



Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de
La Recherche Scientifique



U.S.T.T-B

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But-Une Foi



FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE: 2017-2018

N°...../

**MORBI-MORTALITE DANS LE
SERVICE DE PEDIATRIE AU
CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE LA COMMUNE II
DU DISTRICT DE BAMAKO.**

Présentée et soutenue publiquement le 15/05 /2018

Devant la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Par **M. Saliya OUONOGO**

Pour obtenir le Grade de **Docteur en Médecine** (DIPLOME D'ETAT)

Jury

Président : Pr Saharé Fongoro

Directeur : Pr Togo Boubacar

Co-directeur : Dr Keita Chaka

Membre : Dr Dembélé Adama

DEDICACES

Au bon Dieu

Je rends grâce a dieu, le tout puissant, l'être Suprême, l'Omnipotent, l'Omniprésent, et l'Omniscient. Je me prosterne devant vous pour la vie d'ici bas et surtout la vie d'au-delà, de m'avoir donne la vie et d'y veiller, la sante et le courage nécessaire pour la réalisation de ce travail.

Au prophète Mohamed (Paix et salut sur lui)

A mon père Lassina Ouonogo

Homme intègre tu nous as appris le sens de la responsabilité, du devoir bien fait et la culture de l'excellence.

Pour toi la meilleure manière pour une personne de s'affirmer est le résultat de son travail.

Je n'oublierai jamais tes conseils à la veille de chaque rentrée scolaire et je s'aurai les transmettre à tes petits enfants **inchalla**.

Ce travail est le fruit de ton dévouement pour la réussite de tes enfants.

Trouve ici cher père, toute ma reconnaissance envers toi.

Que Dieu t'accorde son paradis.

A ma mère Madame Ouonogo Fatoumata Ouonogo

Extraordinaire maman, que de larmes versées ! Que de souffrances ! Que de prières élevées vers les cieux ! Que de sacrifices ! Vous pouvez sécher vos larmes et dire Amen car Dieu t'a exhaussée. Maman tu as toujours su aimer, pardonner et partager dans la discrétion. Aucun mot ne s'aurait traduire notre profond amour pour toi. Que le tout puissant **ALLAH** te garde aussi longtemps que possible pour nous **Amen**.

A ma mère Madame Ouonogo Rokia Dembélé

Tu as été un des piliers très important dans ma vie, tu as toujours été objective dans tes réflexions. Tu m'as élevée dans le sens du bienfait.

Ma mère ce travail est le fruit de tes conseils et sacrifices. Que Dieu te garde pour moi et merci pour tout.

A mes grands frères et grandes soeurs :

Morbi-mortalité dans le service de pédiatrie au csréf de la commune II du district de Bamako.

**Diakaridia Ouonogo Adama Ouonogo Sétou Ouonogo Chata Ouonogo
Djénéba Ouonogo Salimata Ouonogo Kadiatou Ouonogo Rokia Ouonogo
Hawa Ouonogo**

Courage, persévérance, sympathie, travail, amour et respect du prochain. Seul le bon travail donne à l'Homme sa dignité.

A mes petits frères et petites sœurs :

**Harouna Ouonogo Djibril Ouonogo Alimata Ouonogo Founè et Wassa Traoré
Mariétou Ouonogo Aminata Ouonogo**

Je profite de ce travail qui est le vôtre pour vous dire que je vous aime beaucoup
Tout en vous souhaitant plein de succès dans toutes vos activités.

Trouvez dans ce travail l'expression de mon indéfectible attachement fraternel.

REMERCIEMENTS

A mes oncles :

**Madou Wonogo Chaka Ouonogo Bakary Wonogo Bourama Wonogo Oumar
Wonogo Lassina Ouonogo Yacouba Wonogo Seydou Onogo Dramane
Ouonogo**

Je n'oublierais jamais ce que vous avez fait pour moi. Puisse Dieu vous
donne longue vie et plein de succès dans vos projets.

A tous mes Tantes, Cousins, Cousines, Nièces et Neveux

Pour tout le soutien et la considération dont j'ai bénéficié de votre part.

A ma Fiancée Fatoumata Kouriba et la belle famille

Pour votre soutien moral.

Acceptez ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

A Oumar Maiga étudiant en médecine

Pour votre soutien technique.

Soyez rassurés de ma profonde reconnaissance.

A mes amis et complices :

**Ismaël Djiré(dit Namounaminè) Dr Sacko Djénéba , Dr Kodio Aminata
Mahamane Traoré (Nasara) Bakary Coulibaly (Baco) Ousmane Satao(Toss)
Ladji Diawara (socrate) Oumar Samaké (Konon) Yacouba Mariko (Dani Alves)
Karaba Koné (Karabis) Adama Tangara (draig) Moussa Tamboura (Keshi)
Sidiki Démbélé (Bla Député) Bakary Sidibé (boua) Massa Sogoba (Kompagny)
Adama Coulibaly(Nostra)**

Nous voilà ce jour tant attendu.

Morbi-mortalité dans le service de pédiatrie au csref de la commune II du district de Bamako.

Merci pour vos conseils et vos encouragements.

A tous les joueurs de l'athlético de doumanzana

Salif Wonogo (bravo) Moussa Konaté (Kepa) Moussa Tamboura(Jordi) Sidiki Dembélé(Casemiro) Karaba Koné(Carvajal) Adama Coulibaly (Marcelo) Oumar Samaké(Drogba) Mody Traoré(Modric) Bakary Traoré(Gérard Goumbou) Kosso Traoré(CR7)

Merci pour votre compagnie et votre soutien

Au chef de service de la pédiatrie du csref commune II Dr Sissoko Kadiatou Ba

A tous les personnels de la pédiatrie

Dr Keita chaka Dr Bakayoko Gaoussou Dr Keita Aissata Diallo Inf Arabia Djiguiba Inf Bassira Diarra AS Rokia Somono Inf Aminata Damba Inf Djénèbou Traoré Inf Fatoumata Traoré AS Dessany Kouyaté Inf Mato Keita Inf Adama Diarra

Pour l'accueil et la bonne atmosphère durant ces travaux.

A toute la famille du csref commune II du district de Bamako

Pour les bons moments que nous avons partagés ensemble. Trouvez à travers ce travail ma sincère reconnaissance.

A mes collègues internes

Pour toute l'affection et la tendresse que vous avez manifestées à mon égard et les moments agréables passés ensemble.

Recevez à travers ce travail toute ma reconnaissance. Bonne chance pour le futur.

A tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce travail et dont les noms ne sont pas cités, trouvez ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A Notre maître et Président du jury

Pr SAHARE FONGORO

- . Spécialiste en néphrologie ;**
- . Chef de service de néphrologie et d'hémodialyse du CHU du Point G ;**
- . Professeur titulaire en néphrologie à la FMOS;**
- . Praticien hospitalier au CHU Point G ;**
- . Chevalier de l'ordre du mérite de la santé;**
- . Officier de l'ordre du mérite de la santé.**

Cher maître, c'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury.

Votre amour pour le travail bien fait, votre sérénité, votre fermeté et votre rigueur scientifique, nous ont motivé à aller vers vous pour l'amélioration de ce travail.

Cher maître, soyez rassuré de notre profonde reconnaissance.

A notre maitre et membre du jury

Dr Dembélé Adama

.Spécialiste en pédiatrie ;

.Titulaire d'un diplôme en nutrition pédiatrique de l'université de Boston

. Praticien Hospitalier au CHU Gabriel Touré ;

. Enseignant chercheur à la FMOS ;

. Trésorier général adjoint de l'AMAPED ;

.Titulaire d'un diplôme de formation médicale spécialisée approfondie en pédiatrie de l'université paris VII.

Nous vous remercions pour avoir participé à l'amélioration de la qualité de ce travail.
Permettez-nous cher maître, de vous témoigner notre profond respect et notre reconnaissance.

A notre maitre et Co-directeur de thèse

Dr Keita Chaka

. Spécialiste en pédiatrie.

. Praticien hospitalier au csréf CII du district de Bamako.

.Oncopédiatre

. Nutritionniste pédiatre

.Chef d'unité de néonatalogie et d'hospitalisation au service de pédiatrie du csréf CII du district de Bamako

.Membre de l'AMAPED.

Cher maître, tout au long de notre travail, nous avons admiré vos qualités humaines et pédagogiques.

Votre simplicité, votre humilité, votre disponibilité constante et permanente, votre rigueur dans le travail, votre dynamisme et votre qualité scientifique font de vous un maître admiré de tous.

Nous voudrions vous réitérer, cher maître l'expression de notre profonde gratitude et notre indéfectible disponibilité.

A notre maitre et Directeur de thèse

Pr Togo Boubacar

- . Professeur titulaire en pédiatrie à la faculté de médecine et d'odontostomatologie ;**
- . Pédiatre oncologue ;**
- . Chef du département de pédiatrie du CHU Gabriel Touré ;**
- . Chef d'unité d'oncologie pédiatrique ;**
- . Membre du GFAOP.**

Cher maître, nous remercions le Tout Puissant Allah qui sait retenir sur terre des hommes comme vous, aux qualités notoires et rarissimes. Vous êtes une légende vivante Professeur. Votre dynamisme, votre simplicité et surtout votre grande culture générale et scientifique font de vous un enseignant admiré non seulement par vos élèves et étudiants mais aussi par vos pairs.

Nous sommes flattée et honorée d'être comptée parmi vos élèves.

Nous espérons avoir fait honneur à votre qualité incontestable de maître.

LISTE DES ABREVIATION

CCC :	Communication pour Changement de Comportement
CHR :	Centre Hospitalier Régional
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CSCOM :	Centre de Santé Communautaire
CSREF :	Centre de Santé de Référence
Ddl :	Degré de liberté
EDSM :	Enquête Démographique et de Santé au Mali
EPH :	Etablissement Publique Hospitalier
INN :	Infection Néonatale
IRA :	Infection Respiratoire Aigue
IST :	Infection Sexuellement Transmissible
MSHP :	Ministère de la santé et de l'hygiène publique
MSSPA :	Ministère de la Santé de la Solidarité et des Personnes Agées
OMI :	Œdème des Membres Inferieur
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
PEV :	Programme Elargi de Vaccination
PMA :	Paquet Minimum d'Activité
RASS :	Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire
SIS :	Système d'Information Sanitaire
Unicef :	Fond des nations unies pour l'enfance
URENI :	Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelle Intensive

SOMMAIRE

Liste des tableaux.....	12
Liste des figures.....	16
Introduction.....	17
Objectifs.....	19
I. Généralités.....	20
1. Quelques définitions.....	20
1-1. La morbidité.....	20
1-2. La mortalité.....	20
1-3. La mortalité infantile.....	20
1-4. La mortalité néonatale.....	20
a).Le taux de mortalité néonatale précoce.....	20
b). Le taux de mortalité néonatale tardive.....	20
1-5. La mortalité juvénile.....	20
1-6. La mortalité infanto-juvénile.....	21
1-7. La mortalité globale.....	21
1-8. Le taux de létalité.....	21
1-9. Schémas sur les principales causes de décès dans le monde en 2015.....	21
2. Situation des enfants dans le monde et en Afrique	25
Situation sanitaire du Mali.....	26
2-1. Situation géographique et	

démographique.....	26
2-2. Organisation et financement du système de santé.....	26
2-3 .Situation sanitaire des enfants de 0 à 5 ans au Mali.....	27
a). Morbidité.....	27
b). Mortalité.....	27
II. Méthodologie.....	28
1. Cadre d'étude.....	28
2. Type et période d'étude.....	24
3. Critères d'inclusion.....	33
4. Critères de non inclusion.....	33
5. Variables étudiées.....	33
6. Définition opérationnelle du niveau socio-économique.....	33
7. Collecte des données.....	34
8. Analyse des données.....	34
9. Considération éthique.....	34
III. Résultats.....	35
IV. Commentaire et discussion.....	54
V. Conclusion.....	62
VI. Recommandation.....	64
VII. Références.....	65
Annexe.....	69
Fiche d'enquête.....	69
Fiche signalétique.....	74
Serment d'Hippocrate.....	76

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des patients selon le sexe	36
Tableau II : Répartition des patients selon l'ethnie.....	37
Tableau III : Répartition des patients selon leurs résidences.....	38
Tableau IV : Répartition des patients selon le secteur d'activité du père.....	39
Tableau V : Répartition des patients selon le niveau d'instruction du père...	39
Tableau VI : Répartition des patients selon le statut matrimonial de la mère...	40
Tableau VII : Répartition des patients selon le secteur d'activité de la mère.....	41
Tableau VIII : Répartition des patients selon le niveau d'instruction de la mère.....	41
Tableau IX : Répartition des patients par rapport à l'assurance maladie...	42

Tableau X : Répartition des patients selon le niveau socio-économique des parents.....	42
Tableau XI : Répartition des patients selon le mode d'admission.....	42
Tableau XII : Répartition des patients selon les antécédents d'hospitalisation.....	43
Tableau XIII : Répartition des patients selon le délai de recours aux soins.....	44
Tableau XIV : Répartition des patients selon le diagnostic d'entrée.....	44
Tableau XV : Répartition des patients selon le diagnostic de sortie.....	45
Tableau XVI : Répartition selon la forme du paludisme.....	46
Tableau XVII : Répartition selon la forme du paludisme grave.....	46

Tableau XVIII : Répartition des patients atteints de diarrhée selon la présence de signe de déshydratation.....	46
Tableau XIX : Répartition des patients selon le type d'IRA.....	46
Tableau XX : Répartition des patients atteint de méningite selon le germe.....	47
Tableau XXI : Répartition des patients selon le type de malnutrition.....	47
Tableau XXII : Répartition des patients selon les complications liées à la malnutrition aigue sévère.....	48
Tableau XXIII : Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation.....	48
Tableau XXIV : Répartition des patients selon le motif de transfert.....	49
Tableau XXV : Répartition des patients selon la cause de décès...	50

Tableau XXVI : Répartition des pathologies selon la létalité.....	50
Tableau XXVII : Répartition des cas de paludisme grave en fonction de l'âge	52
Tableau XXVIII : Mortalité en fonction du niveau socio-économique.....	53

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des patients selon l'âge	36
Figure 2 : Répartition des patients selon l'âge de la mère.....	40
Figure 3 : Répartition des patients selon le motif d'hospitalisation.....	43
Figure 4 : Répartition des patients selon le devenir.....	49
Figure 5 : Répartition des patients selon la période d'hospitalisation.....	51

Introduction :

La morbidité et la mortalité pédiatrique sont considérées comme des indicateurs classiques du niveau de développement social et économique d'un pays. Leur étude permet d'évaluer l'état de santé d'une population et de juger de la qualité des soins prodigués.

Selon l'OMS, **5,6** millions d'enfants de moins de 5 ans sont morts en 2016, soit **15000** enfants par jour. Plus de la moitié de ces décès sont dus à des maladies pouvant être évitées ou traitées au moyen d'interventions simples et peu coûteuses. Les complications des naissances prématurées, l'asphyxie à la naissance, la pneumonie, la diarrhée et le paludisme sont les principales causes de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans. Toutefois, la baisse de la mortalité a été plus lente pour les nouveau-nés que pour les enfants de moins de 5ans :**49%** contre **62%** à l'échelle mondiale. Elle a également été plus lente en Afrique subsaharienne, car dans cette région, elle a été compensée par un nombre croissant de naissance, de sorte que le nombre de décès néonataux est resté pratiquement inchangé de 1990 à 2016.

Au niveau mondial, le nombre de décès néonataux est passé de **5,1** millions en 1990 à **2,6** millions en 2016.

En Afrique subsaharienne, la probabilité que les enfants meurent avant l'âge de 5ans est **15** fois plus grande que dans les pays à revenu élevé [1].

Au Burkina Faso selon **SOUTOURA A. I.** en 2011, le paludisme, les infections respiratoire aigue (IRA) et les diarrhées étaient les principales causes de décès avec respectivement **55%** ; **12,32%** et **10,56%** [2].

En côte d'ivoire selon le **RASS** 2000, le paludisme, la diarrhée et les IRA sont les principales causes de mortalité chez les enfants. En effet, selon les statistiques disponibles, le paludisme représente la première cause de morbidité et de la mortalité en côte d'ivoire chez les enfants de moins de cinq ans [3].

Morbi-mortalité dans le service de pédiatrie au csréf de la commune II du district de Bamako.

Une étude faite par **Tessier et al.** à Dakar en 1986 a montrée que les pathologies respiratoires représentaient **17,2%** des hospitalisations, les diarrhées **14%**, la malnutrition **7,8%** et le paludisme **3,7%** [4].

Au Mali, selon **EDSM-V** les causes de morbidité infanto-juvénile n'ont pas connu un grand changement depuis deux décennies.

Le paludisme, les IRA, les diarrhées et la malnutrition étaient et demeurent les principales causes de morbidité chez les enfants de moins de 5 ans [5].

Bakayoko L. en 2008 à Sikasso a trouvé que la morbidité était dominé par le paludisme **74,93%**,les diarrhées **5,64%**,les infections néonatales **3,97%**,la malnutrition **3,43%**,la prématurité **2,29%**,la souffrance néonatale **1,75%**,les bronchiolites **1,68%**,les méningites **1,52%**[6].

Kanté M. en 2012 au Csréf de la commune V montre que la morbidité était surtout marquée par le paludisme **58,45%** et les IRA **15,46%** ; les principales causes de décès étaient le paludisme **68,75%** et la malnutrition **18,75%** [7].

La morbi- mortalité a fait l'objet d'étude dans diverses localités du pays, mais pas spécifiquement en commune II du district sanitaire de Bamako d'où l'intérêt de notre étude.

OBJECTIFS :

Objectif général :

Etudier la morbi-mortalité dans le service de pédiatrie du csref de la commune II du district de Bamako.

Objectifs Spécifiques :

- Déterminer les caractéristiques sociodémographiques des enfants hospitalisés au csréf de la commune II du district de Bamako ;
- Déterminer les principales pathologies rencontrées chez les enfants hospitalisés au csréf de la commune II du district de Bamako;
- Déterminer le taux de létalité des principales pathologies à l'hospitalisation pédiatrique au csréf de la commune II du district de Bamako ;
- Connaitre le taux de référencement et les motifs de transfert du csref vers le CHU.

I.GENERALITE :

1. QUELQUES DEFINITIONS

1.1. La morbidité

On appelle morbidité, l'exposition d'une population à des affections qui ne sont pas nécessairement mortelles. C'est la fréquence avec laquelle une population est atteinte par une maladie, une défectuosité physique, un traumatisme [8].

1.2. La mortalité:

La mortalité est l'action de la mort sur une population exposée en un lieu et dans un espace de temps déterminé [9].

1.3 La mortalité infantile :

Elle se définit comme étant le décès survenant chez les enfants âgés de 0 -1 an.

Le taux de mortalité infantile est égal au rapport entre le nombre de décès

Survenus chez les enfants âgés de moins d'un an au cours d'une année et le

Nombre de naissances vivantes au cours de la même année multiplié par mille [10].

La mortalité infantile comprend 2 composantes : la mortalité néonatale et la mortalité post-néonatale.

1.4. La mortalité néonatale [10]

C'est l'ensemble des enfants nés vivants mais décédés entre la naissance et le 28ème jour de vie. On distingue la mortalité néonatale précoce pour les décès durant la première semaine et la mortalité néonatale tardive pour ceux des trois semaines suivantes.

Le taux de mortalité néonatale est le nombre de décès d'enfants de moins de 28 jours divisé par le nombre de naissances multiplié par 1000.

a).Le taux de mortalité néonatale précoce :

C'est le nombre de décès de nouveaux nés de moins de 7 jours divisé par le nombre de naissances multiplié par 1000.

b).Le taux de mortalité néonatale tardive :

C'est le nombre de décès de nouveaux nés de 7 à 27 jours divisé par le nombre de naissances multiplié par 1000.

1.5. La mortalité juvénile :

La mortalité juvénile est le nombre de décès d'enfants après le premier Anniversaire et avant l'âge de cinq ans [11].

1.6. La mortalité infanto-juvénile :

Elle se définit comme l'ensemble des décès avant l'âge de cinq ans [11].

1.7. Taux de mortalité globale :

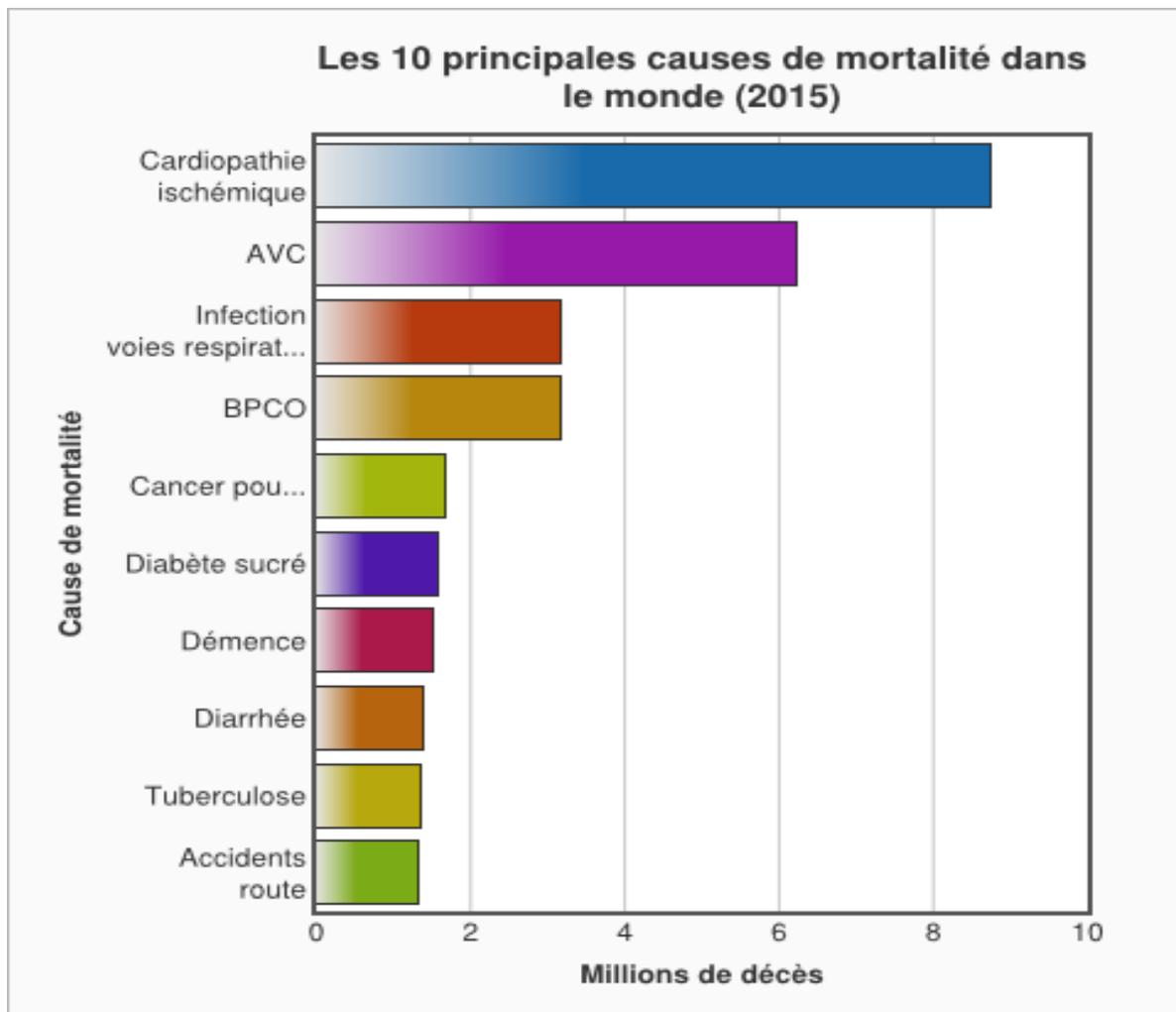
C'est le nombre de décès durant une période donnée sur une population

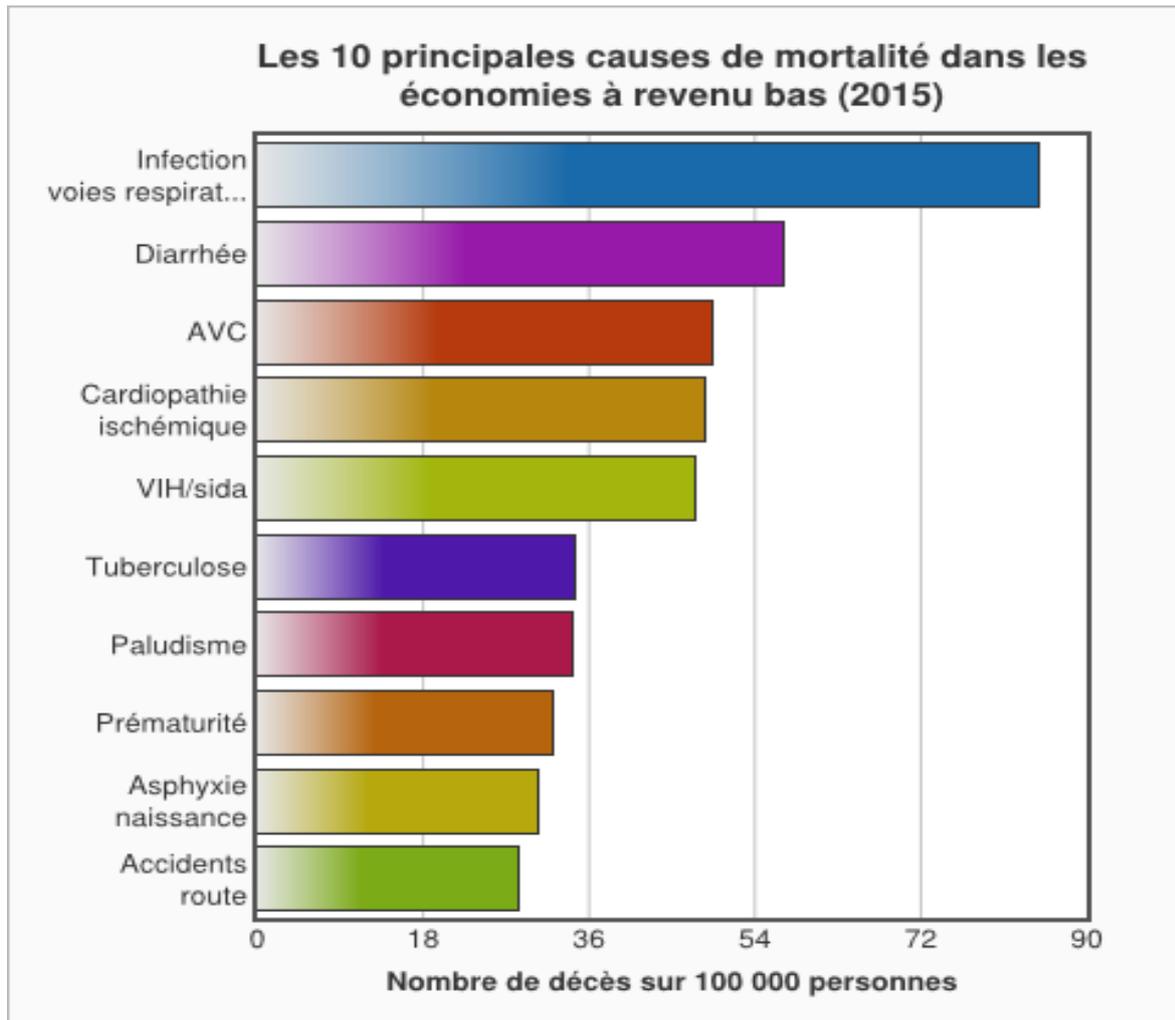
Moyenne durant cette période multiplié par 100.

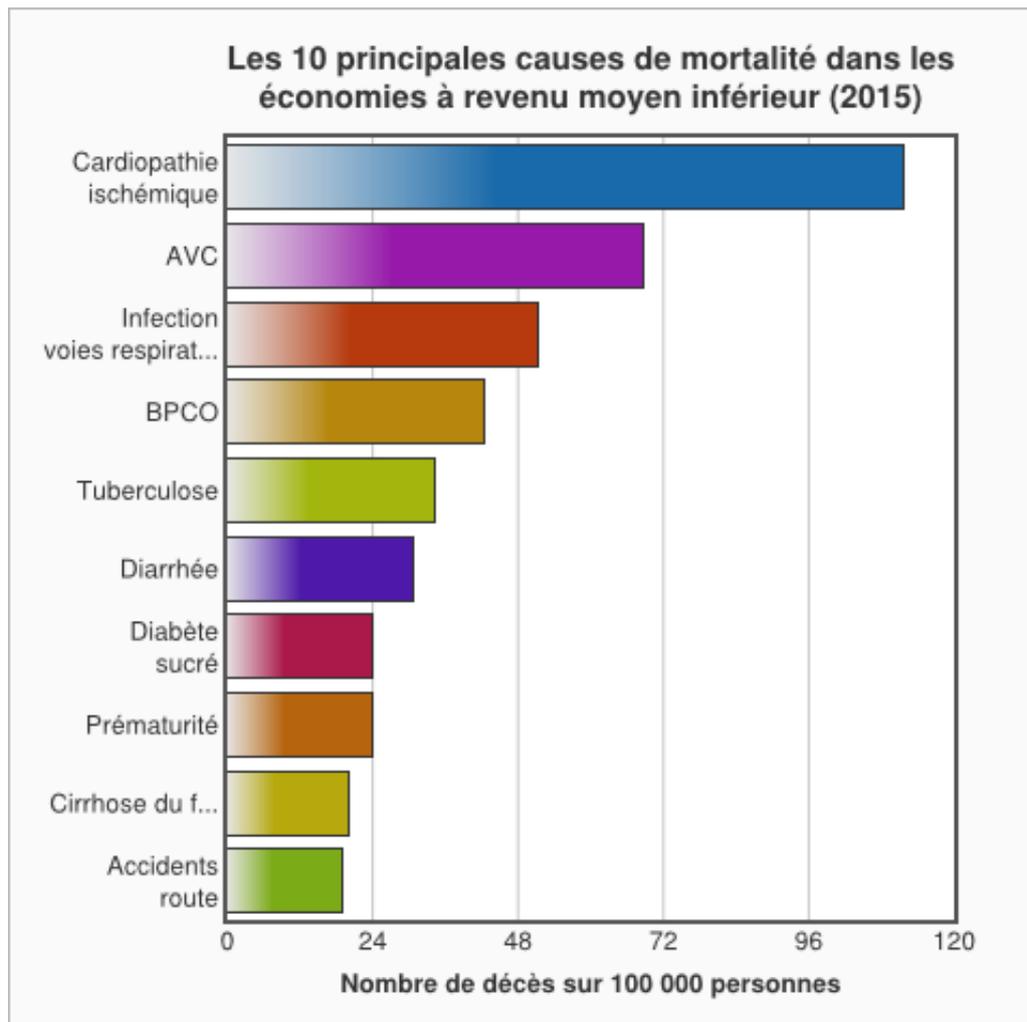
1.8. Le Taux de létalité :

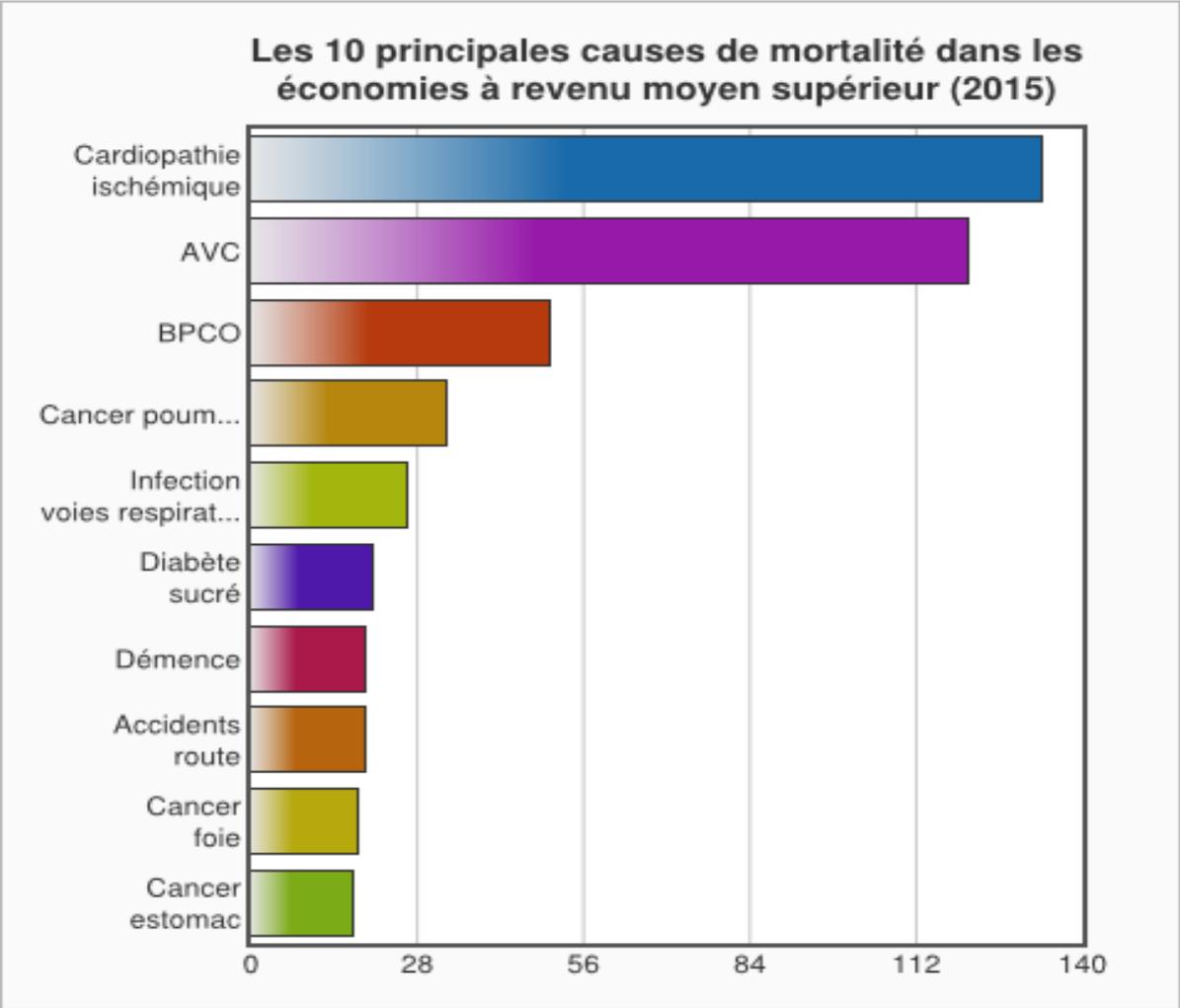
C'est le nombre de décès attribuable à une maladie donnée sur le nombre de population atteinte par cette maladie multipliée par 100.

1.9. Les schémas sur les principales causes de mortalité dans le monde en 2015 [12].







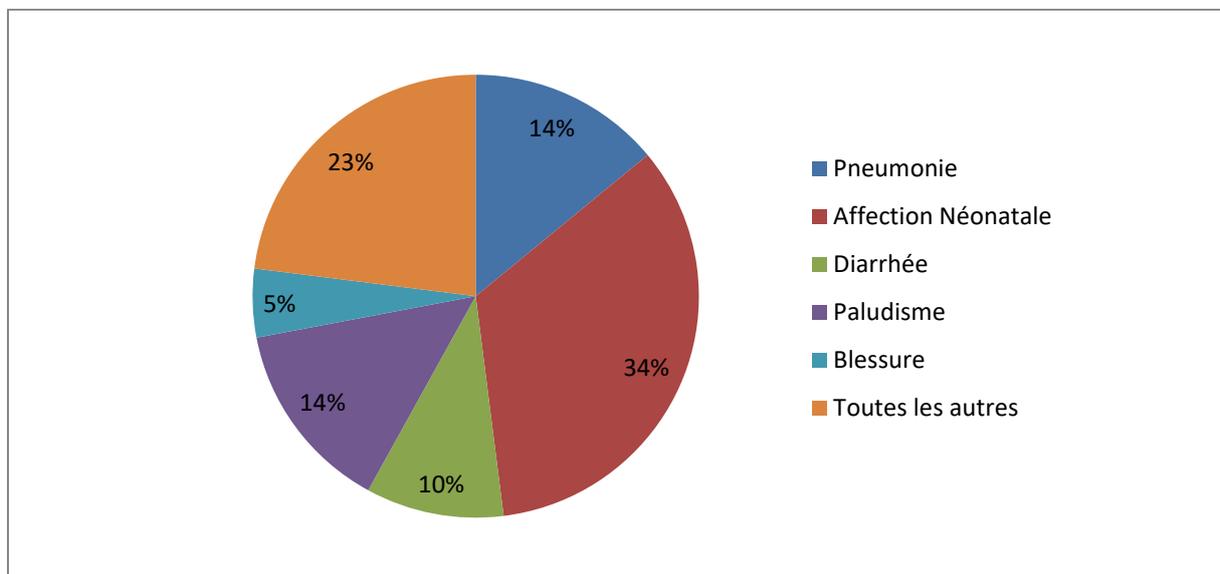


2. Situation des enfants dans le monde et en Afrique [13]

Il en ressort des chiffres qui font froid dans le dos. En 2016, chaque jour, quelque 15.000 enfants sont morts avant d'avoir atteint leur cinquième anniversaire, dont 46% au cours des 28 premiers jours de leur vie, soit 7.000 nouveau-nés. La plupart des décès néonataux sont survenus dans deux régions: l'Asie du Sud (39%) et l'Afrique subsaharienne (38%). La moitié des décès comptabilisés a été enregistrée dans cinq pays: l'Inde (24%), le Pakistan (10%), le Nigéria (9%), la République démocratique du Congo (4%) et l'Éthiopie (3%).

Un point positif toutefois: le rapport révèle que le nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans n'a jamais été aussi bas, atteignant le niveau de 5,6 millions en 2016, contre près de 9,9 millions en 2000. En revanche, le rapport s'alarme de l'augmentation de la proportion des décès d'enfants de moins de 5 ans intervenus durant les 28 premiers jours de vie, qui est passée de 41% à 46% au cours de la même période.

En Afrique, pneumonie, paludisme et diarrhée sont responsables de 40 % de l'ensemble des décès d'enfants de moins de cinq ans



Répartition par cause de décès d'enfants de moins de cinq ans en Afrique, en 2012.

3. Situation sanitaire du Mali :

3.1. Situation géographique et démographique.

Le Mali est un pays continental qui couvre une superficie de 1241248 km². Elle partage près de 7 200 km de frontières avec l'Algérie au Nord, le Niger à l'Est, le Burkina Faso au Sud-est, la Côte d'Ivoire et la Guinée au Sud, la Mauritanie et le Sénégal à l'Ouest.

Le Mali est découpé en dix régions administratives en plus du district de Bamako [14]. Chaque région est divisée en cercles.

Le Mali comptait environ 17994837 habitants en 2016 soit environ 11,7 habitants au kilomètre carré [15].

Cette population se caractérise par une forte natalité avec

Un indice de fécondité de 6,1 (EDSM-V 2012-2013).

Elle est aussi caractérisée par sa jeunesse avec 46,6% d'enfants âgés de moins de 15 ans. Les femmes en âge de procréer (15- 49 ans) représentaient 23% de la population et les naissances attendues 5% de la population totale.

3.2. Organisation et financement du système de santé.

Le gouvernement du Mali a adopté en 1991 la politique sectorielle de santé qui est basée sur la décentralisation du recours aux soins et la participation communautaire. Son objectif général est l'extension de la couverture sanitaire et la facilité d'accès aux médicaments pour toutes les couches de la population [16].

Le système sanitaire a trois niveaux de prise en charge :

le niveau central ou de troisième référence est composé de 6 EPH Nationaux et de l'hôpital mère enfant ;

le niveau intermédiaire ou de deuxième référence regroupe 8 EPH Régionaux ;

le niveau opérationnel ou de proximité comporte 2 échelons :

- Le 1er échelon ou 1er niveau de recours aux soins offre le paquet minimum d'activité (PMA) dans les centres de santé communautaires (CSCOM) au nombre de 1241 (2016) au Mali [17]. Il existe d'autres structures de santé parapubliques, confessionnelles, dispensaires et privées, qui complètent le 1er échelon. Certains aspects de l'offre des soins sont complétés par les ONG. Il s'agit surtout de la santé de la reproduction, la survie de l'enfant et la lutte

contre les IST, le VIH/Sida....Par ailleurs, il est important de signaler l'existence de lieu de consultation de médecine traditionnelle et dont la collaboration avec la médecine moderne est en cours d'organisation.

- Le 2ème échelon ou deuxième niveau de recours aux soins (1ère référence) est constitué par les centres de santé de référence (Csref) au nombre de 65 en 2016. La crise de 2012 a eu des conséquences à court terme sur le financement du secteur. L'appui de l'État est passé de 96 à 54,6 milliards de FCFA entre 2011 et 2012 pour l'ensemble du secteur de la santé (tous ministères confondus), et de 57,6 à 18 milliards de FCFA au cours de la même période pour le MSHP. En 2015, le financement de l'état atteignait encore difficilement les niveaux d'avant la crise.

La part du financement externe du MSHP est passée de 38 % à 9 % entre 2011 et 2014. L'appui budgétaire direct à l'ensemble du secteur de la santé, a enregistré une forte baisse (passant en moyenne de 19,5 % entre 2009 et 2011 à 8,8 % en moyenne entre 2012 et 2014).

3.3. Situation sanitaire des enfants de 0 à 5 ans au Mali

a). Morbidité :

Les causes de morbidité chez les enfants de moins de 5 ans n'ont pas connu un grand changement depuis les années 1990. Le paludisme, les IRA, les diarrhées et la malnutrition étaient et demeurent les principales causes de morbidité chez les enfants de moins de 5ans.

Selon l'EDS-V, la fièvre est la première cause de consultations (9%) suivie de la diarrhée (8,6%) et des IRA (1,6%). Les soins ont été cherchés auprès des Professionnels de santé dans 32% des cas pour la fièvre, 31,8% pour la diarrhée et 31,2% pour les cas d'IRA.

b).Mortalité :

Selon le SIS les principales causes de mortalité demeurent le paludisme et les IRA. Certaines pathologies (rougeole, méningite et le tétanos) qui étaient parmi les premières causes de mortalité dans les années 90 ne le sont plus. On note l'émergence de maladies comme le VIH-SIDA et les traumatismes.

II.METHODOLOGIE :

1. Cadre d'étude

Notre étude a été faite au csref de la Commune II du district de BAMAKO.

a). historique de la commune II : (**Source** : SIS csréf de la commune II).

L'histoire de la Commune II se confond avec celle de la ville de Bamako.

La ville de Bamako a été créée vers le XVIème siècle par les Niakaté, actuel Niaré, originaire du Kaarta dans le cercle de Nioro.

La ville s'est développée sur la rive gauche du Niger entre le marigot Woyowayanko et le marigot de Banconi.

En 1978 la Commune II comme toutes les communes du district de Bamako a été créée par l'ordonnance n°783 / CMLN du 18 août 1978 et la loi n° 96.025 du 18 février 1996 fixant statut spécial du district de Bamako.

b). Présentation de la Commune II

- **Géographie** : (**Source** : SIS csréf de la commune II).

Elle couvre une superficie de 17 km² soit ≈ 7% de la superficie totale du district de Bamako 267 Km² avec une population de 201842 habitants en 2016 soit une densité d'environ 11535 hts/km² répartie entre 12 quartiers.

Elle est répartie en 9 aires de santé, 1 CS Réf, 6 CSCom, 47 structures privées, parapubliques, confessionnelles et mutualistes.

Elle abrite les vieux quartiers de Bamako, le centre ville avec des grands marchés et grandes gares avec des caniveaux à ciel ouvert et une production excessive des déchets ordinaires avec comme corollaire l'hygiène précaire et une importante population flottante.

C'est la 2^{ème} commune du District de Bamako et est limitée au Nord par la colline du « Point G », à l'est par la commune I, à l'Ouest par la commune III et au Sud par le fleuve Niger.

Les 1^{er} quartiers lotis étaient :

- Niaréla

Morbi-mortalité dans le service de pédiatrie au csréf de la commune II du district de Bamako.

- Bagadadji
- Bozola

Ensuite suivent :

- Médina-coura en 1919
- Missira (initialement appelé socoura) 1953
- Hippodrome (initialement appelé N'datékoumana) en 1958
- Quinzambougou, TSF, Zone Industrielle en 1960
- Bakaribougou en 2002
- Bougouba en 2003

- Climat, végétation, hydrographie

Le climat est tropical avec trois saisons qui durent 4 mois chacune :

La saison des pluies avec une hauteur moyenne de pluie qui oscille entre 600-800 mm/an

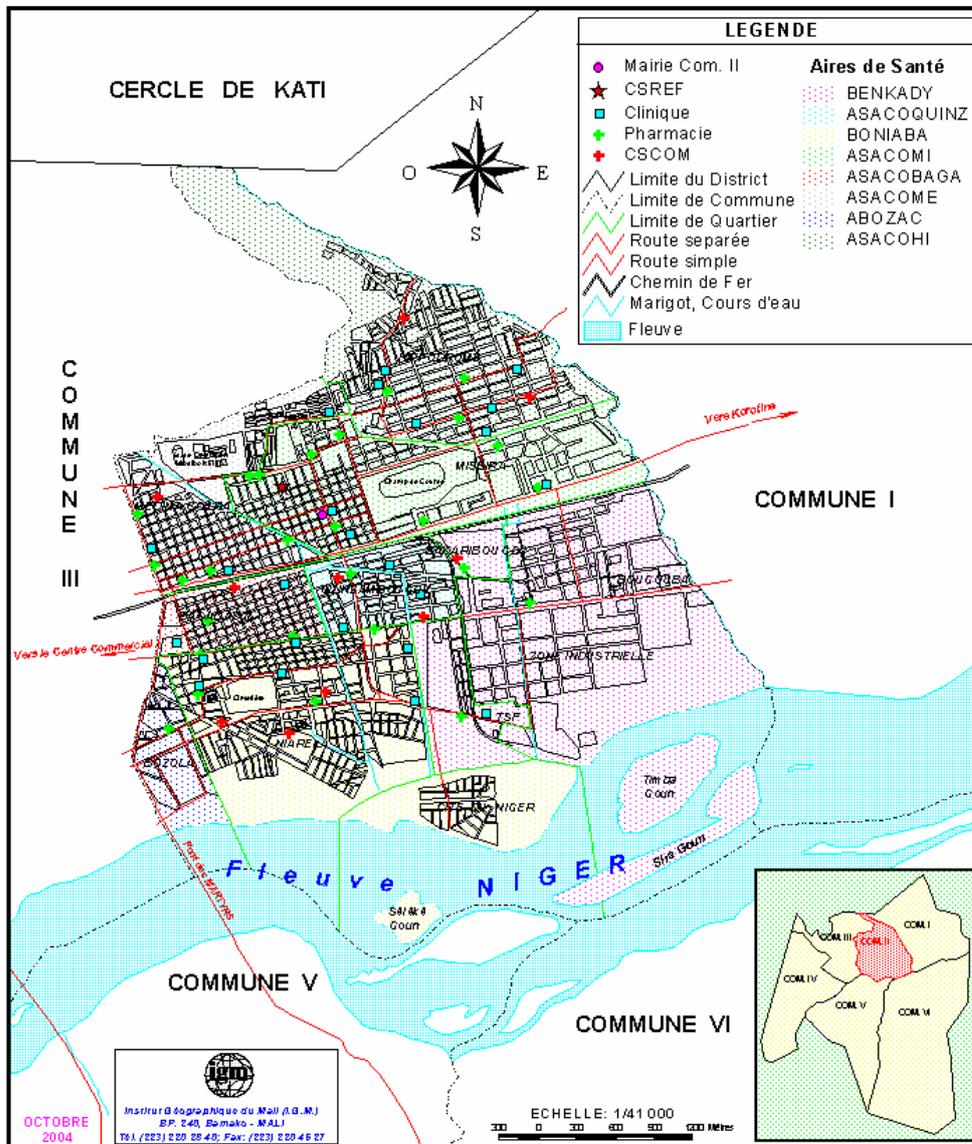
La saison froide novembre – décembre – janvier – février

La saison chaude mars – avril – mai – juin

La commune n'est traversée par aucun cours d'eau mais est limitée au Sud par le fleuve Niger et à l'Est par le marigot de Korofina.

La végétation est de type soudano sahélien dominée par des grands arbres comme le caïlcédrat, le karité et les manguiers.

CARTE SANITAIRE DE LA COMMUNE II



-Présentation du csref de la commune II

Il comporte plusieurs services :

- L'administration
- La pharmacie
- Le service d'oto-rhino-laryngologie
- Le service d'ophtalmologie
- Le service de médecine
- Le service de gynécologie obstétrique
- Le service d'odontostomatologie
- Le service de pédiatrie
- . Laboratoire

- Le service du PEV (Programme Elargie de Vaccination)

- .Site de prise en charge du VIH

- . Site de prise en charge tuberculose

-Description du service de pédiatrie du csref CII

Le service de pédiatrie comporte :

- 1 salle de consultation située au rez de chaussée
- 2 salles d'hospitalisation situées à l'étage
- 1 unité de néonatalogie
- 1salle de garde
- 3 toilettes externes

-Le personnel du service :

-2 médecins pédiatres

-2 médecins généralistes

-4 infirmières

-1 infirmier

-1 aide soignante

-2 internes

. Les activités du service

-La consultation externe est assurée tous les jours de 06h30 à 14H

par les 2 médecins pédiatre, les 2 médecins généralistes et les deux étudiants qui faisant fonction d'interne.

-La garde est assurée tous les jours par les 2 médecins généralistes, les 4 infirmières ; l'infirmier, l'aide soignante, et les deux étudiants qui faisant fonction d'interne

-La visite des malades hospitalisés chaque jour par les pédiatres.

2. Type et période étude : Il s'agissait d'une étude prospective qui s'est déroulée du 1^{er} janvier au 31 décembre 2017 chez les enfants de 0 à 15ans dans le service de pédiatrie du csref de la commune II du District de Bamako.

3. Critère d'inclusion :

- Etre âgé de 0- 15 ans ;
- Etre hospitalisé ;
- Avoir un dossier médical exploitable.

4. Critère de non inclusion :

Tous les enfants de 0 à 15 ans qui n'ont pas été hospitalisés ou ayant un dossier médical inexploitable.

5. Variables étudiées:

-Variable d'Identification du patient :

Les données démographiques (nom, prénom, âge, sexe, lieu de résidence), l'ethnie et le rang dans la fratrie du patient.

-Variable Identification des parents :

L'âge, la situation matrimoniale, le niveau scolaire, secteur d'activité, assurance maladie, ainsi que le niveau socio-économique.

6. Définitions opérationnelles

Le niveau socio-économique des parents a été défini de façon consensuelle et Reparti en 2 groupes de critères [18]

Groupe A	Groupe B
Location	Electricité
Radio	Téléviseur
Robinet	Réfrigérateur
Puits	Voiture

W.C (toilettes modernes)

Latrines (toilettes traditionnelles)

Cette répartition peut ainsi être définie en échelle de niveau :

Le niveau 1 : très faible, est représenté par tout ménage se trouvant en location et ne possédant qu'un puits et une latrine ;

Le niveau 2 : faible, est représenté par l'élément du niveau 1 avec au moins 2 éléments du groupe A

Le niveau 3 : moyen, regroupe les éléments du niveau2 avec au plus 2 éléments du groupe B

Le niveau 4 : bon, regroupe les éléments du niveau 2 avec au moins 3 éléments du groupe B.

Variables d'admission dans le service : mode d'entrée : référé ou Non.

Variables de prise en charge :

- Motifs de consultation
- Délai de recours aux soins
- Diagnostic
- Durée de séjour

Variables pronostics :

- Devenir
- Causes du décès

7. Collecte des données :

Les données ont été recueillies sur un questionnaire à partir des dossiers d'hospitalisation et du registre.

8. Analyse et traitement des données :

Les données ont été saisies et analysées sur le Logiciel IBM SPSS Statistiques version 20 et traitement sur Word 2007 et Excel 2007.

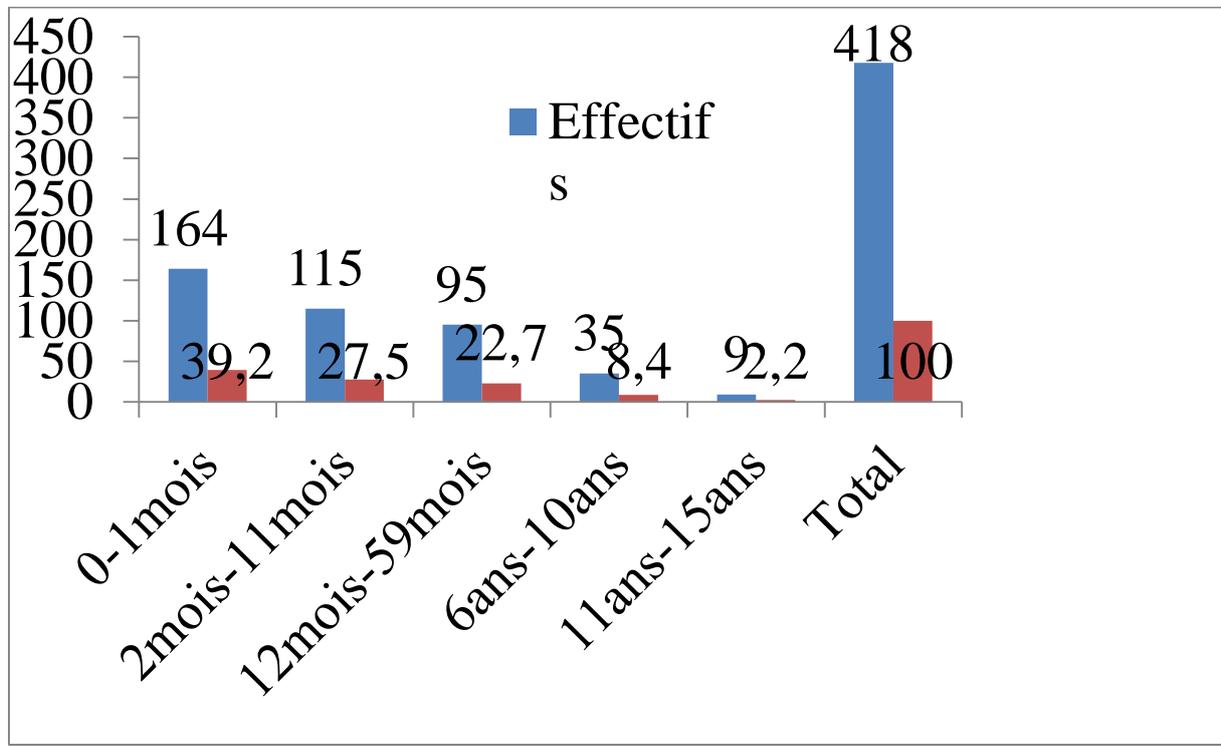
9. Considération éthiques

Un consentement éclairé individuel verbal obtenu est recherché chez les parents ou accompagnant des malades avant de commencer l'interrogatoire.

III. Résultats

-Descriptifs

A). Données sociodémographique des patients



1).Figure 1 : Répartition des patients selon l'âge

La tranche d'âges de 0 à 1mois était majoritaire soit **39,2%** des cas.

2).Tableau I : Répartition des patients selon le sexe.

Sexe	Effectif	Pourcentage
Masculin	242	57,9
Féminin	176	42,1
Total	418	100,0

Le sexe masculin était majoritaire soit un sex- ratio de **1,38**.

3).Tableau II : Répartition des patients selon l'ethnie.

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Bambara	154	36,8
Sarakolé	56	13,4
Peulh	46	11,0
Malinké	32	7,7
Dogon	31	7,4
Sonrhäi	24	5,7
Sénoufo	16	3,8
Minianka	14	3,3
Bobo	13	3,1
Kassonké	11	2,63
Somono	8	1,91
Dafing	6	1,43
Maure	4	0,96
Tamachek	3	0,72
Total	418	100,0

Les bambaras représentaient **36,8%** des cas.

4).Tableau III : Répartition des patients selon leurs résidences.

Résidence	Effectif	Pourcentage
Sans fil	96	23,0
Hippodrome	38	9,1
Bougouba	26	6,2
Niarela	25	6,0
Zone industrielle	22	5,3
Missira	20	4,8
Medina-coura	17	4,1
Quinzambougou	17	4,1
Bagadadji	13	3,1
N'golonina	11	2,6
Bakaribougou	10	2,4
Bozola	7	1,7
Hors commune II	116	27,8
Total	418	100,0

Les patients résidant en commune II représentaient 72,2% des cas.

B). Données sociodémographique des parents

5).Tableau IV : Répartition des patients selon le secteur d'activité du père.

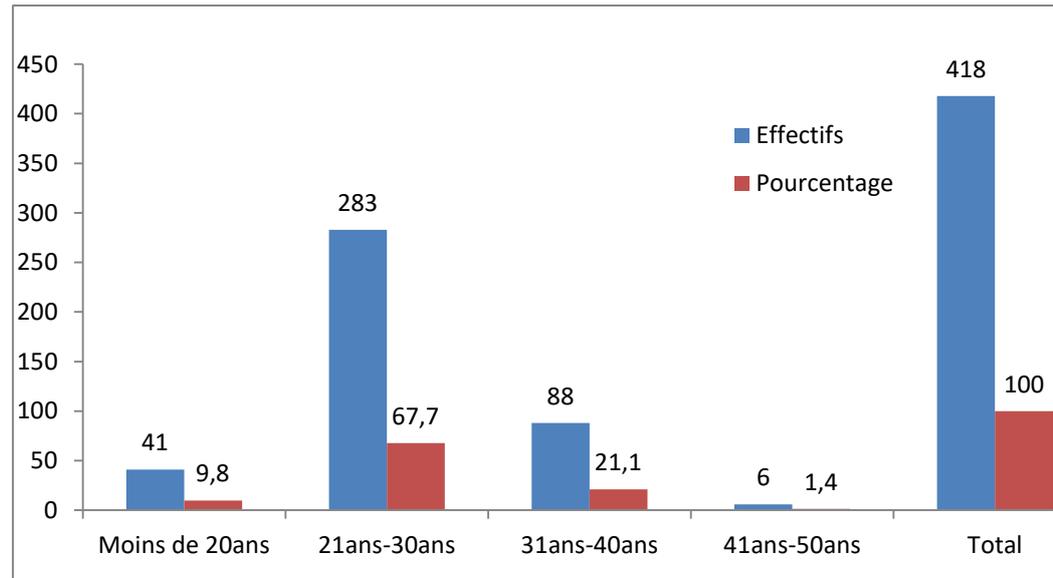
Profession	Effectif	Pourcentage
Commerçant	214	51,2
Fonctionnaire	75	17,9
Cultivateur	38	9,1
Chauffeur	38	9,1
Etranger	31	7,4
Ouvrier	20	4,8
Sans activité	2	0,5
Total	418	100,0

La majorité des pères étaient des commerçants soit **51,2%**.

6).Tableau V : Répartition des patients selon le niveau d'instruction du père.

Scolarisation	Effectif	Pourcentage
Non scolarisé	163	39,0
Primaire	157	37,5
Supérieur	53	12,7
Secondaire	45	10,8
Total	418	100,0

Les pères non scolarisés prédominaient soit **39%** des cas suivi du niveau primaire soit **37,5%** des cas.



7).Figure 2 : Répartition des patients selon l'âge de la mère

La tranche d'âge, 21 à 30 ans était majoritaire soit **67,7%** des cas.

8).Tableau VI: Répartition des patients selon le statut matrimonial de la mère.

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Marié	395	94,5
Célibataire	22	5,3
Veuve	1	0,2
Total	418	100,0

Les mères des patients étaient mariées dans **94,5%** des cas.

9).Tableau VII : Répartition des patients selon le secteur d'activité de la mère.

Profession	Effectif	Pourcentage
Ménagère	294	70,3
Commerçante/vendeuse	64	15,3
Fonctionnaire	23	5,5
Teinturière	17	4,1
Aide ménagère	13	3,11
Elève	5	1,2
Etudiante	2	0,48
Total	418	100,0

Les mères des patients étaient des femmes au foyer dans **70,3%** des cas.

10).Tableau VIII : Répartition des patients selon le niveau d'instruction de la mère.

Scolarisation	Effectif	Pourcentage
Non scolarisé	325	77,8
Primaire	59	14,1
Secondaire	24	5,7
Supérieur	10	2,4
Total	418	100,0

Les mères non scolarisées représentaient **77,8%** des cas.

11).Tableau IX : Répartition des patients par rapport à l'assurance Maladie.

Assurance Maladie	Effectif	Pourcentage
Oui	97	23.2
Non	321	76.8
Total	418	100.0

Les parents de nos patients n'étaient pas assurés dans **76,8%** des cas.

12). Tableau X : Répartition des patients selon le niveau socio-économique des parents.

Niveau socioéconomique	Effectif	Pourcentage
Très faible	193	34.2
Faible	143	
Moyen	58	13.9
Bon	24	5.7
Total	418	100.0

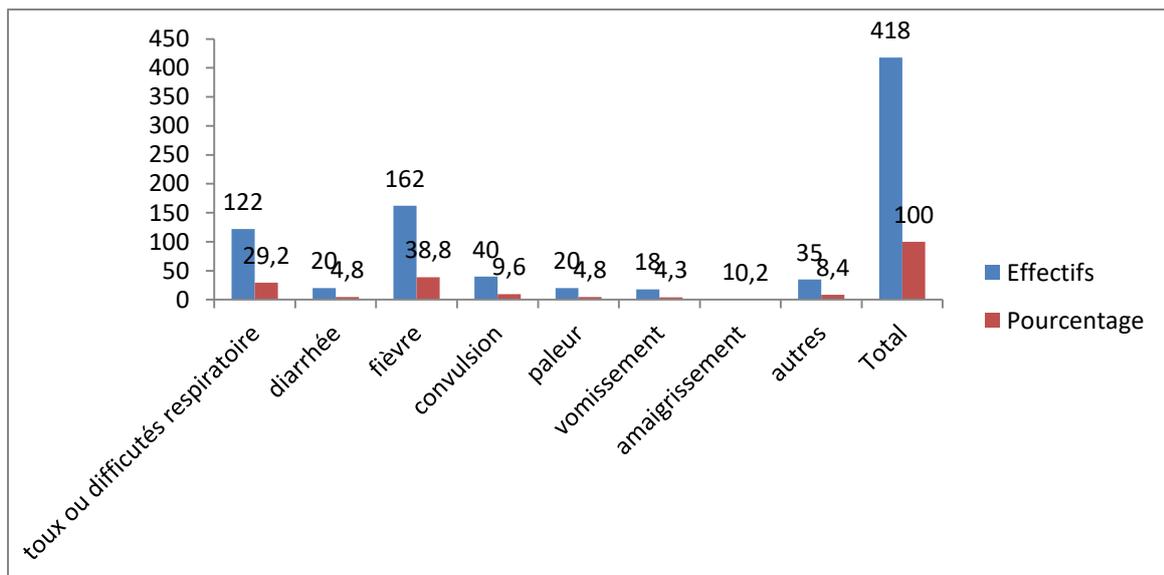
Les parents de nos patients avaient un niveau socio-économique très faible dans **34,2%** des cas.

C). Données cliniques :

13) Tableau XI : Répartition des patients selon le mode d'admission.

Mode d'admission	Effectif	Pourcentage
Non référé	353	84,4
Référé	65	15,6
Total	418	100,0

Les patients étaient admis directement dans **84,4%**.



14). Figure 3 : Répartition des patients selon le motif de consultation ou d’hospitalisation.

La fièvre occupait la première place soit **38,8%** des cas.

15) Tableau XII : Répartition des patients selon les antécédents d’hospitalisation.

Nombre d’hospitalisation	Effectif	Pourcentage
1ère hospitalisation	337	92,2
2^{ème} hospitalisation	39	9,3
3^{ème} hospitalisation et plus	2	0,5
Total	418	100,0

Les patients étaient à leur première hospitalisation dans **92,2%** des cas.

16) Tableau XIII : Répartition des patients selon le délai de recours aux soins

Délai recours au soin	Effectif	Pourcentage
J0	158	37,8
1- 2 j	197	47,1
3 à 6 jrs	56	13,4
=7 jrs	3	0,7
> 7 jours	4	1,0
Total	418	100,0

Les patients avaient consultés au moins après 2jours d'évolution de la maladie dans 47,1% des cas.

17) .Tableau XIV : Répartition des patients selon le diagnostic d'entrée.

Diagnostic d'entrée	Effectif	Pourcentage
Paludisme	133	31,8
Infection respiratoire aigue	87	20,8
INN probable	68	16,3
Souffrance néonatale	47	11,2
Prématurité	22	5,3
Souffrance néonatale +INN probable	18	4,3
Gastro-entérite	17	4,1
Méningite	11	2,6
Malnutrition	7	1,67
Syndrome malformatif	6	1,43
Eruption cutanée fébrile	2	0,5
Total	418	100,0

Le paludisme était majoritaire soit **31,8%** des cas.

18). Tableau XV : Répartition des patients selon le diagnostic de sortie.

Diagnostic de sortie	Effectif	Pourcentage
Paludisme	126	30,1
Infection respiratoire aigue	88	21,1
INN	67	16,0
Souffrance néonatale	33	7,9
Souffrance néonatale +INN	30	7,2
Prématurité	22	5,3
Gastro-entérite	17	4,1
Malnutrition	12	2,87
Méningite	11	2,63
Syndrome malformatif	6	1,43
Eruption cutanée fébrile	2	0,5
Infection urinaire	2	0,5
Invagination intestinale aigue	2	0,5
Total	418	100,0

Le paludisme était majoritaire soit **30,1%** des cas.

19) .Tableau XVI : Répartition des patients selon la forme du paludisme.

Forme de Paludisme	Effectif n= 126	Pourcentage
Paludisme grave	96	76,2
Paludisme simple	30	23,8
Total	126	100,0

Les cas de paludisme grave étaient majoritaires avec **76,2%**.

20). Tableau XVII : Répartition des patients selon le phénotype de paludisme grave.

Forme de Paludisme grave	Effectif n= 96	Pourcentage
Neurologique	58	60,42
Anémique	14	14,58
Anémique +Neurologique	10	10,42
Ictère	8	8,33
hypoglycémie	6	6,25
Total	96	100,0

Le phénotype neurologique prédominait soit **60,42%** des cas.

21). Tableau XVIII : Répartition des patients atteints de diarrhée selon la présence de signe de déshydratation.

Type de diarrhée	Effectif =17	Pourcentage
Sans déshydratation	1	5,88
Avec signe de déshydratation sévère	16	94,12
total	17	100,0

Les cas de diarrhées étaient avec signe de déshydratation sévère dans **94,12%**.

22) .Tableau XIX : Répartition des patients selon le type d'infection respiratoire aigue.

IRA	Effectif n= 88	Pourcentage
IRA basse	64	72,73
IRA haute	24	27,27
total	88	100,0

IRA haute= Rhinopharyngite+amygdalite IRA basse= bronchiolite + pneumonie grave
Les IRA basse étaient majoritaire soit **72,73%** des cas.

23). Tableau XX : Répartition des patients atteint de méningite selon le germe.

Germe	Effectif n= 11	Pourcentage
Pneumocoque	3	27,27
Haemophilus influenzae	6	54,45
Pas de germe	2	18,18
Total	11	100,0

Parmi les germes de la méningite, haemophilus influenzae représentait **54 ,45%** des cas.

24) .Tableau XXI : Répartition des patients selon le type de malnutrition.

Type de malnutrition	Effectif= 12	Pourcentage
Modéré	7	58 ,33
Sévère	5	41,67
Total	12	100 ,0

Parmi les patients malnutris la malnutrition aigue modéré était majoritaire soit **58,33%** des cas.

25) Tableau XXII : Répartition des patients selon les complications liées à la malnutrition aigue sévère.

Complication de la malnutrition	Effectif=5	Pourcentage
Fièvre	3	60,0%
Déshydratation	1	20,0%
Anémie sévère	1	20,0%
Total	5	100,0

La fièvre représentait **60%** des complications de la malnutrition.

26) Tableau XXIII : Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation.

Durée d'hospitalisation	Effectif	Pourcentage
< 2 jours	19	4,5
2-3 jours	194	46,4
4-7 jours	164	39,2
> 7 jours	41	9,8
Total	418	100,0

Le séjour des patients était de 2à 3 jours dans **46,4%** des cas.

La durée moyenne de séjour était de **3,27** jours.

27) Tableau XXIV : Répartition des patients selon le motif de transfert vers le CHU.

Motif de transfert	Effectif n= 6	Pourcentage
Malnutrition aigüe sévère avec complication	4	66,66
Prématurité	1	16,67
Invagination intestinale aigüe	1	16,67
Total	6	100,0

La malnutrition occupait la première place dans les motifs de transfert soit 66,66% des cas.

28) Tableau XXV : Répartition des patients selon la cause du décès

Causes du décès	Effectif n= 19	Pourcentage
INN	5	26,3
Prématurité	4	21,1
Souffrance néonatale	3	15,8
Souffrance néonatale +INN	3	15,8
Syndrome malformatif	2	10,5
Paludisme	1	5,3
IRA	1	5,3
Total	19	100,0

Les INN représentaient la première cause de décès soit **26,3%** des cas.

29) Tableau XXVI: Répartition des pathologies selon la létalité.

Pathologie	Mortalité	Létalité
prématurité	4	18,18%
Syndrome malformatif	2	15,38%
Souffrance néonatale+INN	3	10%
Souffrance néonatale	3	9,09%
INN	5	7,46%
Infection respiratoire aigue	1	1,14%
Paludisme	1	0,79%

La prématurité était la pathologie la plus létale soit **18,18%** des cas.

30) Tableau XXVII: Répartition des cas de paludisme grave en fonction de l'âge.

AGE	2mois-11mois	12mois-59mois	6ans-10ans	11ans-15ans	Total
Paludisme Neurologique	10	30	15	3	58
Anémique	5	7	2	0	14
Anémique + Neurologique	2	7	1	0	10
Ictère	3	2	3	0	8
Hypoglycémie	1	3	1	1	6
Total	21	49	22	4	96

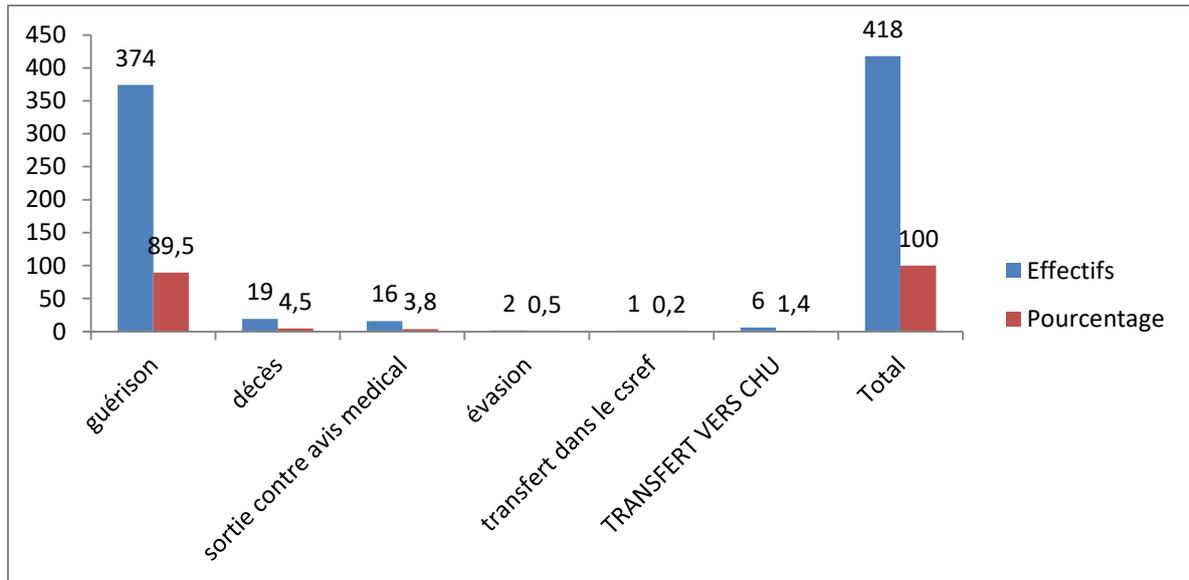
Khi 2 =6 ,491 p=0,690 ddl= 9 p>0,05 donc pas de lien significatif entre les cas de paludisme grave et l'âge.

31) Tableau XXVIII : Mortalité en fonction du niveau socio-économique des parents.

Mortalité								
Niveau socio-économique	Paludisme	Infection respiratoire aigue	INN	Souffrance néonatale	Souffrance néonatale +INN	Prématurité	Syndrome malformatif	Total
Très faible	1	0	2	2	1	2	2	10
Faible	0	0	2	1	2	1	0	6
Moyen	0	1	1	0	0	0	0	2
Bon	0	0	0	0	0	1	0	1
Total	1	1	5	3	3	4	2	19

Khi 2 =18,09 ddl=18 p=0,453

On constate qu'il ya une influence du niveau socio-économique des parents sur la mortalité des enfants avec $P > 0,05$ non significatif.

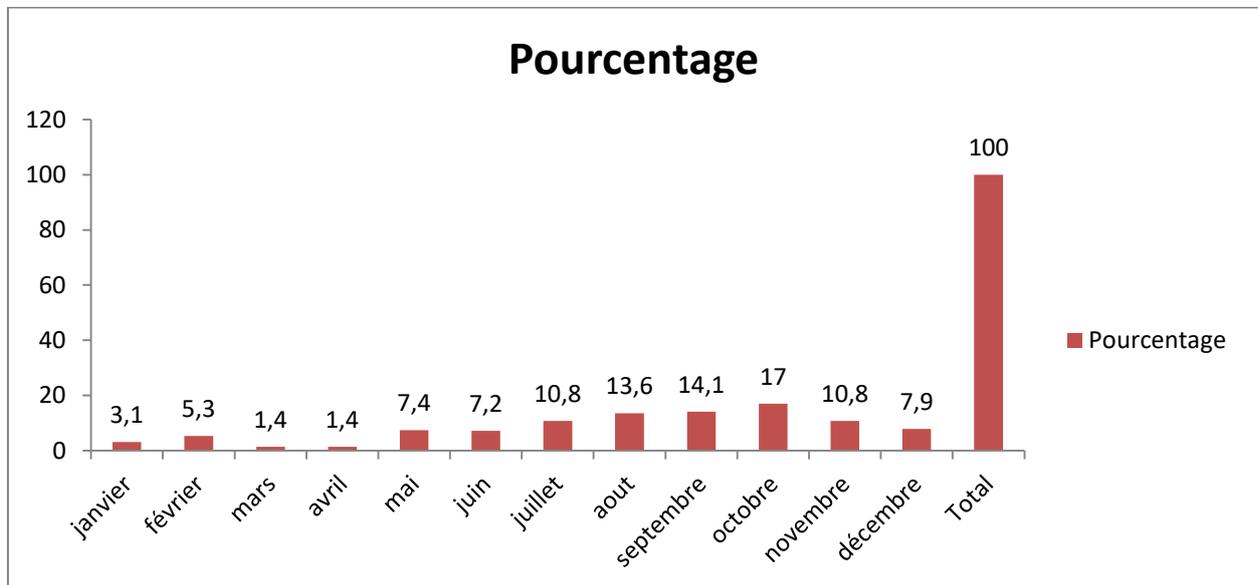


32) Figure 4 : Répartition des patients selon le devenir.

Les patients sortaient après guérison dans **89,5%** des cas.

Le taux de mortalité globale était de **4,55%**.

-le taux de référencement du CSREF vers le CHU était de **1,44%**.



33) Figure 5: Répartition des patients selon la période d'hospitalisation Les hospitalisations étaient fréquentes durant les mois d'octobre, septembre, Aout avec respectivement **17% ; 14,1% et 13,6%**.

IV. Commentaire et discussion.

Au total **418** enfants de **0 - 15 ans** ont été hospitalisés au cours de la période d'étude.

1-Limites de l'étude :

Les difficultés rencontrées pour cette étude ont été entre autre la mauvaise tenue des dossiers médicaux d'hospitalisation, l'absence de certaines informations et surtout la non informatisation de ces dossiers d'hospitalisation à ce jour.

2-Fréquence :

Dans le service de pédiatrie du csréfcII, nous avons a réalisé 11683 consultations durant la période d'étude soit en moyenne de 974 consultations par mois (nouveaux cas).

Parmi ces consultations 426 enfants ont été hospitalisés avec un dossier médical dont 418 étaient exploitable pour notre étude, soit 27,4%.

3-Caractéristiques socio - démographiques des enfants:

-Age :

Dans notre étude, nous avons trouvé que **89,4%** des enfants avaient moins de 5 ans.

Au CHU Gabriel Touré, **Sissoko S.** [18] en 2006 et **Coulibaly A.** [20] en 2008 trouvaient des résultats similaires avec respectivement **85.8%**et **89%**.

Ceci pourra s'expliquer par la grande proportion des enfants de moins de 5 ans dans la population pédiatrique dans notre pays selon **EDSM-V**.

-Sexe :

Dans notre étude le sexe masculin prédominait avec **57.9 %** contre **42.01%** du sexe féminin soit un **sex- ratio de 1, 38**.

Nos résultats étaient proches de ceux de **Diakité I. B.** [19] au csréf de Bougouni qui a trouvé en 2010, **59.39%** de sexe masculin contre **40.61%** de sexe féminin soit un **sex- ratio de 1.46**.

Morbi-mortalité dans le service de pédiatrie au csréf de la commune II du district de Bamako.

En côte d'Ivoire au CHU de COCODY, **FOLQUET A.M. et al. [21]** en 2007, ont noté également une prépondérance du sexe masculin avec un sex- ratio de **1.23** dans le service de pédiatrie.

- Ethnie :

Dans notre série, les Bambaras constituaient l'ethnie prédominante avec **36.8%** suivis des Sarakolés **13.4%**, des Peuhls **11.0%**.

Au CHU Gabriel Touré **Sissoko S. [18]** en 2006 trouvait respectivement **29.2%**, **17.8%** et **16.9%** pour les Bambaras, les Sarakolés et les Peulhs.

Ces résultats reflètent la répartition démographique du district de Bamako selon l'**EDSM-V**.

-Résidence et Mode d'admission :

La majorité des malades résidait dans la commune II. Seulement **27.8%** venaient hors de la commune II.

Seulement **15.6%** des malades étaient référés des Cscm.

Nos résultats sont supérieurs à ceux de **Maiga M. B. [22]** au csréf de la commune I qui avait observé seulement **1.2%** des patients référés des Cscm en 2010.

Cela dénote le non-respect de la politique sanitaire et pourrait s'expliquer par l'insuffisance de sensibilisation de la population sur le système de référence/ évacuation.

4-Caractéristiques des parents :

- Profession des parents :

Dans notre étude, la majorité des pères étaient des commerçants **51.2%** et **70.3%** des mères étaient des femmes aux foyers.

Au CHU Gabriel Touré **Coulibaly A. [20]** en 2008 trouvait un résultat similaire **37,4%** et **88,2%**.

Cela pourra s'expliquer par le profil de la population dans notre commune.

-Niveau d'instruction des parents :

Notre étude montre que **39.0%** des pères et **77.8%** des mères ne sont pas scolarisés.

Morbi-mortalité dans le service de pédiatrie au csréf de la commune II du district de Bamako.

Ces résultats concordent avec ceux de **Coulibaly A.** [20] en 2008 au CHU Gabriel Touré qui avait trouvé que **70.3%** des pères et **80.1%** des mères n'étaient pas scolarisés. Ceci reflète le faible taux de scolarisation de la population selon EDSM-V qui est de 44% pour les hommes et 33% pour les femmes.

-Statut matrimonial :

Dans notre étude **94.5%** des mères étaient mariées.

Notre résultat était supérieur à celui de **Sissoko S.** [18] en 2006 au CHU Gabriel Touré qui avait trouvé **88.1%** des mères mariées.

Cela pourra s'expliquer par le caractère socio culturel du Mali par rapport au mariage.

-Niveau socioéconomique des parents :

Dans notre étude, **80.4%** des parents avaient un niveau de vie considéré comme faible, **13.9%** moyens et **5.7%** bons selon les critères énumérés ci-dessus dans notre méthodologie.

Nos résultats sont proches de ceux de **Sissoko S.** [18] en 2006 au CHU Gabriel Touré qui avait trouvé **73.3%** des parents avec un niveau de vie faible, **18.3%** avec un niveau de vie moyen et **8.3%** avec un niveau de vie bon.

Nos résultats sont différents de celui d'**EDSM-V** qui trouve que c'est dans le milieu urbain, et en particulier dans le district de Bamako, qu'est concentrée la population la plus riche avec respectivement **72 %** et **83 %**.

Ceci pourra s'expliquer par le profil économique des personnes que fréquente notre structure qui est publique.

5-Motifs d'hospitalisation : les motifs de consultation étaient par ordre de fréquence : la fièvre (**38.8%**), toux et ou difficultés respiratoires (**29.2%**),

convulsion (**9.6%**) etc.....

Les hospitalisations étaient plus fréquentes entre juillet et novembre soit **66.3%**.

Notre résultat est proche de celui de **Diakité I.B.** [19] au csréf de Bougouni en 2010 qui avait observé une grande affluence entre juin et décembre soit **84.28%**. En commune V du district de Bamako, **Kanté M.** [7] en 2012 avait aussi observé une grande affluence au mois de juillet et aout soit **38.95%**.

Cette grande affluence pourrait s'expliquer par l'hivernage qui est la période de haute transmission du paludisme.

-La fièvre :

Dans notre étude, elle constituait le premier motif d'hospitalisation des enfants avec **38.8%**.

Notre résultat est supérieur à celui de **Kanté M. [7]** en 2012 au Csref de la commune V mais inférieur à celui de **Coulibaly A. [20]** en 2008 au CHU Gabriel Touré qui trouvaient respectivement **28.50%** et **50.8%** des motifs.

Cela pourra s'expliquer par la fréquence des maladies infectieuses dans notre communauté.

-La toux et / ou les difficultés respiratoires :

Elles constituaient la deuxième cause d'hospitalisation en pédiatrie avec **29.2%**.

Notre résultat est similaire à celui de **Coulibaly A. [20]** en 2008 au CHU Gabriel Touré avec **26.3%** mais supérieur à celui de **Kanté M. [7]** en 2012 au csréf de la commune V avec **15.46%** et avait classé les difficultés respiratoires comme quatrième motif de consultation.

Cela pourra s'expliquer par la fréquence élevée des pathologies respiratoires chez les enfants selon la littérature.

-les convulsions :

Dans notre série, elles constituent le troisième motif d'hospitalisation avec **9.6%** des cas.

La majorité des convulsions est due au neuropaludisme et à la méningite.

Ces résultats sont différents de ceux de **SY O. [23]** en 2003 et de **Coulibaly A. [20]** en 2008 au CHU Gabriel Touré qui ont trouvé respectivement **21.6%** et **15.9%**.

Ceci pourra s'expliquer par la nature de 3^{ème} référence du CHU Gabriel Touré.

- Les autres motifs d'hospitalisation étaient : la diarrhée et la pâleur **4.8%**, les vomissements **4.3%** et l'amaigrissement **0.2%**.

6-Délai de consultation :

Dans notre étude **47.1%** des patients ont consulté à la pédiatrie après 1 à 2 jours d'évolution de la maladie.

Notre résultat est comparable à celui de **d'Abdou R. O. et al. [24]** en 2002 à Libreville qui ont trouvé que **67,5%** des enfants étaient vus après 24 heures du début de la symptomatologie.

Morbi-mortalité dans le service de pédiatrie au csréf de la commune II du district de Bamako.

Selon **Sissoko S.** [18] en 2006 au CHU Gabriel Touré **52.2%** des patients avaient mis un délai de 0-3jours.

Cela pourra s'expliquer par le recours tardif de notre population à des soins conventionnels.

7-Morbidité :

7-1.Le paludisme :

Il s'agissait de la première cause d'hospitalisation avec **30.1%**.

Notre résultat est inférieur à ceux de **Kanté M.** [7] en 2012 au Csréf de la communeV et de **Togo B. et al.**[25] au CHU G T en 2013 avec respectivement **58.45%** et **45%** Une étude réalisée à Madagascar par **CHARIERAS et al.** [26] en 1988 a trouvé que le paludisme occupait **7,29%** des hospitalisations pédiatriques chez les enfants âgés de 5 mois à 5 ans à la fin de la saison des pluies.

Cela pourra s'expliquer par le fait que les cas de paludisme sont fréquents durant la saison des pluies dans notre pays.

7.2. Les infections respiratoires aiguës (IRA) :

Dans notre série, elles constituaient la deuxième cause d'hospitalisation avec une fréquence de **21.1%** et une létalité de **1.14%**.

Les IRA étaient dominées par les bronchiolites et les pneumonies graves.

Notre résultat est proche de celui de **Sissoko S.** [18] en 2006 au CHU GT chez qui les infections respiratoires aiguës constituaient le premier diagnostic retenu avec **27,2%**.

A Madagascar **H. Raobijaona et al.** [27] en 2000 ont trouvé que les IRA représentaient la première cause d'hospitalisation **28,5%** et de décès **12,1%**.

7-3.L'infection néonatale :

Dans notre étude, elles représentaient la troisième cause d'hospitalisation pédiatrique avec une fréquence de **16.0%**. Le diagnostic était surtout clinique, les examens complémentaires demandés n'avaient pas été réalisés faute de moyens financiers et / ou du plateau technique.

Notre résultat est supérieur à celui de :

Bakayoko L. [6] en 2008 à Sikasso chez qui elles représentaient la troisième cause d'hospitalisation pédiatrique en 2002 avec une fréquence de **3,97%** et celui de **COULIBALY M. S.** [28] en 2001 au CHU GT, chez qui elles représentaient la troisième cause d'hospitalisation avec une fréquence de **10%**. Cela pourra s'expliquer par la qualité du suivi des grossesses dans notre commune.

7-4.La souffrance néonatale :

Elle constituait la quatrième cause d'hospitalisation avec une fréquence de **7.9%** dans notre étude.

Morbi-mortalité dans le service de pédiatrie au csréf de la commune II du district de Bamako.

Par contre dans l'étude de **Bakayoko L.** [6] en 2008 à Sikasso elle était la sixième cause d'hospitalisation pédiatrique en 2002 ; la cinquième en 2003 ; et la huitième en 2004 avec respectivement **1,75%, 3.39%, 1,29%**.

Cela pourra s'expliquer par la qualité du suivi des grossesses et du travail d'accouchement dans notre centre.

7-5 .La prématurité :

Elle occupait la sixième cause d'hospitalisation pédiatrique avec une fréquence de **5.3%** dans notre série.

Dans l'étude de **Bakayoko L.** [6] en 2008 à Sikasso elle occupait la cinquième cause d'hospitalisation pédiatrique en 2002 et 2004 avec respectivement **2.29%** et **1.70%** ; tandis qu'elle représentait la septième cause en 2003 avec **2.79%**.

Cela pourra s'expliquer la qualité du suivi des grossesses.

7-6.Gastro-entérite :

Dans notre étude elles constituaient la septième cause d'hospitalisation avec une fréquence de **4.1%**.

Dans celle de **Diakité I. B.** [19] en 2010 à Bougouni elles constituaient la quatrième cause d'hospitalisation avec une fréquence de **2.62%**.

Une étude réalisée par **Tessier et al.** [4] en 1986 à Dakar sur la mortalité et la morbidité pédiatrique a montré que la gastro-entérite représentait **14%** des causes d'hospitalisation et occupaient ainsi la première place.

Elles étaient plus fréquentes chez les enfants de 1 à 23 mois avec **83%** des cas.

A **Abidjan** [21] en 2007 la gastro-entérite représentait **11,38%** des causes d'hospitalisation pédiatrique.

7-7. La malnutrition aigue :

Elle occupait la huitième place des hospitalisations avec une fréquence de **2.87%** dans notre étude.

Dans celle de **Diakité I. B.** [19] en 2010 à Bougouni elle occupait la troisième place des hospitalisations avec une fréquence de **3.64%**.

A **Dakar** [4] et à **Madagascar** [26] elle représentait respectivement **9%** et **6.03%** des causes d'hospitalisation.

Cela pourra s'expliquer par le fait que les cas de malnutrition aigue sévère avec complication dans notre structure sont référés vers d'autres structures.

7-8. Les méningites :

Elles constituaient la neuvième cause d'hospitalisation avec **2.63%** des cas dans notre étude. Les germes rencontrés étaient: l'Haemophilus Influenzae **54.45 %** et le pneumocoque **27.7%**.

Dans celle de **Diakité I.B.** [19] en 2010 à Bougouni elles constituaient la cinquième cause d'hospitalisation avec **1.6%** des cas. Les germes les plus rencontrés étaient: l'Haemophilus influenzae **25 %**, le méningocoque **62.50%** et le pneumocoque **12.50 %**.

Dans l'étude de **Sy O.** [23] en 2003 au CHU Gabriel Touré le taux d'hospitalisation était de **9.6%**. Les germes les plus rencontrés étaient : le pneumocoque **40.3%**, Hémophilus influenzae **18.8%**, et le méningocoque **7.9 %**.

Notre résultat est identique à la littérature par rapport au germe les plus fréquents chez les enfants.

8-Mortalité :

Au cours de cette étude **19 cas** de décès ont été enregistrés, ce qui représente **4.55%** de l'ensemble des enfants hospitalisés.

Notre résultat était inférieur à ceux de **Kanté M.** en 2012 au csréf de la commune V [7] et de **Diakitè I. B.** [19] en 2010 à Bougouni qui avaient trouvé respectivement **7.73%** et **10.91%** de décès.

Les principales pathologies en cause de la mortalité étaient :

8-1.Infection néonatale :

Elle représentait la première cause de décès avec **26.3%** et une létalité de **7.46%** dans notre étude.

Notre résultat est différent de celui de **Nadège M. L.** [29] en 2004 au CHU GT qui l'avait classé comme 2ème cause de décès avec **24%** et un taux de létalité de **33.5%**.

Cette différence pourra s'expliquer par le fait que son étude ne concernait que l'unité de la réanimation pédiatrique.

8-2.Prématurité :

Elle occupait la deuxième position des pathologies avec **21.1%** de décès et une létalité de **18.18%** dans notre série.

Notre résultat est proche de celui de **Sangaré A.** [30] en 2004 au CHU GT chez qui elle occupait la deuxième position des pathologies avec **24,5%** de décès et une létalité de **68.12%**.

8-3.Souffrance néonatale :

Elle représentait la troisième cause de mortalité dans le service de pédiatrie avec **15.8%** de décès et une létalité de **9.09%** dans notre étude.

Notre taux de mortalité est identique à celui de **Sangaré A.** [30] en 2004 au CHU GT avec **15%** de décès. Cela pourra s'expliquer par la qualité de suivi des grossesses dans notre commune ; mais inférieur à celui de **Cissé** [31] et **Diallo** [32] avec respectivement **84%** et **30.80%**.

8-4.Les malformations :

Elles représentaient la cinquième cause de mortalité avec une fréquence de **10.5%** et une létalité de **15.38%** dans notre étude.

Notre résultat est supérieur à celui de **Bakayoko L.** [6] qui avait trouvé **3%** comme cause de décès et une létalité de **32.72%**.

Les malformations congénitales, qu'elles soient isolées ou associées sont fréquentes; leurs taux étant estimé à **2%** des naissances selon une étude faite à tours par **F. Rodesh et al.** [33] en 1986, **2,49%** à Tunis selon **P. BUGNON et al.** [34] en 1986.

En France, selon **Senecal J. et al.** [35] en 1989 les malformations congénitales étaient responsables de **34%** de décès.

8-5.le paludisme :

Il représentait la sixième cause de décès avec une fréquence de **5.3%** et une létalité de **0.79%** dans notre étude.

Notre résultat est nettement inférieur à ceux de **Diakitè I. B.** [19] en 2010 à Bougouni et de **SY O.** [23] en 2003 au CHU GT avec respectivement **78.67% (10.20%)** et **23.9% (3.8%)**.

Cela pourra s'expliquer par la qualité de notre prise en charge.

8-6.Les IRA :

Elles représentaient la septième cause de décès avec une fréquence de **5.3 %** et une létalité de **1.14%** dans notre série.

Notre résultat est proche à celui de **Diakitè I. B.** [19] en 2010 à Bougouni avec **4%** des causes de décès et une létalité de **20 %** mais inférieur à celui **d'O. Sy** [23] en 2003 au CHU GT qui a trouvé un taux de décès de **12.7%** avec une létalité de **3.4%** de 2002 à 2003.

Notre faible létalité pourra s'expliquer par la qualité de la prise en charge dans notre service.

9-La durée d'hospitalisation:

La durée moyenne d'hospitalisation était de **3.27 jours**.

Notre résultat est proche de celui de **COULIBALY M.** [36] en 1988 au CHU GT qui trouvait une durée moyenne de **4 jours** dans son étude et de celui de **DAFFE H.** [37] en 2006 à Ségou qui trouvait une durée moyenne de **3 jours**.

V. Conclusion :

Il ressort de notre étude faite du 1^{er} janvier au 31 décembre 2017 dans le service de pédiatrie du csréf de la commune II du district de Bamako que la mortalité néonatale mérite une attention particulière. Malgré de nombreux efforts accomplis dans le domaine de la santé à savoir : la gratuité de la césarienne et du traitement du paludisme chez les femmes enceintes et les enfants de 0 à 5ans ainsi que la fourniture des soins obstétricaux et néonataux d'urgence dans les csréf, beaucoup reste à faire notamment la sensibilisation de la population sur la fréquentation des centres de santé.

Bien de vie pourraient être sauvée, si on mettait l'accent sur l'hygiène et l'amélioration des conditions de vies des populations (par la lutte contre la pauvreté).

VI.RECOMMANDATIONS :

Aux populations :

- Adopter les mesures de prévention contre les maladies infantiles telles que l'utilisation des moustiquaires imprégnés, le lavage des mains au savon, la protection contre les IRA, le suivi correct des grossesses ;
- Fréquenter les structures périphériques dès les premiers signes de la maladie afin d'avoir une orientation diagnostique ;

Aux autorités :

- Assurer l'instruction des parents.
- Créer une unité d'URENI dans le CSREF de la commune II du district de Bamako ;
- Renforcer la capacité de l'unité de néonatalogie
- Améliorer le plateau technique pour une prise en charge correcte et un bon suivi des malades ;
- Assurer une formation continue du personnel de la pédiatrie.

Au personnel sanitaire :

- Renforcer le suivi du personnel pour une meilleure tenue des dossiers médicaux ;
- Augmenter l'effectif du personnel qualifié pour les gardes ;
- Renforcer la CCC sur les mesures de prévention du paludisme et le suivi des grossesses.

VII. REFERENCES

1. **OMS Rubriques enfants.** Faire reculer la mortalité Aide-mémoire N °178 octobre 2017. www.who.int/media/centre/factsheets .Consulté le 11/12/2017 à 12h 04.

2. **Soutoura IA.** Audit médical des décès aux urgences pédiatriques du centre hospitalier universitaire Yalgado Ouedrago du 1er janvier au 31 Décembre 2011. Thèse Médecine Ouagadougou 2013 ; 222 : 101.

3. **RASS 2000.** Analyse de la mortalité juvénile en Côte-d'Ivoire.

www.memoireonline.com < **m.An** .Consulté le 22 /11/2017 à 17h 35 min.

4. **Tessier J, Imbert A, Diamune P, et al.** Etude de la mortalité et de la morbidité dans un service de pédiatrie à Dakar. Médecine Tropicale 1986 ; 46 :57-61.

5. **MSSPA.** Direction nationale de la statistique et de l'informatique, Cellule de planification et de statistique. Enquête démographique de la santé au Mali 2012-2013 ; V : 31-332.

6. **Bakayoko L.** Morbidité et Mortalité dans le service de pédiatrie de l'hôpital régional de Sikasso de 2002-2004. Thèse Médecine Bamako 2008 ; 118 : 63.

7. **Kanté M.** Morbidité et Mortalité infanto-juvénile au centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako. Thèse Médecine Bamako 2012 ; 301 : 74.

8. <http://www.cnrt.fr/definition/morbidit%C3%A9> . Consulté le 30/11/2017 à 9H00.

9. <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/mortalit%C3%A9/527>.

Consulté le 30/11/2017 à 9h11min.

10. http://fr.m.wikipedia.org/wiki/Mortalit%C3%A9_n%C3%A9onatale. Consulté le 30/11/2017 à 10H20min.

11. <http://fr.wikipedia.org/wiki/mortalité-juvénile>. Consulté le 30 /11 /2017 à 10h30min.

Morbi-mortalité dans le service de pédiatrie au csréf de la commune II du district de Bamako.

12. [http:// www.who.int/mediacentre/factsheets/fr310/fr/index.html](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fr310/fr/index.html). Consulté le 29/03/2018 à 01h08min.

13. [http :www.unicef.org/about/exceboard/files/Africa-Brochure-fr-20May14.pdf](http://www.unicef.org/about/exceboard/files/Africa-Brochure-fr-20May14.pdf). Consulté le 29/03/2018 à 00h45min.

14. www.malinet.net/alerte/reforme-administrative . Consulté le 05/02/2018 à 17H00.

15. [http ://fr .m.wiki .pedia.org/wiki/Mali](http://fr.m.wikipedia.org/wiki/Mali). Consulté le 05/02/2018 à 22H00

16. **Direction national de la santé (DNS)**. Système local d'information sanitaire(SLIS) 2010. Annuaire SLIS 2010: 141.

17. [http ://news.abamako.com/h//154348 .html](http://news.abamako.com/h//154348.html) . Consulté le 05/02/2018 à 18H00.

18. **Sissoko S**. Motifs de consultations dans le service de pédiatrie de l'Hôpital Gabriel. Thèse Médecine Bamako 2006 ; 180 : 33-58.

19. **Diakité IB**. Morbidité et mortalité infanto-juvénile dans l'unité de médecine au csréf de Bougouni. Thèse Médecine Bamako 2010 ; 439 : 63-68.

20. **Coulibaly A**. Morbidité et mortalité à l'unité de réanimation pédiatrique du CHU Gabriel Touré. Thèse Médecine Bamako 2008 ; 22 : 78-81.

21. **Folquet A, Dainguy E, Kouakou C, et al**. Evaluation de la satisfaction des clients en consultations pédiatrique au CHU de Cocody Abidjan. Médecine d'Afrique Noire 2007 ; 54(10) :521-529.

22. **Maiga MB**. Motif de consultation dans le centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako. Thèse Médecine Bamako 2010 ; 578 : 69.

23. **SY O**. Morbidité et mortalité dans le service de pédiatrie B du CHU-Gabriel Touré. Thèse Médecine Bamako 2003 ; 75 : 50.

24. **Abdou O, Tchoua K, Raouf R, et al**. Les urgences pédiatriques au centre Hospitalier de Libreville. Médecine d'Afrique Noire 2002 ; 49 :475-480.

25. Doumbia AK, Togo B, Togo P, et al. Morbidité et mortalité chez les enfants de 01à59mois Hospitalisées au service de pédiatrie générale du CHU Gabriel Touré de janvier à décembre 2013. Revue Malienne d'infectiologie et de microbiologie 2016 ; 8 :54-62.

26. Cherieras J, Simon P. Mortalité et morbidité dans un service de pédiatrie en zone tropicale -hôpital militaire de Tananarive 1982-1984. Médecine d'Afrique Noire 1988 ; 35 :313-322.

27. Raobijaona H, Rahanitrondrasana O, Razanamparany M, et al. Evolution de la pathologie infantile à Antananarivo-Madagascar sur une période de 5 ans. Médecine d'Afrique Noire 2000 ; 47 :407-409.

28. Coulibaly MS. Morbidité et mortalité dans le service de pédiatrie de l'HGT 1999 – 2000.Thèse Médecine Bamako 2001 ; 123 : 82.

29. Nadège ML. Morbidité et mortalité néonatales dans le service de réanimation pédiatrique de L'Hôpital Gabriel Touré. Thèse Médecine Bamako 2004 ; 79 : 80.

30. Sangaré A. Etude rétrospective de la mortalité chez les enfants de 0à14ans dans le service de pédiatrie du CHU Gabriel Touré sur cinq ans allant de 2000-2004.Thèse Médecine Bamako 2008 ; 199 : 84.

31. CisséT, Martin S, NGoma J, et al. Mortalité néonatale précoce au CHU de Dakar : Situation actuelle et tendance évolutive entre 1987-1994.

Médecine d'Afrique Noire 1996 ; 43 :254-258.

32. Diallo S, Kourouma ST, Camara YB, et al. Mortalité néonatale à l'institut de nutrition et de la santé de l'enfant(INSE). Médecine d'Afrique Noire1998 ; 45 (5) :327-329.

33. Rodesch F, Vamos E, Hayez H, et al. Malformations congénitales, situation à risque et siège d'appel en cours de grossesse. J, Gynéco, Obstét, Biol, Reprod, 1986; 15 (4):598-604.

34. Bugnon P, Nivelon A, Mavel A, et al. Contribution à l'étude des malformations congénitales.J, Gyn, Obst, Biol, Réprod, 1986 ; 9 :405-412.

Morbi-mortalité dans le service de pédiatrie au csréf de la commune II du district de Bamako.

35. Senecal J, Roussey M, Dubois J, et al. Etude de la mortalité en Ile et Vilaine (1970-1986).Arch, Français de pédiatrie 1989 ; 46 :451-8.

36. Coulibaly M. Les urgences pédiatriques de l'HGT de Bamako. Thèse Médecine Bamako 1988 ; 42 : 60-66.

37. Daffé H.Urgences pédiatriques au service de pédiatrie de l'Hôpital régional Nianankoro Fomba de Ségou.Thèse Médecine Bamako 2006 ; 159 : 112.

Annexes

FICHE D'ENQUETE

I. Identification

Nom et Prénom

Date d'entrée.....

Date de sortie

Q1. Age (en mois).....

1= 0-1mois 2=2-11mois 3= 12-59mois 4= 6ans -10ans 5= 11ans-15ans

Q2.Sexe.....

1=Masculin 2= Féminin

Q3 Ethnie

1= Bambara ; 2= Minianka ; 3= Sarakolé, 4= malinké, 5= peulh ; 6= Dogon ;

7=Sonrhäï ; 8=

Sénoufo ; 9= Bobo ; 10= Autres à préciser.

Q.4 Adresse

.....

1= TSF, 2 = Missira, 3= Medina-coura

; 4 =hippodrome 5= Bougouba ; 6=Bakaribougou ; 7= Zone industrielle ; 8 = Bozola ;

9= Quinzambougou ; 10= Bagadadji ; 11= Niarela ; 12=N'Golonina ;13=autres à
précise

Q.5 Identification du Père

Q.5.1 = Age.....

Q5.2=Situation matrimonial..... 1-Marié , 2-Célibataire, 3- Divorcé,4-Veuf.

Q5.3-Secteur d'activité.....1-Sans activité,2-Fonctionnaire,3-Commerçant,4-
Cultivateur,5-Chauffeur,6-Ouvrier,7-Autres

Q5.4=Scolarisation.....1=oui,2=non

Si oui quel niveau.....1=Primaire,2=Secondaire,3=Supérieur

Q.6 Identification de la mère

Q6.1=Age.....

Q6.2=Situation matrimoniale..... 1-Marié, 2-Célibataire, 3- Divorcé,4-Veuve.

Q6.3 =Secteur d'activité.....1-Ménagère, 2-Fonctionnaire, 3-Commerçant/Vendeuse,4-Teinturière,5-Autres

Q6.4=Scolarisation.....1=ooui,2=non

Si oui quel niveau.....1=Primaire, 2=Secondaire, 3=Supérieur

Q7 Assurance maladie1=Oui ,2=Non

Q8 Niveau socioéconomique des parents1=Très faible, 2=Faible, 3=Moyen,4=Bon.

Q.9 Référence

1= Référé ; 2 = Non Référé. Si Oui on passe à **Q10**

Q.10 provenance.....

1= CSCom ; 2 = Structures privées. 3= Autres à préciser

II. Motif D'Hospitalisation.....

- 1. toux ou difficultés respiratoire
- 2. diarrhée
- 3. Fièvre
- 4. Convulsion
- 5. Pâleur
- 6. Vomissement
- 7. Amaigrissement.....
- 8. Autres

III. ANTECEDENTS PERSONNELS

Q11. Rang de naissance dans la fratrie.....

Q12. Nombre d'hospitalisation

.....

Q13. Carte de vaccination

1 = Oui ; 2 = Non ; Si oui, on passe à **Q 14**

Q14. Etat vaccinal

.....1= à jour ; 2= non à jour

Q15. Développement staturo-pondéral :

Q15. a- Poids (en Kg)

.....

Q15. b- taille (en cm)

Q15. c- Rapport poids/ taille

Q15.d- PB pour les moins de 5ans.

IV DELAI DE RECOURS AUX SOINS

Date du début de la maladie :/...../.....

Date du premier contact avec une structure de santé :

Q16 durée du retard aux soins (en jours).....

1= pas de retard 2= de 1 à 2 jours

3= de 3 à 6 jours..... 4= 7jours.....

5= plus de 7jours.....

V. Diagnostic, Devenir, Durée de séjour

Q17. Diagnostic(s) d'entrée :

1 Paludisme

2. Gastro-entérite

3. Infection respiratoire aigue (IRA)

4. Méningite

5. Malnutrition

6. Eruption cutanée fébrile.....

7. INN.....

8 .SFA

9. SFA +INN.....

10. Prématurité.....

11. Syndrome malformatif.....

12. Autres.....

Q18. Diagnostic(s) de sortie

- 1 Paludisme
- 2. Gastro-entérite.....
- 3. Infection respiratoire aigue (IRA)
- 4. Méningite
- 5. Malnutrition
- 6. Eruption cutanée fébrile.....
- 7. INN.....
- 8. SFA.....
- 9. SFA+INN.....
- 10. Prématurité.....
- 11. Syndrome malformatif.....
- 12. Autres.....

Q19. Paludisme.....

1= Paludisme grave ; 2= Paludisme simple si Q19=1 on passe à Q 20

Q20. Forme de Paludisme grave

1= Neurologique ; 2= Anémique ; 3= Neurologique+ Anémique ; 4= Autres à Préciser

Q21. Diarrhées

.....
1= Diarrhée sans déshydratation ; 2= Diarrhée avec signes évidents de déshydratation ; 3
= Diarrhée avec déshydratation ; 4= Diarrhée persistante ; 5= Diarrhée persistante sévère ; 6=
Diarrhée glairo- sanguinolente.

Q22. IRA

1= Bronchiolite ; 2= Pneumonie grave ; 3= Bronchopneumopathie

Q23. Méningite

1= Pneumocoque ; 2= Méningocoque ; 3= Haemophilus Influenzae ; 4= Non déterminer ;
5 = Autres à préciser

Q24. Malnutrition clinique

Malnutrition aigüe sévère avec complications :

.....
1=Déshydratation ;2= Choc septique ;3= Défaillance cardiaque ;4=Hypothermie ;5=
Anémie sévère ;6= Hypoglycémie ;7= Syndrome de ré nutrition ;8= Fièvre

Q25. Devenir du malade

1= Guérison ; 2= Décès ; 3= Sortie contre Avis médical ; 4= Evasion ; 5= transfert
vers un autre

Service du csref; 6= Transfert vers d'autres structures. Si oui : motif de
transfert :.....

Q26. Si décès, les causes :

- 1 Paludisme
- 2. Gastro-entérite.....
- 3. Infection respiratoire aigue (IRA)
- 4. Méningite
- 5 Malnutrition
- 6. Eruption cutanée fébrile
- 7. INN.....
- 8. SFA.....
- 9. SFA+INN.....
- 10. Prématurité.....
- 11. Syndrome malformatif.....
- 12. Autres.....

Q27 Durée de séjour au centre

- 1= < 2 jours..... 4= plus de 7 jours...
- 2= de 3 à 6 jours.....
- 3= 4 à 7 jours.....

Morbi-mortalité dans le service de pédiatrie au csréf de la commune II du district de Bamako.

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : OUONOGO

Prénom : SALIYA

Année Universitaire : 2017 – 2018

Ville de soutenance : Bamako

Pays d`origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine de

Pharmacie et d`Odontostomatologie.

Secteur d`intérêt : Pédiatrie

Titre : Morbi-mortalité dans le service de pédiatrie au centre de santé de

Référence de la commune II du district de Bamako.

Résumé :

Notre étude est une enquête prospective qui s'est déroulée dans le service de pédiatrie du centre de santé de référence de la commune II de Janvier à Décembre 2017 sur 418 enfants âgés de 0 à 15 ans hospitalisés dans le service.

Les objectifs de l'étude étaient de :

- Déterminer les caractéristiques sociodémographiques des enfants hospitalisés au csréf de la commune II du district de Bamako ;
- Déterminer les principales pathologies rencontrées chez les enfants hospitalisés au csréf de la commune II du district de Bamako;
- Déterminer le taux de létalité des principales pathologies à l'hospitalisation pédiatrique au csréf de la commune II du district de Bamako ;
- Connaitre le taux de référencement et les motifs de transfert du csref vers le CHU.

Les enfants de moins de 59 mois étaient les plus représentés. Seulement **15.6%** des malades étaient Référés au Csréf.

La majeure partie des parents avaient un niveau de vie considéré comme faible soit **73.3%** et n'ont aucune instruction soit **39%** des pères et **77.8%** des mères.

La morbidité était surtout marquée par le paludisme **30.1%**, les IRA **21.1%** et l'INN **16.0%**.

Les principales causes de décès étaient : l'INN **26.3%**, la prématurité **21.1%** et la souffrance néonatale **15.8%**.

Les affections les plus létales étaient : la prématurité **18.18%**, les syndromes malformatifs **15.38%** et la souffrance associée à l'INN **10%**.

La durée moyenne de séjour était de **3,27** jours.

Le taux de référencement du Csréf vers le CHU était de **1.44%**.

Mots clés : Morbidité- Mortalité – Pédiatrie – Csréf Commune II.

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 que s'y Passe ma
langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne Servira pas à
compromettre 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.**

**Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, je rendrai à leurs Enfants
l'instruction que j'ai reçue de leur père.**

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

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