités, Cl^- , au niveau des cryptes) et de façon passive par la création d'un gradient osmotique et électrique.

Mécanisme de la diarrhée :

Les agents infectieux provoquent la diarrhée par différents mécanismes :

- La réplication du virus à l'intérieur des villosités provoque une destruction des cellules épithéliales et un raccourcissement des villosités : les cellules absorbantes sont donc remplacées par les cellules sécrétrices des cryptes entraînant une sécrétion d'eau et d'électrolytes. Exemple : c'est le cas du rotavirus.

- L'invasion des cellules épithéliales par les agents s'accompagne de lésion de l'épithélium intestinal. Les selles contiennent du mucus, du sang, des débris alimentaires. Les lésions siègent sur le colon. Exemple : sont en cause les shigelles, les salmonelles, l'entamoeba histolitica, Echerichia coli entéro-invasif, compylobacter jejuni.
- La sécrétion d'entérotoxine par la bactérie produit des altérations de la fonction des cellules épithéliales. La toxine agit au niveau du grêle et est responsable de sécrétion d'eau et d'électrolytes. Exemple : les germes en cause sont le vibriocholerae, l'Echerichia coli entérotoxigène, Staphylococcus aureus.

Conséquences de la diarrhée aiguë :

Les conséquences majeures sont au nombre de deux :

- A tous les âges la déshydratation aiguë par déperdition hydro-électrolytique ;
- A tous les âges et surtout chez le nourrisson (moins de quatre mois) la dénutrition. [12]

Principales étiologies :

Avant tout, digestives (intestinales), infectieuses (gastroentérites aiguës).

- Virales : rotavirus surtout plus rarement adénovirus, astrovirus, calcivirus.
- Bactériennes : elles peuvent procéder selon différents modes virulents, parfois simultanés.
- Entéro-invasif : salmonelle, shigelle, Echerichia coli-entéro-invasif, campylobacter, yersinia.
- Cytotoxique : clostridium difficile, shigelles, Echerichia colientérotoxigène, Echerichia coli-entérohémorragique.

- Toxinogénique : vibron cholérique, shigelle, yersinia, Echerichia coli-entéro-toxinogène, clostridium difficile.
- Adhérent : Echerichia coli-entéropathogène, Echerichia coli-entérohémorragique. [12]

Diarrhée chronique :

Le terme de diarrhée chronique regroupe habituellement des anomalies permanentes ou récidivantes depuis plus de quatorze jours de l'aspect des selles qui sont trop fréquentes, trop volumineuses ou trop molles. [12]

4- La détresse respiratoire :

La détresse respiratoire est une des urgences les plus fréquentes et les plus angoissantes en pratique quotidienne pédiatrique. Le diagnostic clinique de la détresse respiratoire est fait par référence à la sémiologie respiratoire de l'enfant normal (tableau ci-dessous).

Tableau I : Sémiologie respiratoire de l'enfant normal.

	Nouveau-né	Nourrisson	Enfant >2-3 ans
Fréquence (cycle/mn)	40-50	20-40	18-20
Type de la respiration	Nasale Abdominale Irrégulière	Bucco-nasale Thoraco-abdominale Régulière	

Fréquence respiratoire :

Elle peut être augmentée, supérieure à 50 cycles/mn (polypnée ou tachypnée) ou diminuée inférieure à 15 cycles/mn (bradypnée).

Signes de lutte :

Les signes de lutte sont :

- Le battement des ailes du nez (dilatation inspiratoire des orifices narinaux).
- Le tirage qui a une grande valeur sémiologique tant par son intensité (signes de gravité) que par sa topographie (sus-sternale, intercostale ou sous-sternale) ; il a de plus une valeur localisatrice du siège éventuel de l'obstruction. [12]

5- La toux :

Définition :

La toux est une brusque bruyante et brève expiration à travers la glotte rétrécie.

La toux peut être volontaire ; le plus souvent elle est involontaire. C'est un acte réflexe de défense destiné :

- à empêcher la pénétration de corps étrangers dans les voies respiratoires,
- à expulser les mucosités qui s'y trouvent accumulées. [14]

Argumentation étiologique :

On distingue :

La toux aigue :

Elle est la plus fréquente chez l'enfant. Le diagnostic en est le plus souvent évident dans un contexte d'infection des voies respiratoires supérieures (rhinopharyngite, rhino-bronchite, bronchiolite, etc) ne justifiant habituellement aucun examen complémentaire.

La toux aigue peut être reliée à une pneumonie aigue justifiant alors d'un examen radiographique thoracique seul susceptible d'affirmer le diagnostic. [12]

Toux chronique

Elle est arbitrairement définie par sa persistance au-delà d'une durée de trois semaines.

Hypothèses diagnostiques :

- Enfant de moins de trois ans (nourrisson surtout)

D'abord évoquer :

- Les infections des voies aériennes supérieures récidivantes ou trainantes (infections à *Mycoplasma pneumoniae*) ;
- Le reflux gastro-œsophagien ;
- Plus rarement une pathologie obstructive des voies aériennes supérieures (trachéomalacie) ou inférieures une pathologie d'inhalation (corps étrangers) ;
- Exceptionnellement une pathologie héréditaire du transport muco-ciliaire.

- Enfant de plus de trois ans :

Trois étiologies principales sont suspectées :

- La rhino-sinusite chronique et l'hypertrophie adénoïdienne ;
- L'asthme ;
- Le reflux gastro-œsophagien.

Attitude thérapeutique

- Les antitussifs contenant de la codéine ne doivent pas être utilisés chez les enfants de moins de trois ans ;
- Les toux productives nécessitent de façon prioritaire une kinésithérapie respiratoire.
- Le traitement de la toux est surtout celui de son étiologie. [12]

F- Notions générales sur quelques pathologies :

1- Infections respiratoires hautes

a) Rhinopharyngite

Définition :

C'est une atteinte inflammatoire du pharynx associée à une atteinte nasale. [11]

La rhinopharyngite est une affection :

- fréquente : cinq millions de cas par an en France chez l'enfant de moins de sept ans et première cause de consultation en pédiatrie ;
- bénigne ;
- toujours virale (virus respiratoire syncytial, rhinovirus...)

Son diagnostic associe :

- une rhinite caractérisée par un écoulement nasal antérieur ou postérieur, susceptible d'entraîner nausées et rejets avec souvent une toux (rhino-bronchite si atteinte virale bronchique associée).
- et une pharyngite : muqueuse rouge, plus ou moins œdémateuse à l'examen clinique.
- Une fièvre habituellement modérée (38-38,5°C). [12]

Des complications surviennent dans 6 à 14% des cas. Elles sont précoces (convulsions fébriles, otites moyennes aiguës) ou plus tardives : sinusite. [15]

C'est une infection virale ; le traitement est donc symptomatique :

- Traitement de la fièvre par les moyens physiques habituels et les antipyrétiques ;
 - Traitement de l'obstruction nasale et de la rhinorrhée : lavage des fosses nasales au sérum physiologique et technique de mouchage.
- [12]

b) Angines (amygdalite ou tonsillite)

Les angines sont définies comme une inflammation d'origine infectieuse des amygdales ou de l'ensemble du pharynx.

Elles sont fréquentes : Infections ORL les plus nombreuses chez les enfants d'âge scolaire (pic d'incidence entre 5 et 15 ans).

Elles sont coûteuses : 8 millions de prescription d'antibiotiques annuelles en France.

Elles sont le plus souvent

- D'origine virale soit 2/3 des cas (60 à 90%) ;

- 1/3 sont liées au streptocoque β hémolytique A, susceptible d'induire outre des complications locorégionales (Phlegmon amygdalien, abcès retro-pharyngés, adénites suppuratives, cellulite cervicale, etc) des complications post-streptococciques (rhumatisme articulaire aigue, Glomérulonéphrite aigue). [12]

Le streptocoque beta-hémolytique du groupe A est responsable de 25 à 40% des cas d'angine chez l'enfant (rarement en-dessous de 2 ans) et 10 à 25% des angines de l'adulte (rarement au-delà de 40 ans) [11]

Le diagnostic d'angine est évoqué devant une symptomatologie fonctionnelle (dysphagie souvent difficile à préciser chez le petit enfant) associé à une fièvre. Il est confirmé par l'examen local de l'oropharynx. [12]

L'argumentation actuelle justifiant le traitement antibiotique des angines est la prévention de ces complications sus-citées.

Ainsi, l'antibiothérapie reste systématique pour ne pas négliger une étiologie streptococcique et éviter les complications post-streptococciques.

2- Infections broncho-pulmonaires ou respiratoires basses du nourrisson et de l'enfant.

Les infections broncho-pulmonaires du nourrisson et de l'enfant constituent un problème majeur de santé publique dans les pays en voie de développement où elles restent une cause majeure de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans. Ainsi, l'OMS a pu évaluer à plus de quatre millions d'enfants par an (ou plus de 10.000 enfants par jour) le nombre de décès liés aux pneumopathies dans les pays en voie de développement. Le diagnostic d'infection respiratoire de l'enfant repose

sur une triade symptomatique : fièvre, toux, difficultés respiratoires d'intensité variable.

L'évaluation clinique permet de distinguer trois grands tableaux :

2-1 Les bronchites et/ou trachéobronchites

Elles sont liées à une inflammation le plus souvent diffuse de l'arbre bronchique. [12]

C'est la plus fréquente des infections des voies respiratoires basses (4 millions de cas par an en France). [11]

a) Etiologies :

Elles sont virales dans la quasi-totalité des cas : virus respiratoire syncytial (VRS), virus influenzae, adénovirus, myxovirus, rhinovirus, etc.

Une cause bactérienne primitive est beaucoup plus rare : *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, *Bordetella pertussis*.

Les germes impliqués dans les manifestations sont ceux des voies aériennes supérieures : *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis*.

b) Diagnostic :

Il est clinique et est suspecté sur l'association d'une toux fébrile survenant au décours d'une rhinopharyngite avec quelques râles ronflants (ronchi) ou humides à l'auscultation.

c) Traitement

Une bronchite aiguë fébrile survenant chez un enfant sain ne justifie pas l'administration d'antibiotiques.

L'antibiothérapie n'est indiquée qu'en cas de fièvre supérieure à 38,5°C pendant une durée supérieure à trois jours associée ou non à la coexistence de signes d'atteinte alvéolaire cliniques, voire radiologiques.

L'antibiothérapie prescrite est alors adaptée aux pathogènes habituels de surinfection bronchique provenant des voies aériennes

supérieures : pneumocoques et Haemophilus influenzae (Amoxicilline + acide clavulanique , Cefuroxime).

La durée habituelle du traitement est de 5 à 8 jours. [12]

2-2 Bronchiolites aiguës du nourrisson :

On évalue à environ 460.000 nourrissons par an (30%) des nourrissons le nombre d'enfants atteints de bronchiolites aiguës avec un maximum de fréquences situé entre 2 et 8 mois. [12]

C'est une affection saisonnière automne et hiver dans les pays du Nord, décembre à février dans les pays tropicaux.

Le virus respiratoire syncytial est l'agent infectieux principal dans 70 à 80% des cas.

Le terme de bronchiolite aiguë est actuellement relié au seul premier épisode de détresse respiratoire survenant chez un enfant de moins de deux ans.

Au décours immédiat d'un épisode de rhinopharyngite avec toux, le diagnostic est évoqué devant :

- Polypnée avec freinage expiratoire et les râles sibilants parfois audibles à distance (Wheezing) témoignant de l'atteinte bronchiolaire.
- Des râles crépitants (secs, inspiratoires) et/ou sous-crépitations (plus humides expiratoires) évoquant l'atteinte alvéolaire éventuellement associée d'où l'ancienne terminologie de broncho-alvéolite.

L'auscultation peut être limitée jusqu'à l'âge de 1 an aux seuls sibilants expiratoires. Elle peut être silencieuse dans les formes graves avec spasme bronchique et thorax distendu. Les examens complémentaires n'ont habituellement pas d'indication dans les formes communes de bronchiolite.

La radiographie thoracique confirme le mécanisme de la pathologie bronchiolaire prédominante si :

- Distension thoracique bilatérale ;
- Hyper-clarté des deux champs pulmonaires ;
- Elargissement des espaces intercostaux ;
- Abaissement des coupes diaphragmatiques. [12]

Traitement

- Mesures générales
 - Désobstruction nasale
 - Kinésithérapie respiratoire
 - Apport calorique et hydrique suffisant par voie entérale ou parentale
 - Eviction des nuisances (tabagisme passif)
- Traitement médicamenteux
 - Broncho-dilatateurs (β_2 mimétiques)
 - Antibiotiques (en cas de surinfection)

L'efficacité des corticoïdes n'est pas démontrée. Les antitussifs, mycolitiques et mycorégulateurs sont inutiles dans le traitement des bronchiolites.

2-3 Pneumonies aiguës communautaires

Les pneumonies aiguës traduisent une atteinte infectieuse du parenchyme pulmonaire.

Leur caractère « communautaire » fait référence à l'aspect collectif de l'infection transmise dans une population à la différence des pneumonies acquises en milieu hospitalier qualifiées de nosocomiales. [12]

Les pneumonies aiguës communautaires sont des infections potentiellement graves (5^{ème} ou 6^{ème} cause de décès dans les pays industrialisés) rares par rapport aux infections bronchiques. [11]

Les agents infectieux sont d'origine

- **Virale** : toujours prédominante, il s'agit du VRS, du virus influenzae, para influenzae et les adénovirus.
- **Bactérienne** : il s'agit avant tout de Streptococcus pneumoniae et Mycoplasma pneumoniae. Rarement : Staphylococcus et Chlamydia pneumoniae. Exceptionnellement Haemophilus influenzae b.

Le diagnostic clinique d'une pneumonie de l'enfant est évoqué sur l'association

- D'une fièvre (habituellement constante)
- D'une tachypnée (avec ou sans signes de lutte)
- D'une toux (parfois retardée)
- D'anomalies auscultatoires pulmonaires le plus souvent focalisées : diminution du murmure vésiculaire, râles alvéolaires, voire souffle tubaire.

Il sera confirmé par l'examen radiologique thoracique.

Traitement :

- Traitement symptomatique de la fièvre
- L'antibiothérapie par l'amoxicilline est le traitement initial de choix. C'est le traitement probabiliste de référence compte tenu de l'écologie bactérienne (le pneumocoque est le premier agent bactérien responsable de la pneumonie). [12]

3- Parasitoses digestives :

Il n'y a pas de parasitoses spécifiquement infantiles. Mais, compte tenu de leur méconnaissance de l'hygiène alimentaire et des jeux en contact avec le sol, les enfants sont très souvent infestés par les parasitoses intestinales.

a) Parasitoses intestinales :

Elles provoquent des troubles digestifs divers mais non évocateurs d'une parasitose particulière ; qu'il s'agisse de vers ou de protozoaires. Des douleurs abdominales avec nausées, vomissements et diarrhée sont communes chez l'enfant.

L'infestation par les parasites intestinaux cosmopolites s'effectue par voie buccale. Il s'agit de : l'oxyurose, l'ascaridiose, la trichocéphalose, l'amibiase, la giardiose, la cryptosporidiose, la trichinellose, le taeniasis.

Celles des parasitoses tropicales s'effectuent par voie transcutanée : Ankylostomiase, Anguillulose, Bilharziose.

b) Parasitoses hépatiques

Les parasitoses hépatiques sont moins fréquentes que les parasitoses intestinales mais plus graves. Il s'agit de : l'hydatidose, l'échinococcose alvéolaire, les distomatoses, le larva migrans viscéral ou toxocarose. [12]

4- Le paludisme

Le paludisme est une érythrocytopathie fébrile et hémolysante due à la présence, au développement et à la multiplication dans le foie puis dans les hématies d'un hématozoaire du genre plasmodium transmis par la piqûre infectante de l'anophèle femelle.

Le paludisme est la maladie parasitaire la plus répandue dans le monde ; 300 millions de personnes sont atteintes chaque année. [12]

Elle touche 40 millions de la population mondiale intertropicale et est la cause de 1 à 2,5 millions de décès par an.

La symptomatologie de l'accès palustre simple associe :

- Fièvre continue et intermittente (39-40°C) ;
- Sueurs ;
- Troubles digestifs : nausées, vomissement, diarrhée ;

- Troubles neurologiques (céphalées intenses, parfois réaction méningée) ;
- Anorexie, asthénie ;
- Splénomégalie, hépatomégalie, urine rare et foncée.

Le diagnostic biologique de certitude repose sur :

- Le frottis sanguin mince ;
- La goutte épaisse ;
- GBC Malariatest ;
- Méthodes immuno-enzymatiques : Parasight, optimal.

N.B. : A côté de l'accès palustre simple, il y a le paludisme grave dont les deux principales formes rencontrées au Mali sont : la forme neurologique et la forme anémique.

Traitement du paludisme simple :

Actuellement les molécules recommandées sont les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CAT) pendant trois jours.

- Arthémether + luméfantrine
- Artésunate + Amodiaquine.

5- Infection urinaire

L'infection urinaire se définit par la présence dans les urines de germes et de leucocytes en nombre anormal, en pratique 10^5 germes par ml d'urine ou plus.

Sa fréquence atteint 10% chez les nourrissons et elle touche plus fréquemment la fille que le garçon (3/1) mais cette tendance est inversée chez le nouveau-né.

Au Mali, elle représente 22,2% des affections rénales hospitalisées en pédiatrie CHU-GT.

On distingue l'infection urinaire haute ou pyélonéphrite et les infections urinaires basses ou cystite et urétrites.

Le germe le plus fréquemment rencontré est :

- Echerichia-coli nettement au 1^{er} rang (60-80%) toutes formes cliniques confondues.
- D'autres espèces plus rares sont rencontrées (Klebsiella, Enterobacter, Serratia, Entérocoque, Proteus).

La clinique associe chez le nourrisson :

- Fièvre
- Troubles digestifs : anorexie, vomissements ou diarrhée
- Douleurs abdominales
- Signes urinaires : cris à la miction, pollakiurie [11]

Le traitement est médical et basé sur l'antibiothérapie guidée par l'antibiogramme. Les antibiotiques les plus prescrits sont : Cefotaxime, Cotrimoxazole, acide nalidixique.

6- Le syndrome néphrotique

Son incidence annuelle en France est de 2 à 3/100.000 enfants avec un maximum entre 2 et 6 ans, deux fois plus fréquent chez le garçon.

Le syndrome néphrotique de l'enfant est défini par :

- Une protéinurie supérieure ou égale à 50mg/kg/jour.
- Une albuminémie inférieure à 30g/l

Les autres anomalies biologiques (hypertriglycémie, hypercholestérolémie, hyper^α2 globulinémie) sont secondaires et non incluses dans cette définition.

Dans le syndrome néphrotique idiopathique ou néphrose lipoïdique (forme la plus fréquente); la clinique repose sur : un syndrome œdémateux. Il s'agit des œdèmes francs, blancs, mous, indolores et prédominants au visage (bouffissure des paupières) au réveil et aux chevilles en fin de journée.

Le traitement est :

- Symptomatique :
 - Restriction sodée
 - Régime alimentaire riche en protéines
 - Antibiothérapie si infection
 - Diurétiques si œdèmes importants
 - Supplémentation en vitamine D et calcium
- Etiologique :

Corticothérapie ; c'est le traitement de fond. [12]

7- La drépanocytose

La drépanocytose (du grec = faucille) est une hémoglobinopathie autosomique récessive fréquente, liée à une mutation unique du gène β globine au niveau du codon 6.

Chez l'enfant malade homozygote SS, l'hémoglobine anormale S ainsi produite polymérise en situation désoxygénée. [12]

La drépanocytose est de loin l'hémoglobinopathie la plus répandue parmi les affections héréditaires : 50.000.000 de cas.

Elle atteint électivement la race noire mais le brassage des populations a entraîné une dissémination.

La suspicion clinique est faite devant :

- Une pâleur
- Un ictère
- Une hépatomégalie et/ou splénomégalie
- Les crises douloureuses
- Enfant de moins de 5 ans avec un syndrome pieds mains « gonflements » douloureux et fébrile des parties molles du dos des pieds et des mains.
- Enfant plus âgés : douleur des os longs, des membres ou du rachis ; douleurs abdominales pseudo-chirurgicales.

Parfois le diagnostic est évoqué devant les accidents vaso-occlusifs graves (complications) :

- Syndrome thoracique aigu ;
- Infection pulmonaire ;
- Infarctus pulmonaire, embolie ;
- Accident vasculaire cérébral
- Priapisme
- Ischémie rétinienne
- Ischémie rénale [12]

Il n'existe réellement aucun traitement curatif ou prophylactique ; le traitement n'est que palliatif :

1- Traitement de la crise :

- Réhydratation, antalgique
- Traitement des facteurs déclenchants (antibiotiques)
- Vasodilatateurs, oxygène si besoin.

2- Traitement des complications

- Infections (antibiotiques)
- Thromboses graves (perfusion, transfusion)

3- Transfusion si indication

4- En dehors des crises le traitement est surtout préventif

- Eviter les facteurs déclenchants (froid, altitude, déshydratation, efforts intenses, etc)
- Lutter contre les infections (antibiotique, prophylaxie anti-palustre)
- Lutter contre l'anémie (acide folique).

8- L'épilepsie

L'épilepsie est une affection neurologique fréquente d'étiologie et de pronostic variés, caractérisée par la répétition des crises épileptiques.

Elle concerne environ 400.000 personnes en France, dont 250.000 de moins de 20 ans et 130.000 de moins de 13 ans.

Une crise d'épilepsie correspond à une décharge brutale hyper synchrone et rythmée de neurones hyperexcitables. La crise d'épilepsie est le plus souvent brève, durant de quelques secondes à quelques minutes. Les manifestations les plus fréquentes sont des troubles transitoires de la conscience et/ou des phénomènes moteurs tels que des secousses musculaires rythmiques. Des troubles sensitifs, sensoriels, végétatifs, affectifs sont également possibles isolés ou associés aux précédents.

L'électroencéphalogramme (EEG) est fondamental pour le diagnostic et pour la caractérisation de la maladie épileptique.

Cependant la normalité d'un EEG n'exclut pas le diagnostic d'épilepsie et vice-versa.

La conduite thérapeutique consiste

- Au traitement de la crise : valium ;
- A la prévention des récives : antiépileptiques. [12]

IV- METHODOLOGIE

1- Lieu d'étude

Le CHU-GT constitue avec l'hôpital du Point-G, l'hôpital de Kati, l'hôpital du Mali, le troisième niveau de référence ou sommet de la pyramide sanitaire de la République du Mali. C'est l'un des plus anciens établissements nationaux de troisième référence. Anciennement appelé dispensaire central de Bamako, il a été érigé en Hôpital et baptisé « Gabriel TOURE », le 17 janvier 1959 en la mémoire d'un jeune médecin victime du devoir qui faisait partie de la jeune génération des premiers médecins africains. Le CHU Gabriel TOURE est situé en pleine ville de la capitale du Mali dans la Commune II et dans un quartier appelé Médina-Coura.

Son département de pédiatrie où l'étude a eu lieu est le seul service pédiatrique de niveau national et qui prend en charge tous les enfants malades de 0 à 15 ans.

Le département de pédiatrie comprend deux services :

- Un service de pédiatrie générale ;
- Et un service des urgences et de néonatalogie.

Effectif actuel du personnel de santé du service de pédiatrie en 2011 :

- Professeur titulaire	01
- Maîtres de conférences	02
- Assistants chefs de clinique	02
- Médecins pédiatres	08
- Assistant médical	01
- Internes des hôpitaux	06
- Techniciens supérieurs	15
- Techniciens de santé	19
- Secrétaires	02
- Aides-soignants	08
- Manœuvres	03
- CES	48
- Thésards	32

En plus des services de pédiatrie générale, de néonatalogie et urgences, le département de pédiatrie abrite en son sein :

- Un centre d'excellence assurant la prise en charge des enfants infectés par le VIH et le suivi des enfants nés de mères séropositives ;
- Une unité de prise en charge nutritionnelle ;

Le département de pédiatrie du CHU-GT compte 154 lits d'hospitalisation répartis comme suit :

Tableau II : Répartition des lits d'hospitalisation par unité

Nom de l'unité	Nombre de lits d'hospitalisation
Unité kangourou	7
Oncologie	10
Néonatalogie	37
Urgences pédiatriques	27
Pédiatrie 1	22
Pédiatrie 2	24
Pédiatrie 4	16
VIP	11
Total	154

Les activités menées dans le service :

- La prise en charge des patients à savoir les consultations et les hospitalisations ;
- La formation théorique et pratique des médecins en spécialisation ; des étudiants en médecine et des élèves des écoles socio-sanitaires ;
- Les gardes : elles sont assurées par les médecins en cours de spécialisation, les étudiants en fin de cycle, le personnel paramédical et supervisées par un médecin pédiatre ;

- Un staff est tenu tous les matins en vue d'apprécier les prestations de la garde.
- La recherche : assurée par :
 - ✓ Les thèses ;
- Le centre pour le développement des vaccins (CVD-Mali) dont le but est la surveillance à base hospitalière et communautaire des infections bactériennes invasives chez les enfants.
- L'appui aux différents programmes nationaux de santé (PNLP, PNLT, nutrition, ARV/PTME, etc

2- Consultations externes

Elles sont réalisées au premier étage et dans les locaux situés du côté Sud du bloc des consultations du CHU-Gabriel Touré. Ses locaux sont constitués de :

- 4 boxes de consultations
- 1 bureau pour major
- 1 bureau pour médecin pédiatre
- 1 salle de soins
- 1 salle pour CVD
- Toilettes

Les consultations externes se font tous les jours ouvrables de la semaine.

Elles sont supervisées par un médecin pédiatre. Chaque médecin pédiatre a son jour de consultation et il se fait une rotation de C.E.S. à ces différentes consultations.

Le personnel permanent des consultations externes est constitué de :

- un médecin pédiatre ;

- une assistante médicale ;
- deux techniciennes de santé ;
- une aide-soignante.

Les activités menées par le personnel paramédical sont : l'accueil, le tri, les mensurations, la répartition des malades entre différents boxes. La consultation médicale est effectuée par les médecins.

Les consultations externes comportent, outre des consultations de pédiatrie générale, deux consultations spécialisées à raison d'une fois par semaine pour les spécialités suivantes : neurologie, hématologie.

3- Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale, longitudinale portant sur les enfants âgés de 0 mois à 15 ans vus en consultation externe pédiatrique référés ou non.

4- Période d'étude

Notre étude s'est déroulée sur une période de deux mois, de mai à juin 2011.

5- Echantillonnage

La méthode utilisée a été la méthode aléatoire de type simple où chacun des enfants malades avait la même chance d'être inclus dans l'échantillon. Ces enfants ont été choisis au hasard.

6- Population d'étude

Elle a été constituée d'enfants âgés de 0 mois à 15 ans référés ou non reçus en consultation externe pédiatrique du CHU-GT.

7- Critères d'inclusion

Ont été inclus dans l'étude tous les enfants âgés de 0 mois à 15 ans référés ou non vus en consultation externe pour une première visite au service de pédiatrie du CHU-GT, dans le cas de la maladie actuelle.

8- Critères de non-inclusion

N'ont pas été inclus :

- Les enfants venant pour le contrôle ;
- Les enfants venant dans le cadre des visites systématiques (suivi des épileptiques, des drépanocytaires ;

9- Critères d'exclusion

Il s'agissait des malades âgés de plus de 15 ans.

10- Déroulement de l'enquête

Pour recueillir les différentes variables, un questionnaire contenant différents éléments a été élaboré. Il comprenait cinq grandes rubriques.

Rubrique 1 : Identification du patient.

Elle portait sur les données démographiques de l'enfant malade. (âge, sexe, lieu de résidence, l'ethnie.

Rubrique 2 : Identification des parents

Elle portait sur le secteur d'activité, le niveau d'instruction ainsi que le niveau socioéconomique des parents, l'ethnie de la mère.

Pour le niveau socioéconomique, il a été évalué grâce à l'indice de FOSTER GREEN THORBECK (FGT) [voir fiche d'enquête]. Cette évaluation a été faite en se basant sur le revenu journalier des parents. Ainsi, en obtenant le revenu journalier, chaque parent était considéré comme ayant :

- Un niveau de vie bas avec un revenu inférieur à 1\$ par jour ;
- Un niveau de vie moyen avec un revenu compris entre 1 et 5\$ par jour ;
- Un niveau de vie élevé avec un revenu compris entre 5 et 10\$ par jour ;
- Un niveau de vie très élevé avec un revenu supérieur à 10\$ par jour.

Sachant que 1\$ égale à 465 FCFA.

Rubrique 3 : Episode actuel de la maladie.

Dans ce chapitre, le motif de consultation, les soins déjà reçus et le délai écoulé avant la consultation, ont été étudiés.

Aussi, il a été dégagé chez chaque patient l'hypothèse diagnostique la plus probable.

Rubrique 4 : Le devenir

Le devenir du malade était soit l'hospitalisation, soit le traitement en ambulatoire, soit le transfert dans un autre service spécialisé.

Rubrique 5 : La référence.

Dans ce chapitre, la structure qui réfère et le motif de référence étaient recherchés chez tous les malades référés.

11- Définition opérationnelle de la consultation externe.

Est définie comme consultation externe toute consultation non urgente, c'est-à-dire faite dans le cadre d'une maladie ne menaçant pas la vie de l'enfant à court terme.

12- Analyse des données.

L'analyse des données a été faite sur Microsoft Excel 2007 grâce au logiciel Epi-info 2007.

13- Considérations éthiques et déontologiques

Le déroulement de l'interrogatoire était subordonné à l'obtention du consentement éclairé verbal des parents ou accompagnants des enfants malades. Les bonnes pratiques médicales ont été respectées.

V- RESULTATS

Tous les parents invités à faire participer leurs enfants dans l'enquête avaient accepté. Pendant la période d'étude, nous avons recensé 410 enfants. Les 410 questionnaires étaient tous exploitables.

A- Caractéristiques sociodémographiques

Tableau III : Répartition des patients selon le sexe

Sexe	Effectifs	Pourcentage
Masculin	216	52,7
Féminin	194	47,3
Total	410	100

Le sexe masculin a été prédominant avec 52,7%, soit un sexe ratio de 1,1.

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

Tranche d'âge	Effectifs	Pourcentage
<1 mois	18	4,4
1 mois-5 ans	339	82,7
6 ans – 10 ans	36	8,8
11 ans – 15 ans	17	4,1
Total	410	100

Les enfants âgés de 1 mois à 5 ans étaient les plus représentés soit 82,7%.

L'âge moyen était de 30 mois.

Les âges minimal et maximal étaient respectivement 4 jours et 14 ans.

Tableau V : Répartition des patients selon la résidence

Résidence	Effectifs	Pourcentage
Commune I	83	20,2
Commune II	54	13,2
Commune III	37	9,0
Commune IV	38	9,3
Commune V	53	12,9
Commune VI	65	15,9
Hors Bamako	80	19,5
Total	410	100

Les enfants malades provenaient de toutes les communes de Bamako et même hors Bamako.

Cependant la Commune I, provenance hors Bamako, et la Commune VI étaient très représentées avec respectivement 20,2%, 19,5% et 15,9%.

Tableau VI : Répartition des patients selon l'ethnie

Ethnie	Effectifs	Pourcentage
Bambara	111	27,1
Sarakolé	90	22
Peulh	57	13,9
Malinké	50	12,2
Diawando	27	6,6
Sonrhäi	12	2,9
Dogon	11	2,7
Bozo	10	2,4
Sénoufo	10	2,4
Khassonké	10	2,4
Maure	7	1,7
Kakolo	5	1,2
Autres=	10	2,3
Total	410	100

Autres : Bobo, Dafing, Mossi, Diakanké, Somono, Yorouba.

L'ethnie bambara était majoritaire avec 27,1%.

Tableau VII : Répartition des patients selon la profession du père

Profession du père	Effectifs	Pourcentage
Commerçant	171	41,7
Fonctionnaire	72	17,6
Expatrié	27	6,6
Chauffeur (dans le privé)	24	5,9
Cultivateur/éleveur	16	3,9
Electricien / mécanicien (dans le privé)	15	3,7
Ouvrier	14	3,4
Maçon	12	2,9
Entrepreneur	10	2,4
Comptable (dans le privé)	6	1,5
Couturier	6	1,5
Marabout/Tradithérapeute	6	1,5
Menuisier	6	1,5
Autres*	25	5,7
Total	410	100

Autres : Artisan, Enseignant, Sans activité, Pêcheur, Ingénieur, Informaticien, Elève/Étudiant, Boucher, Forgeron, Griot, Infirmier, Pâtissier ; dans le privé.

Les pères de la plupart de nos patients étaient des commerçants et des fonctionnaires, soit respectivement 41,7% et 17,6%.

N.B. : Expatrié : résidant à l'étranger et profession déterminée par les parents.

Tableau VIII : Répartition des patients selon le niveau d'instruction du père

Niveau d'instruction du père	Effectifs	Pourcentage
Primaire	155	37,8
Analphabète	112	27,3
Supérieur	73	17,8
Secondaire	70	17,1
Total	410	100

La majorité des pères de nos patients avaient un niveau d'instruction primaire, soit 37,8%

Tableau IX : Répartition des patients selon l'ethnie de la mère

Ethnie de la mère	Effectifs	Pourcentage
Bambara	113	27,6
Sarakolé	79	19,3
Malinké	53	12,9
Peulh	49	12
Diawando	30	7,3
Sonrhäï	15	3,7
Khassonké	14	3,4
Dogon	11	2,7
Sénoufo	10	2,4
Maure	9	2,2
Bozo	7	1,7
Kakolo	4	1
Autres	16	3,7
Total	410	100

Autres : Bobo, Congolaise, Dafing, Diakanké, Haoussa, Minianka, Mossi, Wolof.

Les mères de nos patients étaient de l'ethnie bambara dans 27,6% des cas.

Tableau X : Répartition des patients selon la profession de la mère

Profession de la mère	Effectifs	Pourcentage
Ménagère	262	63,9
Commerçante	51	12,4
Elève/étudiante	33	8
Fonctionnaire	21	5,1
Teinturière	12	2,9
Couturière	7	1,7
Autres	24	5,7
Total	410	100

Autres : Aide-ménagère, coiffeuse, Comptable, Enseignante, Géographe, Infirmière, Juriste, Secrétaire ; dans le privé.

Les mères de nos patients étaient ménagères dans 63,9% des cas.

Tableau XI : Répartition des patients selon le niveau d’instruction de la mère

Niveau d’instruction de la mère	Effectifs	Pourcentage
Primaire	188	45,8
Analphabète	121	29,5
Secondaire	83	20,2
Supérieur	18	4,4
Total	410	100

Les mères de nos patients étaient scolarisées de niveau primaire dans 45,8% des cas.

Tableau XII : Répartition des patients selon le niveau socioéconomique des parents

Niveau socioéconomique des parents	Effectifs	Pourcentage
Bas	11	2,7
Moyen	187	45,6
Elevé	130	31,7
Très élevé	82	20
Total	410	100

Les parents de nos patients avaient un niveau socioéconomique moyen dans 45,6% des cas.

B- Les aspects cliniques**Tableau XIII : Répartition des patients selon le motif de consultation**

Motif de consultation	Effectifs	Pourcentage
Fièvre	144	35,1
Toux/difficultés respiratoires	60	14,6
Diarrhée	59	14,4
Cris plaintifs	23	5,6
Lésions cutanées/muqueuses	21	5,1
Vomissement	20	4,9
Anorexie	15	3,7
Douleur abdominale	14	3,4
Ballonnement	13	3,2
Convulsions	6	1,5
Rhinorrhée	5	1,2
Œdème généralisé/bouffissure de visage	4	0,9
Brûlure mictionnelle/cris à la miction	3	0,7
Hématurie	2	0,5
Douleur cervicale/ostéoarticulaire	2	0,5
Hyper-salivation/mouvements anormaux	2	0,5
Hypotonie axiale	2	0,5
Otalgie	2	0,5
Prolapsus rectal	2	0,5
Prurit	2	0,5
Retard psychomoteur	2	0,5
Tuméfaction du mamelon	2	0,5
Autres	5	1
Total :	410	100

Autres : Refus de téter ; Rougeur oculaire ; Saillie de l'ombilic ;

La fièvre, la toux, la diarrhée ont constitué les plus fréquents motifs de consultation, soit respectivement 35,1%, 14,6% et 14,4%.

Tableau XIV : Répartition des patients selon qu'ils aient été référés ou non

Référés	Effectifs	Pourcentage
Non	403	98,3
Oui	7	1,7
Total	410	100

Les patients, venus d'eux-mêmes en consultation sans être référés, ont représenté 98,3%.

Tableau XV : Répartition des patients référés selon le motif de référence

Motifs de référence	Effectifs	Pourcentage
Electrophorèse de l'hémoglobine = SS	1	14,3
Fièvre + toux	1	14,3
Hernie ombilicale + fièvre	1	14,3
Hypersialorrhée	1	14,3
Hypotonie	1	14,3
Malnutrition	1	14,3
Paludisme grave	1	14,3
Total	7	100

Tableau XVI : Répartition des patients référés selon la structure de référence

Structure de référence	Effectifs	Pourcentage
CSCOM	3	42,9
CSRef	1	14,3
IOTA	1	14,3
Cabinet privé	1	14,3
Centre Médical d'Entreprise	1	14,3
Total	7	100

Les CSCOM ont référé 42,9% de nos malades.

Tableau XVII : Répartition des patients selon le délai avant la consultation

Délai avant la consultation en jours	Effectifs	Pourcentage
0-3	176	42,9
4-7	126	30
8-14	30	7,3
>15	78	19
Total	410	100

Nos patients venus en consultation dans les trois premiers jours d'évolution de la maladie représentaient 42,9%.

La durée moyenne du délai mis par nos patients avant la consultation était de 25 jours.

Cette étude montre que le temps minimal et le temps maximal étaient respectivement de 1 jour et 6 ans.

Tableau XVIII: Répartition des patients selon qu'ils aient reçu ou non des soins avant la consultation

Soins avant la consultation	Effectifs	Pourcentage
Oui	296	72,2
Non	114	27,8
Total	410	100

La majorité de nos patients, soit 72,2% avait reçu des soins avant de venir en consultation.

Tableau XIX : Répartition des patients ayant reçu des soins avant la consultation selon le prescripteur

Prescripteur	Effectifs	Pourcentage
Automédication	166	56,1
Agent de santé	94	31,7
Agent de santé + tradithérapeute	24	8,1
Tradithérapeute	12	4,1
Total	296	100

L'automédication a été le recours pour 56,1% de nos patients ayant reçu des soins avant la consultation.

Tableau XX : Répartition des patients selon le type de médicament administré en automédication

Automédication	Effectifs	Pourcentage
Moderne	102	61,4
Traditionnel	49	29,5
Moderne + traditionnel	15	9
Total	166	100

L'automédication par les médicaments de la médecine moderne prédominait avec 61,4%.

Tableau XXI : Répartition des patients selon le diagnostic probable

Diagnostic probable	Effectifs	Pourcentage
Infection respiratoire haute*	69	16,8
Accès palustre	67	16,3
Infection respiratoire basse*	46	11,2
Gastroentérite	42	10,2
Rhino-bronchite	33	8
Dermatose*	26	6,3
Mycose digestive	20	4,9
Parasitose digestive/Indigestion	21	5,1
Malnutrition	12	2,9
Infection néonatale	10	2,4
Infection urinaire / génitale	10	2,4
Otite	9	2,2
Syndrome néphrotique / cardiopathie	6	1,5
Drépanocytose	5	1,2
Epilepsie	5	1,2
Examen normal	5	1,2
Autres *	24	1,2
Total	410	100

Infection respiratoire haute : rhinite ; pharyngite ; rhinopharyngite ; amygdalite

Infection respiratoire basse : bronchite ; bronchiolite ; Asthme ; infection pulmonaire ; broncho-pneumopathie.

Dermatose : Pyodermite, prurigo, varicelle, sudamina, furoncles.

Autres : abcès du mamelon ; retard mental / infirmité motrice cérébrale ; bilharziose urinaire ; colique du nourrisson ; conjonctivite ; hémorroïde ; hernie ombilicale ; infection VIH ; neuropaludisme ; oreillons ; Salmonellose ; séquelle de neuropaludisme/séquelle de méningite ; torticolis ; trisomie.

Les infections respiratoires prédominaient dans 36% suivies du paludisme dans 16,3%.

Tableau XXII : Répartition des patients selon le devenir

Devenir	Effectifs	Pourcentage
Traités en ambulatoire	394	96,1
Hospitalisés	8	2,0
Transférés dans un autre service	8	2,0
Total	410	100

Nos patients qui ne nécessitaient pas une hospitalisation et qui ont été suivis en ambulatoire constituaient 91,1% des cas.

Tableau XXIII : Répartition des patients transférés selon le service de destination

Service de destinations	Effectifs	Pourcentage
Chirurgie pédiatrique	4	50,
Oto-rhino-laryngologie	4	50
Total	8	100

50% des patients transférés ont été adressés à la chirurgie pédiatrique et 50% au service d'oto-rhino-laryngologie.

VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1- Les contraintes de l'étude :

Notre étude a porté sur 410 enfants reçus pour la première fois en consultation externe durant les mois de mai et juin 2011. Nous avons été confrontés à l'absence d'étude portant sur notre sujet.

A notre connaissance, depuis la séparation des consultations externes des consultations d'urgence dans le service de pédiatrie du CHU-GT, aucune étude n'a été faite sur les motifs de consultation spécifiquement en externe. Ainsi, les rares travaux se rapportant à notre sujet ne pouvaient que traiter de façon générale les motifs de consultation en pédiatrie (urgences et externes).

2- Les caractéristiques sociodémographiques :

a) Le malade :

• Le sexe et l'âge :

Du point de vue morbidité générale, notre étude a montré une prédominance masculine avec 52,7%, soit un sexe ratio de 1,1.

Les enfants âgés de moins de 5 ans représentaient 87,1% des consultants. Le plus jeune patient de notre série était âgé de 4 jours tandis que le plus âgé avait 14 ans.

MAIGA B [6], SY O. [16], SISSOKO S. [7] ont trouvé des résultats similaires, avec respectivement :

- Pour le sexe ; 55,2%, 57,2% et 64,4% ;
- Pour l'âge ; 79,4 %, 69,9% et 85,8%.

Une étude faite à Tunis en 2003 par N. MATOUSSI et COLL [17], sur la morbidité pédiatrique ambulatoire dans le service de pédiatrie, urgences et consultations externes de l'hôpital d'enfants de Tunis, a obtenu des résultats concordants avec les nôtres et avec ceux cités ci-dessus, soit un sexe ratio de 1,2 en faveur des garçons et une représentativité de 2/3 des enfants de moins de 5 ans.

En ce qui concerne le sexe, le phénomène paraît normal puisque le sexe ratio de la population générale du Mali EDS-IV(2006) est en faveur du sexe masculin.

Pour l'âge, le phénomène s'expliquerait par une plus grande vulnérabilité de cette tranche d'âge aux maladies.

- **La résidence et l'ethnie :**

La commune I (5 à 10km du CHU-GT), provenance hors Bamako, la commune VI (10 à 15 km du CHU-GT), considérées comme les plus éloignées du CHU-GT, représentaient respectivement 20,2%, 19,5%, 15,9%.

Celles considérées comme plus proches du CHU-GT que les autres citées ci-dessus, notamment la Commune II, la Commune III, la Commune IV, la Commune V, représentaient respectivement 13,2%, 9,0%, 9,3% et 12,9%.

Malgré la distance, les enfants malades résidant en Commune I, Commune VI et même hors Bamako représentaient la majorité de notre échantillon, soit 55,6%.

Les ethnies les plus représentées étaient : Bambara (27,1%), Sarakolé (22%), Peulh (13,9%), Malinké (12,2%) et les autres ethnies ont été minoritaires.

Concernant la résidence, MAIGA B [6], SISSOKO S. [7] trouvaient que la majorité des enfants malades provenaient des communes éloignées du CHU-GT, notamment la Commune V et la Commune VI avec 27,2% et 33% pour le premier ; 21,4% et 16,4% pour le second.

Cette classique prédominance de ces quatre principales ethnies était retrouvée par SISSOKO S. [7] et COULIBALY B [18]. Cela témoigne de la distribution ethnique à Bamako selon EDS-IV.

- b) Les parents :**

- **La profession et le niveau d'instruction des parents :**

- **La profession :**

La majorité des enfants consultés avaient des pères commerçants (41,7%) et des mères ménagères (63,9%).

MAIGA B. [6] et SISSOKO S. [7] trouvaient des résultats similaires, soit respectivement 31,6% et 31,3% de pères commerçants, 66,9% et 63,9% de mères ménagères.

- **Le niveau d'instruction**

Les pères des enfants reçus en consultation étaient analphabètes dans 27,3%, contre 29,5% des mères.

SISSOKO S. trouvait 33,3% de pères analphabètes, contre 52,88% des mères.

MAIGA B. trouvait respectivement 41,8% et 53,7%.

SY O. obtenait respectivement 55% et 68,2%.

Nous constatons, qu'au fur et à mesure que les années passent, il y a une augmentation considérable du taux de scolarisation chez les parents des enfants malades.

Cela pourrait être le fruit de l'effort inlassable du gouvernement malien pour la promotion de la scolarisation au sein de sa population.

Ainsi, 37,8% des pères de nos patients avaient un niveau d'instruction primaire, contre 45,8% des mères.

SISSOKO S. trouvait respectivement 30,6% et 24,4%.

• **Niveau socioéconomiques des parents**

45,6% des parents des enfants reçus en consultation avaient un niveau socioéconomique jugé moyen.

Ce niveau était jugé élevé chez 31,7% ; très élevé chez 20% et bas chez seulement 2,7%.

SISSOKO S., ayant utilisé une échelle différente de la nôtre, trouvait 73,3% de parents à niveau de vie considéré comme faible, 18,3% comme moyen et 8,3% comme bon.

MAIGA B. trouvait aussi 45,8% de parents à niveau de vie jugé faible, 29,6% jugé moyen et 24,6 jugé bon.

Nous constatons une disparité de résultats entre ces deux études et la nôtre. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les parents aisés financièrement font consulter leurs enfants dans les structures sanitaires et à la moindre symptomatologie. Ceux-ci choisissent le CHU-GT comme cela est fréquent alors, ils sont reçus en premier lieu en consultation externe dans le service de pédiatrie.

3- Motifs de consultation

La fièvre constituait le plus fréquent des motifs de consultation des parents de notre échantillon, soit 35,1%.

Elle était suivie de la toux / difficultés respiratoires : 14,6%, de la diarrhée : 14,4%.

SISSOKO S. trouvait respectivement 68,4%, 28,7%, 13,4% pour la fièvre, la toux/difficultés respiratoires et la diarrhée.

MAIGA B. aussi trouvait respectivement 64,8%, 33,7% et 21,7% pour la fièvre, la toux/difficultés respiratoires et la diarrhée.

Nos résultats démontrent que la fièvre, la toux/difficultés respiratoires et la diarrhée demeurent les trois premiers motifs de consultation en externe dans le service de pédiatrie du CHU-GT.

Nous constatons que les parents amènent leurs enfants en pédiatrie pour des affections dont la majorité peut être prise en charge par le premier niveau de la pyramide sanitaire de la République du Mali, notamment les CSCOM.

Cette prédominance de la fièvre pourrait être attribuée au fait que les maladies infectieuses dominent la pathologie pédiatrique au Mali.

La forte représentativité de la toux/difficultés respiratoires traduit une plus grande susceptibilité de l'enfant aux infections respiratoires et

ce d'autant plus que les enfants de moins de 5 ans représentaient 87,1% de notre échantillon.

Il en va de même pour la diarrhée qui est un signe accompagnateur de beaucoup de pathologies digestives et extradigestives chez les enfants de moins de 5 ans encore qui représentaient la majorité de notre échantillon.

Les diarrhées aiguës infectieuses constituent une affection fréquente en pédiatrie dans le monde entier. [19]

Ainsi, aux Etats-Unis l'infection à rotavirus serait responsable chaque année de 3.500.000 cas de diarrhée aiguë et de 500.000 consultations parmi les enfants âgés de moins de 5 ans. [20]

N. MATOUSSI et COLL observaient qu'en ce qui concerne les motifs de contact en dehors de la période néonatale, les broncho-pneumopathies récidivantes occupaient la première place (15,5%), suivies des troubles digestifs (12,3%), puis des lésions dermatologiques (6,2%).

4- La référence

Seulement 1,7% des enfants reçus en consultation au cours de notre étude ont été référés, contre 98,3% venus d'eux-mêmes.

SISSOKO S. [7] et MAIGA B. [6] trouvaient respectivement 11,7% et 17,4%.

La différence entre les deux derniers résultats et le nôtre est due simplement au fait que la majorité des patients référés viennent dans un tableau d'urgence et sont directement reçus par le service d'accueil des urgences

Dans l'ensemble, ces résultats montrent le non respect du système de référence par nos populations.

5- Attitude des parents face à la maladie

a) Le délai de consultation

Le délai de consultation est le temps mis par les parents entre le début de la maladie et la date de consultation.

Dans notre étude, 42,9% des enfants ont été amenés par les parents en consultation avant le 4^{ème} jour d'évolution de la maladie.

SISSOKO S. [7] observait 52,2% avant le 4^{ème} jour.

COULIBALY B. [18] trouvait 48,4% avant le 4^{ème} jour.

b) Le type de soins reçus avant la consultation :

Parmi les patients ayant reçu des soins avant la consultation, [n = 296], l'automédication a été la conduite tenue par 56,1% d'entre eux.

SISSOKO S. [7] observait aussi que l'automédication était le recours thérapeutique prédominant avec 25%. Cela traduit l'automédication grandissante de nos populations face à la maladie.

c) Le type de médicament administré chez les patients en automédication.

61,1% de cette automédication était à base des médicaments de la médecine moderne contre 29,5% pour ceux de la médecine traditionnelle.

Une étude faite dans le service de pédiatrie A du CHU Mohamed VI de Marrakech sur la fièvre auprès des parents sur une période de 2 mois en 2008 par M. BOURROUS et COLL [21], trouvait que les traitements traditionnels étaient utilisés par plus de la moitié des parents, soit 57%.

A ce titre, l'utilisation des médicaments traditionnels est relative aux réalités socioculturelles de l'Afrique noire et magrébine. A cela s'ajoute aussi le faible niveau d'alphabétisation et socioéconomique de nos populations.

6- L'hypothèse diagnostique probable

Les infections respiratoires aiguës étaient au premier rang des hypothèses diagnostiques probables de notre série, soit 36%, suivies du paludisme (16,3%), la gastroentérite/diarrhée (10,2%), des dermatoses (6,3%).

Ces résultats sont concordants avec ceux de :

- MAIGA B [6] qui trouvait respectivement 35,5%, 26,8%, 8,7% pour les infections respiratoires aiguës, le paludisme et la diarrhée.
- SISSOKO S [7] qui trouvait aussi respectivement 27,2%, 20,6% et 8,9% pour les mêmes pathologies.

N. MATOUSSI et COLL [17] observaient au terme d'un examen clinique et des explorations orientées que les pathologies digestives, pneumo-pulmonaires dominaient la pathologie pédiatrique ambulatoire avec respectivement 16% et 14,9%.

L'absence de paludisme dans cette étude se comprend aisément par le fait que la Tunisie est une zone sans paludisme (absence du vecteur ou du parasite) selon la carte de reproduction du paludisme en Afrique.

Nous notons que 1,2% de notre échantillon ont été vus pour des symptômes et des simples plaintes qui n'ont pas pu être attribués à un organe, c'est-à-dire chez qui l'examen était normal.

N. MATOUSSI et COLL [17] trouvaient un phénomène similaire avec un taux d'ailleurs plus élevé que le nôtre, soit 15,8%

Un taux comparable à ce dernier a été rapporté dans l'étude de l'île de France [22] où 14% des enfants ont été vus pour des symptômes qui n'ont pas pu être rattachés à une affection organique.

7- Le devenir

Seulement 2,0% des malades de notre échantillon ont été hospitalisés.

MAIGA B [6]. et SISSOKO S [7] trouvaient respectivement 23,6% et 32,5%.

Nous constatons une différence remarquable entre ces deux résultats et le nôtre. Ceci s'explique facilement par le fait que les consultations externes ne reçoivent pas actuellement les urgences.

VII- CONCLUSION

A l'issue de notre étude, nous démontrons que :

- Les motifs de consultation en externe dans le service de pédiatrie du CHU-GT sont dominés par la fièvre, la toux/difficultés respiratoires, la diarrhée avec respectivement 35,1%, 14,6% et 14,4%.
- Parmi les patients consultés, le sexe masculin prédominait avec 52,7%, soit un sexe ratio de 1,1.
- Les patients âgés de moins de 5 ans ont représenté 87,1%.
- La majorité de nos patients résidaient en Commune I, soit 20,2% et étaient de l'ethnie bambara avec 27,1%.
- Seulement 2% de nos patients ont été hospitalisés et 1,7% référés.

Nous retenons à travers notre étude :

- Le non respect de la pyramide sanitaire par nos populations contrairement à ce que veut le PRODESS ;
- La forte utilisation de l'automédication par nos populations et ce, dès le début de toute symptomatologie.

VIII- RECOMMANDATIONS

Au vu des résultats de notre étude, nous suggérons :

A- Aux populations :

- Eviter la pratique de l'automédication ;
- Consulter les structures sanitaires de premier niveau (CSCOM, CSRef) dès le début d'une quelconque maladie ;
- Utiliser les moustiquaires imprégnées d'insecticide pour la prévention du paludisme particulièrement chez les enfants de 0 à 5 ans.

B- Aux autorités :

- L'amélioration de la qualité des soins aux premiers niveaux de la pyramide sanitaire (PMI, CSCOM, CSRef) afin de décentraliser la prise en charge des pathologies banales ;
- Faire respecter le système de référence par la population et par le personnel socio-sanitaire ;
- Mener des campagnes d'information et d'éducation pour les parents en matière de fièvre ;

C- Au personnel socio-sanitaire

- Eduquer les parents dans le sens de la prévention des pathologies infantiles ;
- Respecter le système de référence comme le voudrait le PRODESS.

LES REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] : UNICEF,
La situation des enfants dans le monde, septembre 2008 ;
www.unicef.org.
- [2] : MSSPA.
Cellule de Planification et de Statistique, Enquête démographique
et de Santé du Mali 2006 EDS IV.
- [3] : UNICEF,
La situation des enfants dans le monde ; 2001, P 32-33
- [4] : Statistiques du service de pédiatrie du CHU-GT 2007-2010.
- [5] : DOUMBIA M. N.
PCIME dans le service de consultation pédiatrique de l'Hôpital
Gabriel TOURE ; Bamako, 2001/M/n°119
- [6] : MAIGA B.
Etude de la référence dans le service de pédiatrie du CHU-GT.
Thèse Médecine ; Bamako, 2003/M/ n° 139
- [7] : SISSOKO S.
Les motifs de consultation dans le service de pédiatrie du CHU
Gabriel TOURE. Thèse Médecine ; Bamako 2006/M/n°180
- [8] [www.vulgaris.medicale.com/
encyclopedie/pediatrie8067html](http://www.vulgaris.medicale.com/encyclopedie/pediatrie8067html) consul 18 mai 2011
- [9] : B. CHEVALLIER et al.
La pédiatrie par téléphone un exercice difficile. Archiv. Pédiatr
2004 ; 11 : 1033-1035
- [10] : GRENIER B. et COLL.
Pédiatrie en poche. 3^{ème} édition. Paris : Doins éditeurs, 1985 : P 1-
2
- [11] : E. PILLY.
Maladies infectieuses et tropicales. 21^{ème} édition, France. Groupe
burlat-rodez ; 2007 : P 152-274
- [12] : A. BOURILLON et COLL.
Abrégé de pédiatrie. 3^{ème} édition, Paris. Masson ; 2005 : P 204-707
- [13] : S. NAVEAU et COLL.
Abrégé hépato-gastro-entérologie. Paris. Masson 2003, P. 191-
192.
- [14] : HAMLADJI R.M.

- Précis de sémiologie. 10^{ème} édition, Alger. Office de publication universitaire 4-2007 : P. 58-59.
- [15] : Conférence de consensus de la SPILF sur les infections ORL. Texte court. Med. Mal. Infect 1996 ; 26 : 1-8.
- [16] : SY O.
Morbidity et mortalité dans le service de pédiatrie du CHU Gabriel TOURE. Thèse médecine ; Bamako, 2003/M/n° 27
- [17] : N. MATOUSSI et COLL.
La morbidité pédiatrique ambulatoire à propos d'un bilan d'une année de consultation dans le service de pédiatrie, urgences et consultations externes de l'Hôpital d'enfants de Tunis. Revue magrébine de pédiatrie, 2006 ; vol 16 : 233-247.
- [18] : COULIBALY B.
Les urgences médicales pédiatriques dans le service du CHU Gabriel TOURE. Thèse médecine ; Bamako, 2006/M/n° 265
- [19] : HAFJEJE IE.
The epidemiology of rotavirus infections: a global perspective. J.pediatr.Gastroenterol Nutr, 1995, 20 : 276,86.
- [20]: Anonymous laboratory-based surveillance for rotavirus-United States, July 1996, June 1997, morb.mortal.wkly Rep. 1996; 46: 1092-4.
- [21] : M. BOURROUS et COLL.
Enquête sur la fièvre auprès des parents dans le service de pédiatrie du CHU Mohamed VI de Marrakech – 2008.
Rev, Tun. Infections ; juillet 09, vol 3 n° 3, 19-25.
- [22] : ALFARO. C, BRODIN M ; COMBRIL et COLL.
Motifs et morbidité de recours ambulatoire pédiatrique dans 10 hôpitaux de la région de l'île de France, pediatr 1992, 49 : 785-91.

FICHE D'ENQUETE

Date

I- Identification du patient

1- Numéro d'identification

2- Age

3- Tranche d'âge : 0-1 an 1-5 ans 5-10 ans 10-15 ans

4- Sexe : Masculin Féminin

5- Résidence :

a) Commune b) Quartier : c) hors Bamako

6- Ethnie : bambara = 1 ; malinké = 2 ; khassonké = 3 ; peulh = 4 ; sarakolé = 5 ; sonraï = 6 ; dogon = 7 ; bozo = 8 ; sénoufo = 9 ; bobo = 10 ; minianka = 11 ; diawando = 12 ; maure = 13 ; autres = 14 (préciser)

II- Identification des parents

A- Le père

1- Age :

2- Secteur d'activité : sans activité = 1 ; fonctionnaire = 2 ; commerçant = 3 ; cultivateur = 4 ; chauffeur = 5 ; étudiant/élève = 6 ; autres = 7 (préciser).....

3- Etes-vous scolarisé ? Oui Non

Si oui, niveau d'études : primaire = 1 ; secondaire = 2 ; supérieur = 3 ; analphabète = 4 ; autres = 5 (préciser).....

B- La mère

1- Age :

2- Ethnie : bambara = 1 ; malinké = 2 ; khassonké = 3 ; peulh = 4 ; sarakolé = 5 ; sonraï = 6 ; dogon = 7 ; bozo = 8 ; sénoufo = 9 ; bobo = 10 ; minianka = 11 ; diawando = 12 ; maure : 13 ; autres = 14

3- Secteur d'activité : fonctionnaire = 1 ; ménagère = 2 ; commerçante/vendeuse = 3 ; aide-ménagère = 4 ; étudiante/élève = 5 ; autres = 6.

4- Etes-vous scolarisée : Oui Non

Si oui, niveau d'études primaire = 1 ; secondaire = 2 ; supérieur = 3 ; analphabète = 4 ; autres = 5 (préciser).....

C- Statut socioéconomique des parents : 1 = bas 2 = moyen 3 = élevé 4 = très élevé

Selon l'indice FGT : 1- niveau bas : < 1\$/j = < 465 FCFA

2- niveau moyen : 1-5 \$/j = 465-2325FCFA

3- niveau élevé : 5-10\$/j = 2325-4650FCFA

4- niveau très élevé : >10\$/j = >4650FCFA

Avec 1\$ = 465FCFA

III- Maladie

1- **Motifs de consultation :** 1 = fièvre ; 2 = diarrhée ; 3 = convulsion ; 4 = toux/difficulté resp. ; 5 = refus de téter ; 6 = cris plaintifs ; 7 = ictère ; 8 = ballonnement ; 9 = douleur abdominale ; 10 = vomissements ; 11 = anorexie, 12 = autres (préciser).....

2- **Temps mis avant la consultation en jours :**

3- **L'enfant a-t-il reçu des soins avant d'arriver à l'hôpital ?** oui = 1 ; non = 2

a) par automédication oui = 1 ; non = 2

Si oui, type de médicaments administrés : moderne traditionnel

b) Dans un centre de santé

c) Par un personnel de santé à domicile

d) Par un tradithérapeute

4- **Diagnostic**

probable.....

IV- Devenir

1 = suivi en ambulatoire

2 = hospitalisé

3 = transféré dans un autre service si oui, lequel

V- Référence

Aviez-vous été référé ? oui non

Si oui, motif de référence

Structure ayant référé :

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : SIDIBE

Prénom : Mahamadou

Titre de la thèse : Les motifs de consultation en externe dans le service de pédiatrie du CHU Gabriel TOURE

Année universitaire : 2010-2011

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie

Secteur d'intérêt : Santé publique, Pédiatrie.

RESUME

Le but de ce travail était d'étudier les motifs de consultation en externe dans le service de pédiatrie du CHU-GT, d'identifier les motifs les plus fréquents pour lesquelles les patients sont reçus en consultation externe dans le service de pédiatrie du CHU-GT, de décrire le profil sociodémographique des enfants vus en consultation externe, de déterminer le taux d'enfants malades référés parmi les consultés, de déterminer le nombre d'enfants malades hospitalisés parmi les consultés

Il s'agissait d'une étude transversale, longitudinale auprès de 410 enfants âgés de 0 à 15 ans référés ou non, vus en consultation externe pour une première visite au service de pédiatrie du CHU-GT dans le cas de la maladie actuelle durant les mois de mai à juin 2011.

La population étudiée était masculine dans 52,7% des cas avec un sexe ratio de 1,1 et âgée de moins de 5 ans dans 87,1% des cas avec une moyenne d'âge de 30 mois. La majorité de nos patients résidaient en Commune I dans 20,2% des cas et était de l'ethnie Bambara dans

27,1% des cas. Les pères de la majorité des enfants consultés étaient des commerçants (41,7%) tandis que les mères de la majorité étaient des ménagères, soit 63,9.

Vingt sept virgule trois pour cent des pères des enfants reçus en consultation étaient analphabètes, contre 29,5% des mères.

Quarante cinq virgule six pour cent des parents des enfants reçus en consultation avaient un niveau socioéconomique jugé moyen.

La fièvre a été le motif de consultation le plus fréquent avec 35,1% suivie de la toux/difficultés respiratoires (14,6%) et de la diarrhée (14,4%).

Quarante deux virgule neuf pour cent des enfants ont été amenés par les parents dans les trois premiers jours d'évolution de la maladie.

La durée moyenne du délai mis par nos patients avant la consultation a été de 25 jours.

Soixante douze virgule deux pour cent de nos patients ont reçu des soins avant de venir à la consultation. Parmi eux, 56,1% avaient fait une automédication et à base des médicaments de la médecine moderne dans 61,1% des cas.

Les infections respiratoires étaient au premier rang des hypothèses diagnostiques probables, soit 36%, suivies du paludisme (16,3%), de la gastroentérite (10,2%), des dermatoses (6,3%). Seulement 2,0% des enfants consultés ont été hospitalisés. Aussi, 1,7% seulement ont été référés.

Mots clés : motifs, consultation, pédiatrie.

Liste des tableaux

Tableaux	Pages
Tableau I : Sémiologie respiratoire de l'enfant normal	13
Tableau II : Répartition des lits d'hospitalisation par unité	29
Tableau III : Répartition des patients selon le sexe	34
Tableau IV : Répartition des patients selon la tranche d'âge	34
Tableau V : Répartition des patients selon la résidence	35
Tableau VI : Répartition des patients selon l'ethnie	36
Tableau VII : Répartition des patients selon la profession du père	37
Tableau VIII : Répartition des patients selon le niveau d'instruction du père	37
Tableau IX : Répartition des patients selon l'ethnie de la mère	38
Tableau XX : Répartition des patients selon la profession de la mère	38
Tableau XI : Répartition des patients selon le niveau d'instruction de la mère	39
Tableau XII : Répartition des patients selon le niveau socioéconomique des parents	39
Tableau XIII : Répartition des patients selon le motif de consultation	40
Tableau XIV : Répartition des patients selon qu'ils aient été référés ou non	41
Tableau XV : Répartition des patients selon le motif de référence	41
Tableau XVI : Répartition des patients selon la structure de référence	41
Tableau XVII : Répartition des patients selon le délai avant la consultation	42
Tableau XVIII : Répartition des patients selon qu'ils aient reçu ou non des soins avant la consultation	42
Tableau XIX : Répartition des patients ayant reçu des soins avant la consultation selon le prescripteur	42
Tableau XX : Répartition des patients selon le type de médicaments administrés en automédication	43
Tableau XXI : Répartition des patients selon le diagnostic probable	43
Tableau XXII : Répartition des patients selon le devenir	44
Tableau XXIII : Répartition des patients transférés selon le service de destination	44

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.