

MINISTRE DE L'EDUCATION
NATIONALE

REPUBLIQUE DU MALI

Peuple – Un But – Une Foi



UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO

FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



ANNEE UNIVERSITAIRE 2018-2019

N° /

TITRE

**LES MOTIFS DE CONSULTATION DANS
LE SERVICE DE PEDIATRIE AU
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE
LA COMMUNE V DU DISTRICT DE
BAMAKO.**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 03/01 /2019

Devant la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Par : Mr. Antoine Marie TRAORE

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ÉTAT)**

Jury

| | |
|----------------------|-------------------|
| Président : | Pr Soukalo DAO |
| Membre : | Dr Karamoko SACKO |
| Co-directeur: | Dr Mamadou TRAORE |
| Directeur de thèse : | Pr Boubacar TOGO |

Dédicaces

Je rends grâce à Dieu le miséricordieux, qui m'a accordé dans sa bienveillance la santé, le courage, l'intelligence et la foi nécessaires à la réalisation de ce modeste travail.

Je dédie ce travail :

A mon père Hyppolite Traoré

Papa, aucun mot n'est suffisant pour exprimer toute l'admiration que j'ai pour toi. Tu as tout sacrifié pour nous rendre heureux. Merci pour ton soutien, tes conseils et ton encouragement. Ce travail est le tien. Puisse notre Seigneur t'accorder une longue vie couronnée de santé.

A ma mère Rosine Traoré

Chère maman les mots m'ont toujours manqué pour exprimer tout l'amour que j'ai pour toi.

Ta valeur humaine, ta simplicité, ta docilité, ton amour pour le prochain m'ont toujours inspiré. Merci pour les efforts et les sacrifices consentis pour notre éducation.

Puisse Dieu le tout puissant t'accorder une longue vie pleine de santé.

A mon oncle Isaïe Traoré

Ta sagesse, ta tendresse, ton amour du prochain et ton grand engagement pour la réussite de chacun de nous sont sans limite. Tu n'as jamais failli à ton rôle de père. Sans tes conseils et tes soutiens moraux et matériels je ne n'aurais peut-être jamais pu réaliser ce travail. Trouve ici l'expression de ma profonde gratitude. Puisse notre Seigneur te garder longtemps et en parfaite santé parmi nous.

A mes oncles :

Emile Traoré, Dieudonné Traoré, Théophile Traoré, Yves Traoré, Antoine Traoré, Madou Traoré, Honoré Traoré Benjamin Traoré et Fabien Traoré

Chers oncles je ne saurais vous remercier assez pour ce tout que vous avez accompli pour nous. Vous êtes des exemples que nous essayons de suivre tous les jours de notre vie. Puisse Dieu vous accorder une longue vie.

A ma tante Suzanne Diassana

Ta simplicité, ta patience, ta modestie et ton humilité font de toi une personne unique. Tes valeurs nous inspirent en tout temps et en tout lieu. Merci pour l'éducation et le soutien reçus. Que Dieu te protège et te donne une longue vie.

A mes tantes : Saran, Raïssa Dena, Véronique Kamaté, Damouhan Traoré, Catherine Traoré

Je vous dis merci pour tout ; que Dieu vous récompense pour ce que vous avez fait et continuez à faire pour nous.

A ma grand-mère Jeannette Diassana,

Mamie tu as toujours été à nos côtés pour nous guider sur le chemin du bien ; Tu nous as appris que la première qualité d'un homme c'est le travail. Si nous avons réalisé ce travail c'est grâce à tes multiples bénédictions. Que Dieu le tout miséricordieux t'accueille dans sa sainte demeure.

Remerciements

A mes encadreurs,

L'école Fondamentale de N'Dienso, M. Youmba Diallo, Monsieur l'abbé Edmond Dembélé et toute l'école saint Paul de Togo, Monsieur l'abbé Jean Joseph Fané et tous les enseignants du lycée Pie XII de Koulikoro, le Professeur Bakarou Kamaté et tous le tout corps professoral de la faculté de médecine et d'odontostomatologie de Bamako ;

Chers maîtres je vous dis merci du plus profond de mon cœur pour l'enseignement reçu et pour les valeurs ainsi que l'éducation que vous m'avez inculquées.

A mes amis,

André Dabou, Jean Baptiste Diarra, Victorien Dakouo, docteur André Diarra, docteur Jean Pierre Koné, Pierre Dena, Gilles Dakouo, Gerald Dembélé, Niamanto Koné, Taré Joseph Diarra, Patouma Koné, docteur Hamidou Kamaté , docteur Lassine Kéita et docteur Abdoulaye Kamaté ; merci pour votre accompagnement et votre soutien ; puisse notre amitié durer toute la vie.

Au chef de service de la pédiatrie du csréf CV, Docteur Mamadou Traoré mes sincères remerciements et toute ma reconnaissance.

Aux docteurs : Dieneba Berthé, Maïmouna Kanté, Maïmouna Haïdara, Boubou Cissé, Mamadou Kouyaté, Moussa sacko, Moussa diarra, Bakary Moumine Dembélé, Abdou Mariko, Rokia coulivaly, Zéinaba Diallo, Mamary Coulivaly ; je dis merci.

Aux internes : Diakaridia Mallé, Gabriel Sanogo, Abdoulaye Sidibé, Oumar Sidibé, Boubou Gakou, Ismaïl Diré, Ismaël Coulivaly et Rosalie Diassana, je dis merci pour votre sincère collaboration.

A tout le personnel et aux internes de la pédiatrie du Csréf CV je dis merci.

A toute la 8è promotion du numerus clausus, camarades continuons la route ensemble.

Sommaire

| | |
|---|-----------|
| INTRODUCTION | 1 |
| HYPOTHÈSES..... | 4 |
| OBJECTIFS..... | 5 |
| I. GENERALITES..... | 6 |
| 1.1. Notion de pyramide sanitaire..... | 6 |
| 1.2. Consultation médicale | 7 |
| 1.3 Les principaux motifs de consultations..... | 7 |
| 1.3.1 La fièvre..... | 7 |
| 1.3.2 la toux..... | 8 |
| 1.3.3Le vomissement..... | 8 |
| 1.3.4 le prurit..... | 9 |
| 1.3.5 La douleur abdominale..... | 9 |
| 1.3.6 La diarrhée..... | 10 |
| 1.4 Les pathologies..... | 11 |
| 1.4.1 Le paludisme..... | 11 |
| 1.4.2 Les infections respiratoires..... | 12 |
| 1.4.3 Les pathologies dermatologiques..... | 13 |
| 1.4.4 La malnutrition..... | 14 |
| 1.4.5 La méningite..... | 16 |
| | |
| II. | |
| METHODOLOGIE..... | 17 |
| 2.1. CADRE D'ETUDE..... | 17 |
| 2.2. TYPE D'ETUDE..... | 23 |
| 2.3.PERIODE D'ETUDE..... | 23 |
| 2.4. ECHANTILLONNAGE..... | 23 |
| 2.5. CRITERES D'INCLUSION..... | 23 |
| 2.6. CRITERES DE NON INCLUSION..... | 24 |
| 2.7. OUTILS DE COLLECTE DES DONNEES..... | 24 |
| 2.8. Saisie et traitement des données..... | 24 |

| | |
|---|-----------|
| 2.9. Considération éthique..... | 24 |
| III. RESULTATS..... | 26 |
| IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS..... | 47 |
| 4.1. Contraintes et faiblesses de l'étude | 47 |
| 4.2. Caractéristiques sociodémographiques..... | 47 |
| 4.3. Motifs de consultation, prise de décision..... | 50 |
| 4.4. Moyens thérapeutiques..... | 51 |
| 4.5. Diagnostics retenus..... | 52 |
| 4.6. Modalités de prise en charge..... | 53 |
| V.CONCLUSION..... | 54 |
| VI.RECOMMANDATIONS..... | 55 |
| 6.1. Aux populations..... | 55 |
| 6.2. Aux agents socio-sanitaires | 55 |
| 6.3. Aux autorités..... | 55 |
| VII. REFERENCES | 56 |
| ANNEXES..... | 59 |
| Annexe 1: Fiche d'enquête..... | 59 |
| Annexe 2 : Fiche signalétique..... | 62 |
| Annexe 3 : Serment d'hippocrate..... | 64 |

Liste des tableaux

| | |
|---|----|
| Tableau I :situation des matériels mobiliers du service..... | 21 |
| Tableau II :diagramme de gantt..... | 25 |
| Tableau III : répartition en fonction de la tranche d'âge..... | 26 |
| Tableau IV : répartition en fonction de l'ethnie..... | 27 |
| Tableau V : répartition en fonction du rang dans la fratrie..... | 28 |
| Tableau VI : répartition selon la résidence..... | 29 |
| Tableau V II : répartition en fonction de la profession du père..... | 30 |
| Tableau VIII : répartition en fonction selon l'âge de la mère..... | 31 |
| Tableau IX : répartition de la profession de la mère..... | 32 |
| Tableau X : répartition en fonction du niveau d'instruction de la mère... | 34 |
| Tableau XI : répartition en fonction du décideur..... | 34 |
| Tableau XII : répartition en fonction de la présence du carnet..... | 35 |
| Tableau XIII : répartition en fonction de l'état vaccinal..... | 35 |
| Tableau XIV : répartition en fonction du délai du jour de consultation.... | 36 |
| Tableau XV : répartition selon la nature de traitement reçu avant la consultation..... | 37 |
| Tableau XVI : répartition en fonction des examens complémentaires réalisés..... | 38 |
| Tableau XVII : répartition en fonction du motif de consultation..... | 39 |
| Tableau XVIII : répartition en fonction du diagnostic retenu..... | 40 |
| Tableau XIX : .répartition en fonction de la décision médicale devenir..... | 40 |
| Tableau XX : Répartition des patients selon les motifs de consultation et la décision médicale..... | 41 |

| | |
|--|----|
| Tableau XXI: répartition des patients selon le diagnostic retenu en fonction du motif de consultation..... | 42 |
| Tableau XXII : répartition des patients selon la décision médicale en fonction du décideur..... | 43 |
| Tableau XXIII : répartition des patients selon la décision médicale en fonction de l'éducation de la mère | 44 |
| Tableau XXIV : répartition des patients selon la décision médicale en fonction du délai écoulé..... | 44 |
| Tableau XXV : éducation de la mère par rapport au délai écoulé avant la consultation..... | 45 |
| Tableau XXVI : répartition des patients selon les diagnostics retenus par rapport à la décision médicale..... | 46 |

LISTE DES FIGURES

| | |
|---|----|
| Figure 1 : vue photographique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako..... | 18 |
| Figure 2 : répartition en fonction du sexe..... | 28 |
| Figure 3 : répartition en fonction du niveau d’instruction du père..... | 30 |
| Figure 4 : Répartition en fonction du statut matrimonial..... | 31 |
| Figure 5 : répartition en fonction de la parité..... | 33 |
| Figure 6 : répartition en fonction du traitement reçu avant la consultation..... | 36 |
| Figure 7 : répartition en fonction de la réalisation d’examens complémentaires..... | 37 |

LISTE DES ABREVIATIONS

- ASACO** : Association de Santé Communautaire
- CHUGT** : Centre Hospitalier – Universitaire GABRIEL TOURE
- CSCOM** : Centre de Santé Communautaire
- CS Réf CV** : Centre de Santé de Référence de la Commune V
- DNSP** : Direction Nationale de Santé Publique
- EDSM IV** : Enquête Démographique et de Santé au Mali
- FMOS** : Faculté de Médecine et d’Odonto-Stomatologie
- IEC**: Information Education Communication
- INN** : Infection du Nouveau-Né
- IRA** : Infection Respiratoire Aiguë
- MSSPA** : Ministère de la Santé de la Solidarité et des Personnes Agées
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- ORL** : Oto-rhino Laryngologie
- ONU** : Organisation des Nations Unies
- PCIME** : Prise en charge Intégrée des Maladies de l’Enfant
- PEV** : Programme Elargie de Vaccination
- PPM** : Pharmacie Populaire du Mali
- PRODESS** : Programme de Développement Socio-Sanitaire
- SLIS** : Système Local d’Information Sanitaire
- SRO** : Sels de Réhydratation Orale
- TDR palu** : Test de Diagnostic Rapide du paludisme
- TRO** : Thérapie par Réhydratation Orale
- UMPP** : Usine Malienne des Produits Pharmaceutiques

Introduction

Selon l'ONU la population mondiale était estimée à sept (7) milliards d'individus en 2011 dont 60% en Asie, 15,5% en Afrique et 10,4% en Europe. Si les enfants de 0-14 ans représentent 26% de la population de notre globe, ils représentent une population dominante et constituent une couche sociale très fragile dans les pays en développement [1].

En raison de cette fragilité et les conditions d'environnement défectueuses, plusieurs pathologies menacent ces enfants. La fréquence de ces pathologies varie selon les pays.

Dans les pays développés comme la France, les maladies ORL, les maladies de la peau, les infections respiratoires, et les affections digestives sont les plus fréquentes entre 1 et 4 ans [2].

Les IRA représentent dans les pays en développement en 30 à 60% des consultations pédiatriques. [3]

Certaines pathologies sont couramment rencontrées notamment les diarrhées, les infections respiratoires.

D'autres affections ont une recrudescence saisonnière telle que le paludisme.

Le Mali, à l'instar des autres pays en développement, connaît des difficultés économiques et socioculturelles qui influencent négativement le niveau de santé de sa population, et singulièrement celui des enfants. Les conditions climatiques associées à celles d'hygiène peu recommandables favorisent la survenue d'un grand nombre de pathologies principalement les maladies diarrhéiques, respiratoires et les parasitoses. Pour faire face à ces défis sanitaires une politique sanitaire a été mise en place, elle comporte un système national de soins qui peut être schématisé sous la forme d'une pyramide dont la base représente le CSCOM (pour les soins primaires) et le sommet les hôpitaux nationaux (dernier recours médical du pays) [4].

Les CSRéf représentent un niveau intermédiaire. Chaque cercle et chaque commune de Bamako dispose d'un CSRéf.

Dans le processus de prise en charge des patients, la consultation médicale constitue un maillon essentiel pour l'octroi des soins de santé de qualité à la population.

La demande du motif de consultation est le premier élément de l'interrogatoire qui est le premier temps de l'examen médical. Le motif de consultation est la base du raisonnement médical, sa compréhension est fondamentale pour éviter les erreurs diagnostiques. Il s'agit de ce qui gêne le patient ; c'est la plainte qui pousse le patient ou les parents du patient dans le cas des enfants à venir consulter l'agent de santé.

Le motif de consultation chez les enfants a la particularité d'être souvent déterminé par leurs parents. Il résulte dans ce cas de la constatation d'un état, d'un comportement, d'un évènement inhabituel de l'enfant. Ainsi le niveau d'instruction, l'expérience, le niveau économique et la culture des parents peuvent influencer la décision de venir consulter le médecin et donc le motif de consultation.

Beaucoup d'études ont porté sur le motif de consultation, en 2006 au CHU GABRIEL TOURE par Sissoko.S [5], en 2010 au CSRéf CI par Mohamed. B. M [6] et sur les références dans le service de pédiatrie de CHU Gabriel Touré par Maiga.B en 2003[7] ont abordé le sujet.

Celles-ci révèlent que la fièvre est le premier motif de consultation suivi de la toux ou les difficultés respiratoires et la diarrhée.

Au vu de l'insuffisance d'études réalisées de manière générale dans l'ensemble des services de pédiatrie du Mali ;

Devant la fréquence élevée des consultations infantiles au CSréf CV depuis la redynamisation de son unité de pédiatrie en 2013, nous avons voulu connaître les principaux motifs de consultation dans ce service.

La connaissance de la prévalence de ces motifs de consultation pourrait permettre non seulement, la mise en œuvre des stratégies de prévention, mais aussi aider à la prise en charge de la maladie.

C'est dans la perspective d'apporter des éléments de réponse à ces différentes questions que s'inscrit notre étude avec comme but d'étudier les motifs de consultation dans le service de pédiatrie du CSRéf CV.

Hypothèses de recherche

- Existe-t-il un lien entre les motifs de consultation et le diagnostic ?
- Les motifs de consultation sont-elles fonction des caractéristiques socioculturelles des parents ?

OBJECTIFS

II-1- Objectif général :

Etudier les motifs de consultation au service de pédiatrie du CSréf commune V

II-2- Objectifs spécifiques :

- ✓ Décrire les caractéristiques sociodémographiques des enfants vus en consultation externe.
- ✓ Identifier les principaux motifs de consultation au service de pédiatrie.
- ✓ Déterminer le devenir immédiat des enfants vus en consultation
- ✓ Déterminer le lien entre les motifs de consultation, les diagnostics et le devenir immédiat.

I. Généralités

1.1 NOTION DE PYRAMIDE SANITAIRE

La stratégie de développement sanitaire du Mali est basée sur le concept de soins de Santé Primaires adopté par la conférence mondiale d'Alma Ata en 1978.

Afin d'accélérer la mise en œuvre des soins de santé primaires, une quadruple stratégie a été adoptée dans le cadre ou selon les concepts énoncés dans l'initiative de Bamako :

- Faire évoluer la notion de pyramide sanitaire d'une conception hiérarchique et administrative vers une conception plus fonctionnelle qui différencie les niveaux opérationnels, d'appui et d'orientation. Le cercle représente le niveau opérationnel et constitue l'unité chargée de planifier le développement de la santé, de le budgétiser et d'en assurer la gestion. Tandis que le niveau régional est chargé d'appuyer les cercles sur le plan technique. Le niveau central, chargé de l'appui stratégique, détermine les investissements et le fonctionnement du secteur, les standards qui tiennent compte des principes d'efficacité, d'efficience, d'équité et de viabilité. Il veille à l'application de ces standards par tous ses partenaires à l'action sanitaire. Il s'efforce de mobiliser les ressources privées, celles de l'Etat et celles des bailleurs de fonds pour le financement de soins de qualité accessibles à tous.
- Assurer en permanence la disponibilité et l'accessibilité des médicaments essentiels à travers une série de mesures dont la réforme de la pharmacie populaire du Mali (PPM) et de l'usine Malienne des produits pharmaceutiques (UMPP), la levée du monopole d'importation, la rationalisation de la distribution et de la prescription et le recouvrement des coûts du médicament.

- Renforcer la participation communautaire à la gestion du système, les individus, les ménages et les communautés assurant leur propre santé. Malgré la modicité de leur pouvoir d'achat, ces derniers peuvent, grâce au développement de techniques nouvelles, peu coûteuses et efficaces favoriser grandement le suivi de leurs enfants et réduire l'importance des maladies. Afin de garantir l'accessibilité aux soins et à l'information nécessaires à l'amélioration de la santé, les bénéficiaires seront associés à la gestion des services au niveau opérationnel.
- Mobiliser les ressources nécessaires au financement du système de santé, y compris par le recouvrement des coûts dans les formations sanitaires, et rationaliser l'utilisation de ces ressources à tous les niveaux. [8]

1.2 CONSULTATION MEDICALE

Selon le Larousse médical, la consultation médicale peut être définie comme un examen du malade que le médecin pratique à son cabinet et qui est destiné à diagnostiquer la maladie ainsi qu'à en prescrire le médicament. [9]

1.3 LES PRINCIPAUX MOTIFS DE CONSULTATIONS

1.3.1 LA FIEVRE

La fièvre est un symptôme, pas une maladie. [10]

Elle est un signe objectif, facilement mesurable précieux pour apprécier l'évolution d'une affection.

Le plus souvent c'est une réponse normale de l'organisme à une infection, réaction vraisemblablement utile car renforçant les défenses anti-infectieuses notamment par une augmentation de l'activité des globules blancs.

Au Moyen Age, la fièvre avait une connotation négative inquiétante. Elle était considérée comme une punition divine, citée comme telle dans la Bible, souvent associée à l'enfer et au diable.

De nos jours, au-delà de cette conception, un contresens majeur maintient une image péjorative de la fièvre.

La fièvre est le plus souvent liée à une infection virale ou bactérienne, mais elle peut avoir pour origine un coup de chaleur, une déshydratation ou un désordre neurologique, maladies du système (leucémies), etc.

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

Trop souvent règne autour de ce symptôme une angoisse excessive. En effet, la fièvre en elle-même n'est pas dangereuse (sauf si elle est mal tolérée).

Les convulsions hyper pyrétiques représentent la plus fréquente de ces complications.

1.3.2 LA TOUX :

La toux est un mécanisme physiologique d'épuration des voies aériennes. Elle s'observe rarement chez un individu en bonne santé, l'épuration physiologique des voies aériennes s'effectuant principalement par le système muco-ciliaire bronchique et les macrophages alvéolaires. Habituellement, la toux est un symptôme. Elle est un signe d'appel isolé ou associé d'une maladie généralement O.R.L., broncho-pulmonaire, gastrique plus rarement sous-phrénique ou péricardique. Après enquête étiologique, la toux peut être un symptôme isolé, une complication, ou une maladie en soi. La toux est sèche ou productive. La toux est le troisième motif le plus fréquent de consultation d'un praticien généraliste et la première cause de consultation en Pneumologie. Dans la plupart des cas, elle est la complication d'une infection respiratoire aiguë saisonnière, d'évolution favorable spontanément en quelques jours. La persistance d'une toux au-delà de trois semaines définit par convention la toux chronique [11].

1.3.3 Le vomissement

A- Définitions

Vomissements : mécanisme actif de contractions cycliques violentes de la musculature abdominale, du diaphragme et des muscles respiratoires conduisant au rejet brutal par la bouche du contenu de l'estomac. Les vomissements peuvent être provoqués ou spontanés. [12]

B-Diagnostics différentiels

- **Régurgitations** : remontée passive du contenu gastrique ou œsophagien dans la bouche, sans effort de vomissement ni nausée.
- **Mérycisme ou rumination** : remontée volontaire dans la bouche d'aliments récemment ingérés qui sont ensuite de nouveau déglutis après mastication. [12]

1.3.4 Le prurit

Le prurit couramment appelé démangeaisons est caractérisé par le besoin constant de se gratter pour soulager une sensation d'inconfort ou la sensation d'avoir quelque chose qui rampe sur ou dans la peau. Il a diverses étiologies telles que des piqûres d'insectes, des allergies ou des infections. [13]

1.3.5 La douleur abdominale :

La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle. Les douleurs abdominales représentent un motif de consultation fréquent. Leurs causes sont extrêmement diverses, souvent digestives, parfois extra digestives, et peuvent être des plus anodines aux plus graves. Dans la démarche diagnostique l'échographie est l'examen de première intention. [14]

1.3.6 LA DIARRHEE

La diarrhée se définit comme l'émission, trois fois ou plus, de selles liquides, molles, ou anormales par jour. [10]

De par leurs conséquences, notamment la déshydratation et la malnutrition, les maladies diarrhéiques constituent, directement ou indirectement, une des principales causes de décès des jeunes enfants dans les pays en développement. L'OMS recommande, pour lutter contre les effets de la déshydratation, la généralisation du traitement de réhydratation par voie orale (TRO), en conseillant l'utilisation soit d'une solution préparée à partir du contenu de sachets de sels de réhydratation par voie orale (SRO), soit d'une solution préparée à la maison avec de l'eau, du sucre et du sel. [EDSM IV 2006].

Plus d'un enfant de moins de cinq ans sur dix (13%) a souffert de diarrhée pendant les deux semaines ayant précédé l'enquête. [4]

La diarrhée représente 18% des causes de mortalité chez les moins de cinq ans. [15]

Selon leur caractère on distingue :

- La diarrhée aqueuse ou profuse de consistance très liquide,
- La diarrhée glaireuse contenant du mucus,
- La diarrhée sanguinolente contenant du sang,
- La diarrhée glairo-sanguinolente ou dysenterie, qui se caractérise par l'émission du sang et du mucus, est l'un des types de diarrhée les plus tenaces. [5]

Dans 80% des cas elle est d'origine virale (rota virus, adénovirus). [16]

Les bactéries responsables des diarrhées sont les *E. coli*, les *salmonelles*, les *shigelles* et les *campylobacters*.

Les maladies diarrhéiques constituent en général un motif fréquent de consultation dans les services de santé avec une incidence nettement élevée dans les pays en développement où les conditions d'hygiène et d'approvisionnement en eau potable ne sont pas adéquates.

SY.O a montré qu'au Mali, la diarrhée constitue la cinquième cause d'hospitalisation pédiatrique avec 18%. [17]

1.4 LES PATHOLOGIES

De nos jours, de nombreuses maladies infectieuses comme le paludisme, les infections respiratoires aiguës (IRA) basses et les maladies diarrhéiques constituent les principaux motifs de consultation à travers le monde. [18]

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), près de 10,5 millions de décès dans le monde ont été enregistrés en 2002 chez les enfants de moins de 5 ans. Près de 98% des enfants décédés habitaient les pays en développement.

L'Afrique paye un lourd tribut avec le taux de mortalité infanto juvénile le plus élevé (170 décès pour 1000 naissances vivantes).

Au Mali selon l'enquête démographique et de santé IV 2006 (EDSM IV), 46% de la population malienne est représentée par les enfants de moins de 15 ans avec un taux global de mortalité estimé à 191‰ naissances.

Selon l'EDSM IV (2006), 18 % des enfants ont eu la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête.

1.4.1 LE PALUDISME

Le paludisme est une endémie parasitaire majeure, qui constitue encore de nos jours un problème de santé publique dans le monde. Selon l'OMS, environ 247 millions de personnes contractent la maladie chaque année parmi 3,3 milliards d'habitants à risque en 2006 avec environ 1 million de décès, dont 85% sont des enfants de moins de 5 ans. En 2008, parmi les 109 pays endémiques de paludisme, 45 sont dans la région africaine de l'OMS. [19]

Au Mali, le paludisme est responsable de 37,5% des motifs de consultation dans les services de santé (SLIS, 2007). Le nombre de cas recensés dans les formations sanitaires publiques et communautaires était estimé à 1 291 826 en 2007 et les décès à 1 782. Ces chiffres à vrai dire sont en deçà de la réalité à cause de plusieurs facteurs dont la sous fréquentation et la faiblesse dans la complétude des données.

Le paludisme représente 17% des causes de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans. [15]

Une étude faite par SISSOKO.S en 2006 à Bamako a montré que le paludisme représente 20,6% des motifs de consultation des enfants. [5]

On distingue le paludisme simple et le paludisme grave.

a) le paludisme simple

Il peut être causé par les cinq espèces de plasmodium. Les signes du paludisme simple ne sont pas spécifiques.

Le tableau de primo-infection comprend : la fièvre, les céphalées, des frissons, la sueur, les courbatures et une asthénie rappelant une gastro-entérite chez le nourrisson.

b) **Le paludisme grave** est défini par la présence de formes asexuées de *Plasmodium falciparum* dans le sang, associée à au moins un des critères de gravité édités en 2000 par l'OMS. Les critères de gravité du paludisme sont : l'hyperparasitémie > 5% de globules rouges parasités chez les enfants vivant dans les zones endémique et 4% chez les enfants neufs, le coma stade II et plus les convulsions généralisées (≥ 2 crises /24H), l'état de choc /collapsus le syndrome hémorragique/ CIVD, le SDRA par œdème pulmonaire ou acidose métabolique (PH<7,25), l'hypoglycémie anémie sévère insuffisance rénale ou oligurie l'hémoglobinurie macroscopique. [15]

1.4.2 LES INFECTIONS RESPIRATOIRES

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 1991), l'IRA se définit comme toute infection à début brutal, affectant les oreilles, le nez, la gorge, le larynx, la trachée, les bronches, les bronchioles ou les poumons. [20]

Elle varie du rhume ordinaire aux infections de l'oreille, maux de gorge, bronchites, bronchiolites et pneumonies.

Les micro-organismes habituellement associés aux IRA comprennent les virus respiratoires, le virus de la rougeole, *Bordetella pertussis*, *Streptococcus pneumoniae* et *Haemophilus influenzae*.

Les infections respiratoires aiguës (IRA) sont l'une des causes de décès les plus importantes chez les jeunes enfants dans les pays en développement. Selon les plus récentes estimations de l'OMS, dans le monde, les IRA sont à elles seules responsables de 18,1 % des décès chez l'enfant. [21]

Le pourcentage d'enfants qui meurent de pneumonie varie de 15 à 26 % selon la région du monde et les taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans. La majeure partie de ces décès est due aux pneumonies (y compris les pneumonies néonatales), soit en tant que cause principale, soit résultant d'infections qui compliquent la rougeole, la coqueluche ou le SIDA.

La pneumonie représente 24% des causes de décès chez les enfants de moins de cinq ans. [15]

On distingue deux types d'IRA : les IRA hautes et les IRA basses dont la limite anatomique est la glotte.

Les IRA basses se placent au premier rang de la mortalité due aux IRA.

Au Mali les infections respiratoires aiguës représentent 24,19% du total des consultations externes et causent 37,2% des décès dans la tranche d'âge de 0 à 4 ans. [22]

SY.O a montré que les IRA représentent la deuxième cause d'hospitalisations pédiatriques avec 26,4%. [17]

La plupart de ces IRA sont d'origine virale et ne justifient aucune antibiothérapie. Mais le plus souvent, elles s'accompagnent d'une surinfection bactérienne.

1.4.3 Les pathologies dermatologiques

a) Les dermatoses infectieuses :

Elles comprennent :

- **Les mycoses** : la teigne, les dermatophyties et la dermatite séborrhéique.
- **Les dermatoses bactériennes** composées de : l'impétigo, l'érysipèle et la lèpre

- **Les infections virales** : le molluscum contagiosum, le pityriasis Roger de Gibert et les verrues planes.
- **Ectoparasitoses** : essentiellement le Larva migrans et la scabiose [23].

b) Les dermatoses immunoallergiques :

Elles sont composées de : la dermatite atopique, le prurigo, l'eczéma de contact et le vitiligo.

Les dermatoses inflammatoires :

Nous pouvons citer : les kératodermies palmo-plantaires, l'acné, le psoriasis, le lichen . [23]

1.4.4 LA MALNUTRITION

Malnutrition signifie principalement « mauvaise nutrition ». Elle concerne l'insuffisance ainsi que l'excès de nourriture, les mauvais types d'aliments, et la réaction du corps à de nombreuses infections qui entraînent la malabsorption des éléments nutritifs ou encore l'incapacité d'utiliser les éléments nutritifs convenablement pour préserver la santé. Sur le plan clinique, la malnutrition est caractérisée par un apport insuffisant ou excessif de protéines, d'énergie et de micro nutriments tels que les vitamines, ainsi que par les infections et les troubles fréquents qui en résultent. [24]

A. EMACIATION OU MALNUTRITION AIGUË

L'émaciation ou malnutrition aiguë est l'indicateur nutritionnel exprimé par le rapport << **poids pour taille**>>. Il traduit la perte ou le gain récent de poids. Il est donc le meilleur indicateur pour déterminer la dénutrition et les changements nutritionnels récents de l'individu. Il traduit une situation conjoncturelle. Il constitue le meilleur indicateur d'interprétation d'une insécurité alimentaire. Selon la classification de l'OMS, un taux de prévalence de l'émaciation compris entre, 5 et 9% est jugé moyen, élevé entre 10 et 14% et très élevé au-delà de 15% [24].

Dans l'ensemble, le niveau de malnutrition aiguë peut être qualifié au Mali comme élevé. En effet, un enfant sur six (15 %) est atteint de maigreur : 9 % sous la forme modérée et 6 % sous la forme sévère. [5]

B. RETARD DE CROISSANCE OU MALNUTRITION CHRONIQUE

La malnutrition chronique ou retard de croissance se manifeste par une taille trop petite par rapport à l'âge. Cet indicateur anthropométrique traduit un problème alimentaire et/ou nutritionnel chronique, en particulier pendant la période de développement fœtal. Il est révélateur de la qualité de l'environnement et, d'une manière générale, du niveau de développement socio-économique d'une population. Il traduit une situation structurelle et donc n'est pas influencé par une amélioration conjoncturelle de la situation nutritionnelle des enfants. Il constitue le meilleur indicateur de suivi de l'état nutritionnel des enfants dans une population donnée et traduit le niveau de développement socio-économique de la population. Selon la classification de l'OMS, un taux de prévalence du retard de croissance compris entre 10 et 19% est jugé moyen, élevé entre 20 et 29% et très élevé au-delà de 30%. [24]

Au Mali, un enfant sur deux (38 %) souffre de retard de croissance : 19 % sous la forme modérée et 19 % souffrent de retard de croissance sévère. Ce niveau est classé comme étant très élevé. [4]

C. INSUFFISANCE PONDERALE OU MALNUTRITION GLOBALE

L'insuffisance pondérale ou malnutrition globale est donnée par le rapport poids/âge. L'OMS classe ce taux comme, normal s'il est inférieur à 10%, moyen (10 à 19%), élevé (20 à 29%) et très élevé s'il est supérieur à 30%. [24]

Dans les conditions normales, le taux devrait être inférieur à 10 % selon la classification des fourchettes de prévalence à l'échelle mondiale d'après l'OMS. Près d'un enfant sur quatre (27 %) souffrent d'insuffisance pondérale : 17 % sous la forme modérée et 10 % sous la forme sévère. [4]

SY.O a montré dans son étude que la malnutrition représente la troisième cause d'hospitalisation pédiatrique avec 13,4%. [18]

Au Mali 56% des décès d'enfants sont attribuables à la malnutrition. [2]

1.4.5 LA MENINGITE

La méningite est un processus inflammatoire, d'origine généralement infectieuse, atteignant les méninges, c'est à dire l'ensemble des formations recouvrant l'encéphale et la moelle épinière. [25]

En dehors des épidémies, au moins 1,2 millions de cas de méningite bactérienne se produisent chaque année selon les estimations, dont 135 000 mortels. Environ 500 000 des cas et 50 000 des décès sont imputables au méningocoque. Le diagnostic est donc une urgence. [25]

L'incidence des méningites bactériennes dans les pays industrialisés, est située entre 2,5 et 10 pour 100 000 habitants. Elle est cependant dix fois plus élevée dans les pays en voie de développement. Les deux tiers de ces méningites surviennent chez des enfants âgés de moins de 5 ans. [25]

Dans 70 à 80 % des cas, les méningites sont d'origine virale. Elles sont généralement bénignes, le rétablissement étant le plus souvent spontané

Les entérovirus (Echovirus, Coxsackie) sont responsables d'environ 80 % des méningites virales identifiées. Dans 20 à 25 % des cas, les méningites sont d'origine bactérienne. Elles sont graves car l'évolution spontanée est pratiquement toujours mortelle. Les méningites bactériennes sont dues à des bactéries pyogènes, principalement trois germes : *Haemophilus influenzae b*, *méningocoque* et *pneumocoque*. [25]

II) Méthodologie

2.1 CADRE D'ETUDE

Notre étude s'est déroulée au CSRef de la commune V du district de Bamako.

2.1.1 Caractéristiques générales du Mali

Une zone enclavée au cœur de l'Afrique occidentale et à plus de 1 000 km de la mer, le Mali couvre une superficie de 1 241 238 km². Il se situe entre 11 et 25 degrés de latitude Nord, 0 et 14 degrés de longitude Ouest et 0 à 50 degrés de longitude Est. Il partage ses frontières avec sept pays voisins : l'Algérie, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, la Guinée, la Mauritanie, le Niger et le Sénégal.

Données démographiques du Mali :

Population : 17.599.694 habitants (Banque mondiale, 2015)

Croissance démographique annuelle : 3% (Banque mondiale, 2015)

Espérance de vie à la naissance : 58 ans (Banque mondiale, 2014)

Les régions du Mali passent de 8 à 10 depuis janvier 2016. Le Mali possède 703 communes : dont les 19 premières communes urbaines et 684 nouvelles communes (dont 18 communes urbaines et 666 communes rurales).

Sur la base d'une étude réalisée par l'institut nationale de la statistique (INSTAT), la pauvreté au Mali touche près de la moitié de la population totale, soit environ 6,5 millions de personnes dont les besoins essentiels en matière d'infrastructures socio-économiques ne sont pas correctement couverts. Ce phénomène touche 30% de la population urbaine et 74% de la population rurale.

Le climat est de type soudano-sahéliennes caractérisé par trois saisons dont :

- Une saison sèche dont la durée varie du nord au sud, de mars à juin.
- Une saison humide (hivernage) de juin à septembre.
- Une intersaison caractérisée par sa fraîcheur, d'octobre à février .

2.1.2 Bamako

Bamako, fondée par les Niaré (ou Niakaté), est la capitale du Mali. Principal centre administratif du pays, important port fluvial sur le Niger et centre commercial rayonnant sur toute la sous-région, la ville compte 2 009 109 habitants en 2009, appelés Bamakois. Son rythme de croissance urbaine est actuellement le plus élevé d'Afrique (et le sixième au monde).

2.1.3 CSRef CV :



Figure 1 : vue photographique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako

La commune V comptait une population de 545 .294 habitants en 2016 dont 85 .066 enfants de 06 à 59 mois. Cette population est en nette augmentation année par année.

Chaque commune du district abrite un Centre de Santé de Référence communément appelé CSRef qui est une structure de 2^{ème} référence dans la pyramide sanitaire du Mali.

Celui de la commune V, créé en 1982 est situé à l'extrême nord-est du Quartier Mali. C'est l'une des structures de santé les plus fréquentées de la rive droite.

Le CSRef-CV comprend plusieurs unités de prise en charge dont :

- Un service de gynéco-obstétrique.

- Un service de chirurgie
 - Une unité d'odontostomatologie
 - Une unité ORL
- Un laboratoire d'analyse biomédicale
- Une pharmacie
- Un service d'imagerie médicale
- Un service de médecine qui comprend :
 - une unité de médecine générale
 - une brigade d'hygiène
 - une unité de prise en charge des patients lépreux
 - une unité de soins et d'accompagnement au PV/VIH
 - une unité de recherche
 - un système d'information sanitaire (salle informatique)
- Le service de Pédiatrie est situé à l'est de l'entrée principale du centre de santé, il est constitué de :
 - URENI
 - Une unité de Néonatalogie

2.1.5 Présentation du service de pédiatrie

1. Locaux :

Le service de pédiatrie du Centre de Santé de Référence de la commune V, depuis le mois de juillet 2014, est logé dans un nouveau bâtiment situé à l'extrême Nord- Est dans le centre.

- **La Pédiatrie générale :** elle comprend
 - Une (1) salle de consultation ordinaire qui comporte 3 tables de consultation
 - Trois (3) salles d'hospitalisation qui comportent 13 lits au total
 - Une (1) salle aménagée pour les soins externes qui comporte 1 table de soins
 - Un (1) bureau pour le major
-

- Trois bureaux pour médecins
- **L'Unité nutrition** : elle comprend
 - Un (1) bureau URENI qui sert de bureau pour le major
 - Deux (2) salles d'hospitalisation qui comportent 6 lits au total
- **La néonatalogie**
 - Une (1) salle d'hospitalisation qui comporte 3 lits et 2 incubateurs
 - Une (1) salle kangourou qui comporte 4lits
 - Un (1) bureau major servant aussi de consultation de suivi (PTME et kangourou)
 - Un (1) bureau pour médecin (pédiatre responsable de la néonatalogie)

En plus de ces salles, il existe

- Un (1) bureau pour le médecin pédiatre responsable du service « chef de service » et
- Un (1) bureau pour les étudiants faisant fonction d'internes ou thésards.

2.1.6 Matériels

2.1.6.1 Mobiliers

Tableau I : Situation des matériels mobiliers du service

| Matériels mobiliers disponibles |
|---------------------------------|
| 26 lits |
| 7 tables de bureau |
| 14 armoires |
| 8 bancs métalliques |
| 21 chaises |
| 6 fauteuils |

2.2 Matériels techniques (en bon état et en cours d'utilisation)

- 4 aspirateurs électriques
- 4 concentrateurs d'oxygène
- 2 incubateurs
- 6 chariots de soins
- 4 tables chauffantes
- 1 appareil de photothérapie

3 Personnel (en décembre 2017)

Au total, deux (2) pédiatres, un médecin généraliste, 5 Techniciens supérieurs, 12 Techniciens de santé et 3 aides soignantes, soit 23 personnes sont réparties entre les trois unités de la pédiatrie.

4 Missions :

- Aider les parents à recouvrir, à améliorer et à maintenir l'état de santé de leurs enfants dans le respect de la dignité humaine.

5 Activités

- Prise en charge curative, préventive et promotionnelle des enfants de 0 à 15 ans quelque soit leur statut social et leur handicap physique ou mental.
- Contribution à la formation des étudiants et professionnels de la santé.

5.1 Stratégies :

- Faire une bonne répartition des tâches
- Communiquer avec les parents et l'enfant pour le changement de comportement.
- Repérer, anticiper sur les facteurs de risques
- Référer les cas nécessitant une prise en charge spécialisée.
- Appliquer les protocoles nationaux au tant que faire se peut.
- Rédiger au besoin des protocoles et procédures consensuelles selon notre contexte.
- Organiser les présentations de dossiers et les EPU

- Faire des recherches-actions sur tout ce qui concerne les problèmes de santé des enfants.

5.2 Les activités du service

La consultation externe est assurée 24 /24, avec le ticket modérateur qui coûte 1000Fcfa. Les malades viennent d'eux-mêmes dans la plupart des cas.

Par contre d'autres sont référés par des structures sanitaires périphériques qui sont les CSCOM, les cabinets médicaux privés. La réception et le déroulement de la consultation sont assurés par deux médecins.

Au niveau de l'hospitalisation, il y a des hospitalisations dans les unités de la malnutrition, de la pédiatrie générale et de la néonatalogie.

2.2 TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude transversale prospective et descriptive portant sur les motifs de consultation des enfants âgés de 1mois à 14 ans dans le service de pédiatrie du CSRéf CV du District de Bamako.

2.3 PERIODE D'ETUDE

L'étude s'est déroulée du 01 janvier au 31 Décembre 2017, soit une année d'enquête.

2.4 ECHANTILLONNAGE

Nous avons calculé la taille minimale de notre échantillon en utilisant la formule : $n = (Z^2PQ/i^2)$

n = Taille minimale de l'échantillon

P = prévalence = (t/T)

T = total des consultations externes au niveau du CSRéf durant la période d'enquête (Janvier à décembre 2017) = 115385

t = total de consultation au niveau du service de pédiatrie durant la même période = 32308

$P = (t/T) = 32308/115385 = 0,28$

$P+Q = 1, Q = 1-P = 1-0,28 = 0,72$

$Q = 0,72$

$I = \text{Précision} = 0,05$

$Z = \text{constante } 1,96 \approx 2$

On aura $n = 4(0,28 \times 0,72) / 0,0025 = 325$

La taille minimale $n = 325$ enfants âgés de 1 mois à 14 ans

2.5 CRITERES D'INCLUSION

Ont été inclus les enfants âgés de 1 mois à 14 ans des deux sexes, référés ou non, vus pour la première fois en consultation au service de pédiatrie du CSRéf CV du district Bamako.

L'acceptation des parents a été aussi un critère.

2.6 CRITERES DE NON INCLUSION

- Refus des parents de répondre aux questions

2.7 OUTILS DE COLLECTE DE DONNEES

Les données ont été recueillies à partir d'un questionnaire individuel préalablement élaboré contenant différentes rubriques.

2-8 Saisie et Traitement des données

Les données ont été enregistrées et analysées dans le logiciel IBM SPSS Statistics 23. Les résultats ont été transférés et interprétés sur Microsoft office Word 2007. Les résultats ont été exprimés en pourcentage et l'analyse statistique a été faite par le test statistique Chi 2 et le test exact de Fisher avec un seuil de signification de $p < 0,05$.

2-9 Considération éthiques

Un consentement éclairé a été recherché et obtenu auprès des parents ou des accompagnants des patients avant de remplir chaque fiche d'enquête. Les bonnes pratiques médicales ont été respectées. Les parents des patients ont été rassurés sur la confidentialité de la diffusion des résultats.

2-10 Diagramme de gantt

Tableau II : diagramme de gantt

| PERIODE | OCTOBRE 2016 | DECEMBR E 2016 | JANVIER 2017 | JANVIE R 2018 | MARS 2018 | SEPTEMBR E 2018 | JANVIER 2019 |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|------------------|--------------|--------------------|-----------------|
| ACTIVITES | NOVEMBR E 2016 | | DECEMBR E 2017 | FEVRIE R 2018 | AOUT 2018 | DECEMBR E 2018 | |
| RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE | XX | | | | | | |
| ELABORATION DU PROTOCOLE | | XX | | | | | |
| COLLECTE DES DONNEES | | | XX | | | | |
| SAISIE ET ANALYSE DES DONNEES | | | | XX | | | |
| CORRECTION DU CODIRECTEUR ET DIRECTEUR | | | | | XX | | |
| CORRECTION DES MEMBRES DU JURY | | | | | | XX | |
| SOUTENANCE | | | | | | | XX |

III. RESULTATS

I) Résultats Descriptifs

A) Caractéristiques sociodémographiques

Tableau III: répartition en fonction de la tranche d'âge

| Tranche d'âge | Fréquence | Pourcentage |
|----------------------|------------------|--------------------|
| 1 mois - 2 ans | 190 | 58,5 |
| 3 - 5 ans | 70 | 21,5 |
| 6 - 14 ans | 65 | 20,0 |
| Total | 325 | 100 |

Les enfants de 1 mois à 2ans ont représenté 58,5%.

Tableau IV: répartition en fonction de l'ethnie

| Ethnie | Fréquence | Pourcentage |
|---------------|------------------|--------------------|
| Bambara | 99 | 30,5 |
| Peulh | 62 | 19,1 |
| Sonrhai | 15 | 4,6 |
| Malinké | 20 | 6,2 |
| Dogon | 16 | 4,9 |
| BO | 3 | ,9 |
| Senoufo | 10 | 3,1 |
| Bozo | 6 | 1,8 |
| Soninké | 65 | 10,8 |
| Mianka | 12 | 3,7 |
| Autres | 17 | 5,2 |
| Total | 325 | 100 |

Autres : Sarakolé, Samogo, Bafing, Touareg, Arabe et Etranger.

L'ethnie Bambara a représenté 30,5% des cas.

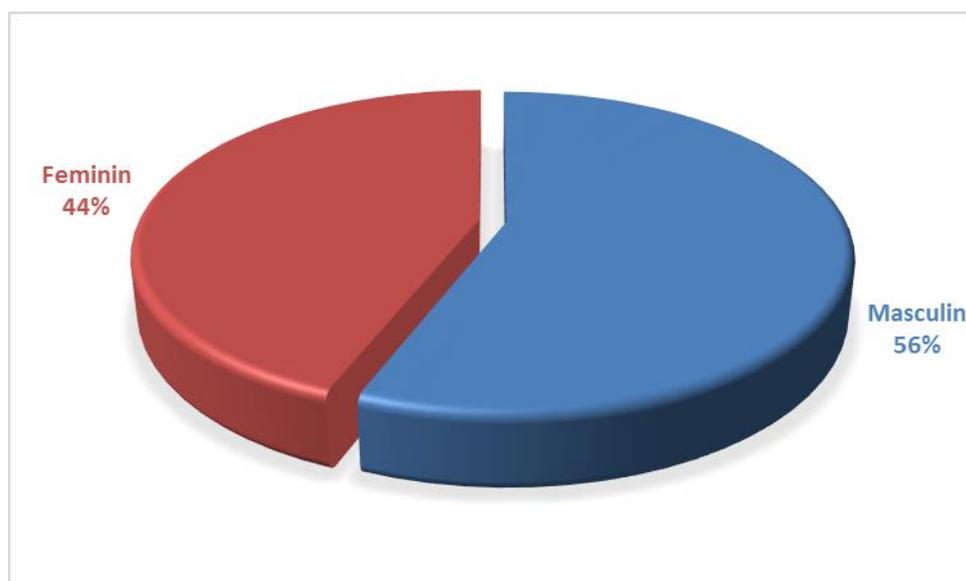


Figure2 : répartition en fonction du sexe

Le sexe masculin a représenté 56%.

Tableau V: répartition en fonction du rang dans la fratrie

| Rang dans la fratrie | Fréquence | Pourcentage |
|----------------------|------------|-------------|
| 1er | 106 | 32,6 |
| 2è | 84 | 25,8 |
| 3è | 54 | 16,6 |
| 4è | 41 | 12,6 |
| 5è | 24 | 7,4 |
| 6è | 10 | 3,1 |
| 7è | 3 | 0,9 |
| 8è | 2 | 0,6 |
| 9è | 1 | 0,3 |
| Total | 325 | 100 |

Les enfants premiers nés ont représenté 32,6% des cas.

Tableau VI: répartition selon la résidence

| Quarters | Fréquence | Pourcentage |
|-----------------|------------------|--------------------|
| Quartier Mali | 17 | 5,2 |
| Torokorobougou | 20 | 6,2 |
| Badalabougou | 23 | 7,1 |
| Kalanbacoura | 52 | 16,0 |
| Kalanbacoro | 32 | 9,8 |
| Baco Djicoroni | 40 | 12,3 |
| Daoudabougou | 32 | 9,8 |
| Garantibougou | 20 | 6,1 |
| Sabalibougou | 34 | 10,5 |
| Autres | 55 | 16,9 |
| Total | 325 | 100 |

Autres : Senou, Yirimadio, Attbougou, Magnambougou, Banankabougou, Kabala, Banankoro, Gouana, Niamana, Sebenicoro, Faladiè.

Les enfants résidaient majoritairement à Kalanbacoura dans 16,9% des cas.

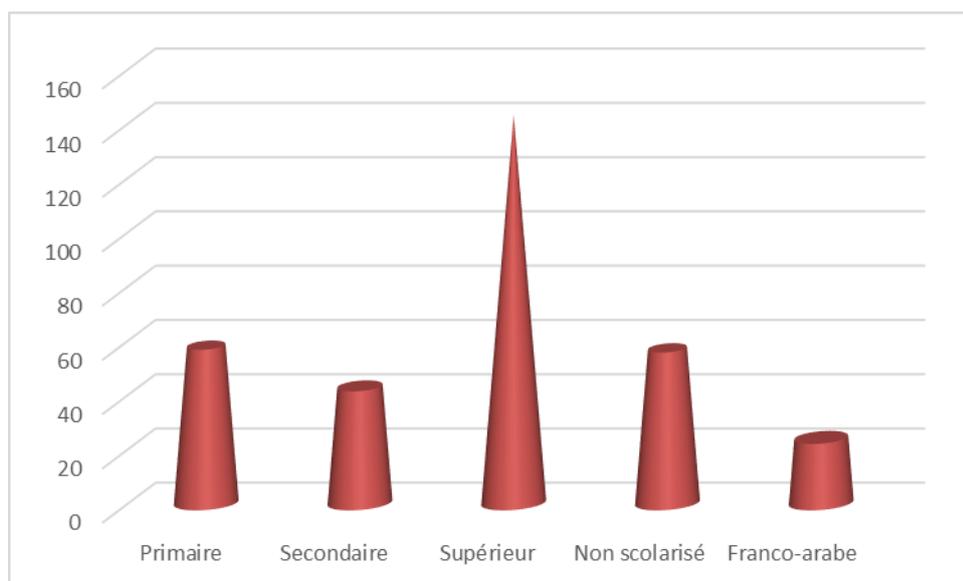


Figure 3: répartition selon le niveau d'instruction du père

Les pères avaient fait des études supérieures dans 43% des cas.

Tableau VII: répartition selon la profession du père

| Profession du père | Fréquence | Pourcentage |
|--------------------|------------|-------------|
| Fonctionnaire | 125 | 38,5 |
| Commerçant | 77 | 23,7 |
| Cultivateur | 6 | 1,8 |
| Libérale | 117 | 36,0 |
| Total | 325 | 100 |

Les pères étaient des fonctionnaires dans 38,5% des cas.

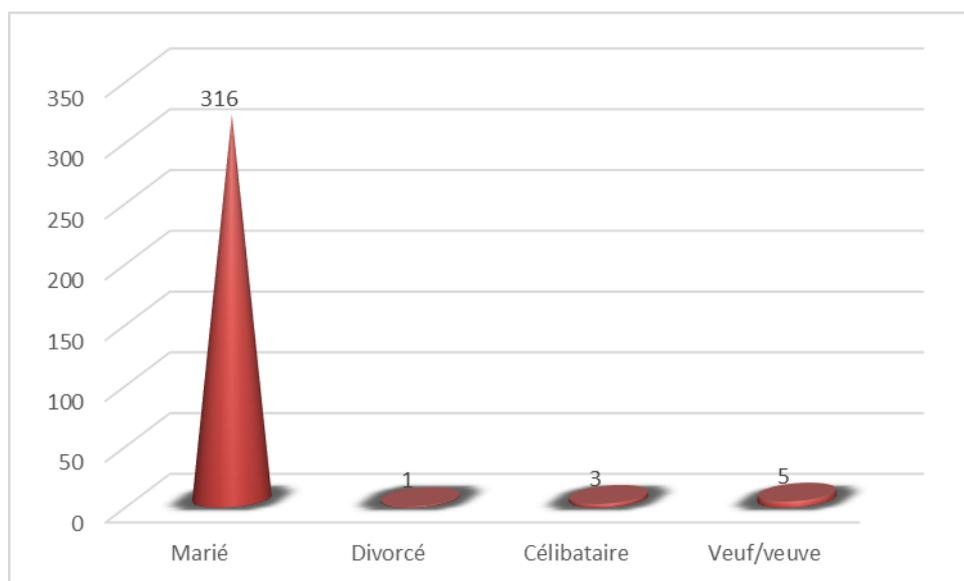


Figure 4 : répartition en fonction du statut matrimonial

Les parents étaient mariés dans plus de 97% des cas.

Tableau VIII : répartition selon l'âge de la mère

| Tranche d'âge de la mère | Fréquence | Pourcentage |
|--------------------------|------------|-------------|
| 16 -19 ans | 19 | 5,8 |
| 20 -35 ans | 258 | 79,4 |
| 36 - 45 ans | 41 | 12,6 |
| > 45 ans | 7 | 2,2 |
| Total | 325 | 100 |

La tranche d'âge des mères était entre 20 et 35ans dans 79,4%.

Tableau IX: répartition selon la profession de la mère

| Profession de la mère | Fréquence | Pourcentage |
|------------------------------|------------------|--------------------|
| Fonctionnaire | 57 | 17,5 |
| Ménagère | 181 | 55,4 |
| Vendeuse | 44 | 13,5 |
| Etudiante / Elève | 28 | 8,6 |
| Coiffeuse / Coutrière | 16 | 4,9 |
| Tailleur | | |
| Total | 325 | 100 |

Les mères étaient des ménagères dans 55,4% des cas.

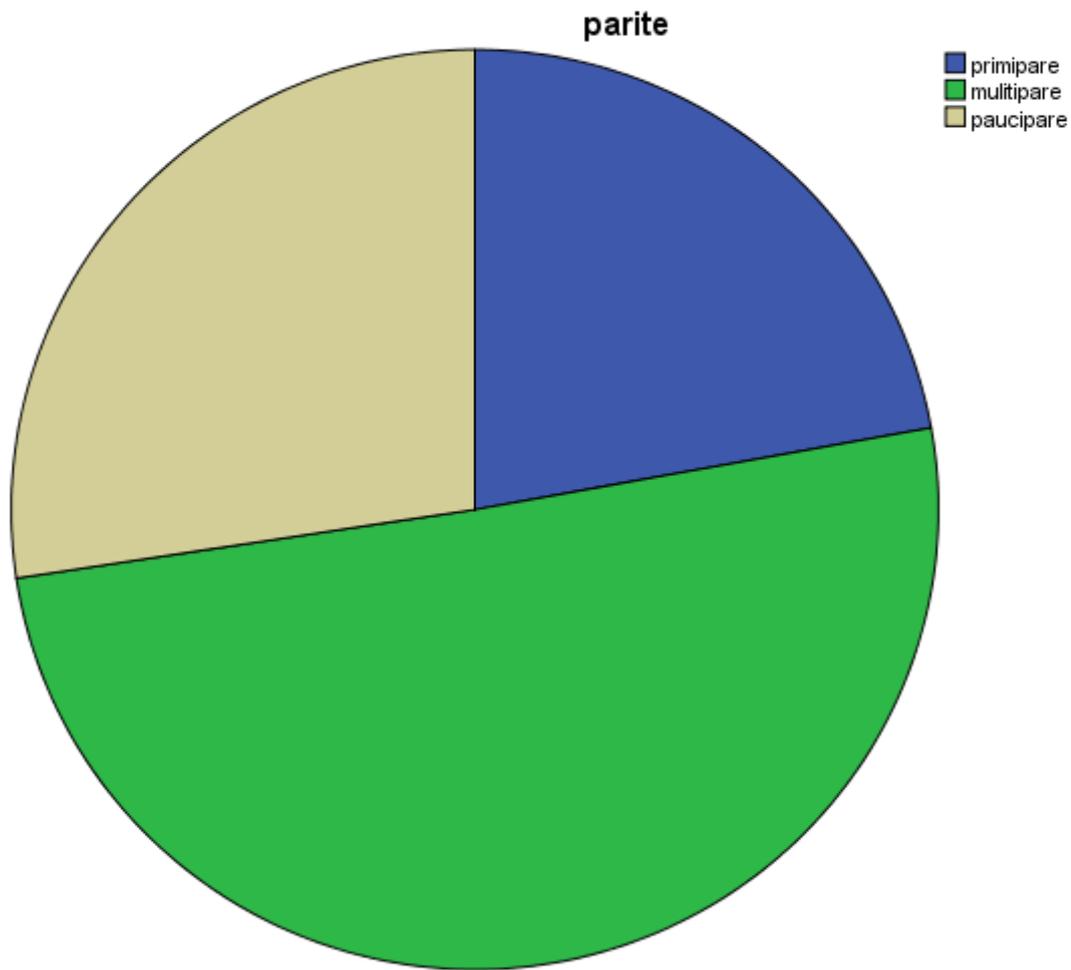


Figure 5 : répartition en fonction de la parité

Les mères étaient multipares dans 55,5% des cas .

Tableau X : répartition en fonction du niveau d’instruction de la mère

| Niveau d’instruction de la mère | Fréquence | Pourcentage |
|---------------------------------|------------|-------------|
| Primaire | 66 | 20,3 |
| Secondaire | 73 | 22,5 |
| Supérieur | 72 | 22,2 |
| Néant | 98 | 30,2 |
| Franco-arabe | 16 | 4,9 |
| Total | 325 | 100 |

Les mères n’étaient pas scolarisées dans 30,2% des cas.

Tableau XI : répartition en fonction du décideur de la consultation

| Décideur | Fréquence | Pourcentage |
|--------------------------|------------|-------------|
| Mère | 91 | 28,0 |
| Père | 208 | 64,0 |
| Grand parent | 12 | 3,7 |
| Oncle | 6 | 1,8 |
| Tante | 5 | 1,5 |
| Cousin/frère/sœur/voisin | 3 | ,9 |
| Total | 325 | 100 |

Les pères ont décidé de la consultation dans 64% des cas.

B) Caractéristiques cliniques

Tableau XII : répartition en fonction de la présence du carnet vaccinal

| Carnet | Fréquence | Pourcentage |
|----------------|------------------|--------------------|
| Carnet vu | 15 | 4,6 |
| Carnet non vu | 293 | 90,2 |
| Non renseignée | 17 | 5,2 |
| Total | 325 | 100 |

Les parents n'étaient pas en possession du carnet vaccinal dans 90,2% des cas.

Tableau XIII : répartition en fonction de l'état vaccinal

| Vaccination | Fréquence | Pourcentage |
|--------------------|------------------|--------------------|
| Oui | 304 | 93,5 |
| Non | 21 | 6,5 |
| Total | 325 | 100 |

Les enfants avaient leur vaccination à jour dans 93,5% selon les parents.

Tableau XIV : répartition en fonction du délai de consultation

| Délai de consultation | Fréquence | Pourcentage |
|-----------------------|------------|-------------|
| J0 | 44 | 13,5 |
| J1 - J3 | 158 | 48,6 |
| J4 - J7 | 77 | 23,7 |
| J8 - J14 | 36 | 11,1 |
| >= J15 | 10 | 3,1 |
| Total | 325 | 100 |

Le délai de consultation était le plus souvent un à trois jours avec 48,6%.

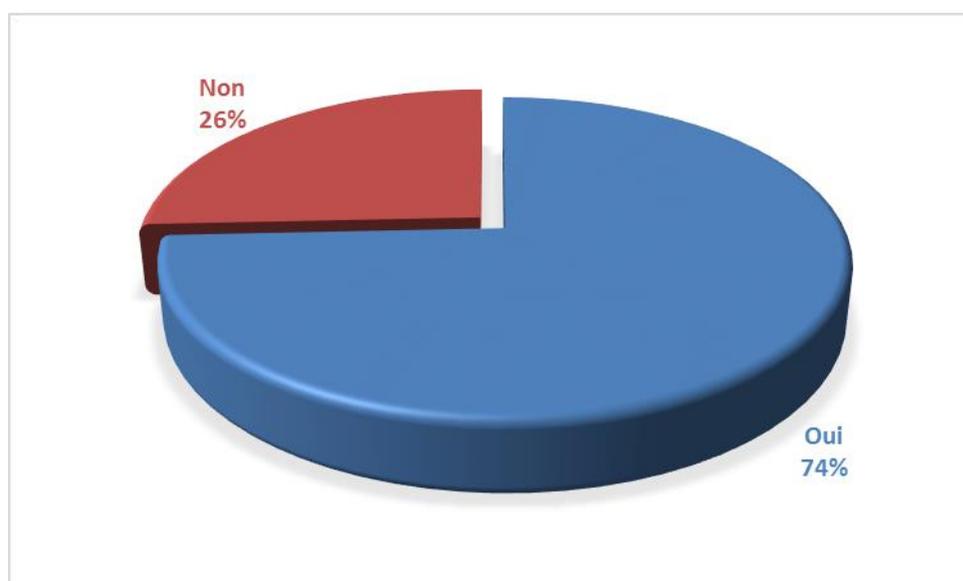


Figure 6: répartition selon le traitement reçu avant la consultation

Les enfants avaient reçu un traitement avant la consultation dans 74%.

Tableau XV : répartition selon la nature de traitement reçu avant la consultation

| Type de traitement | Fréquence | Pourcentage |
|--------------------|------------|-------------|
| Automédication | 174 | 73,4 |
| Médical | 46 | 19,4 |
| Tradithérapie | 17 | 7,2 |
| Total | 237 | 100 |

Dans 73,4% des cas, le traitement reçu avant la consultation était une automédication.

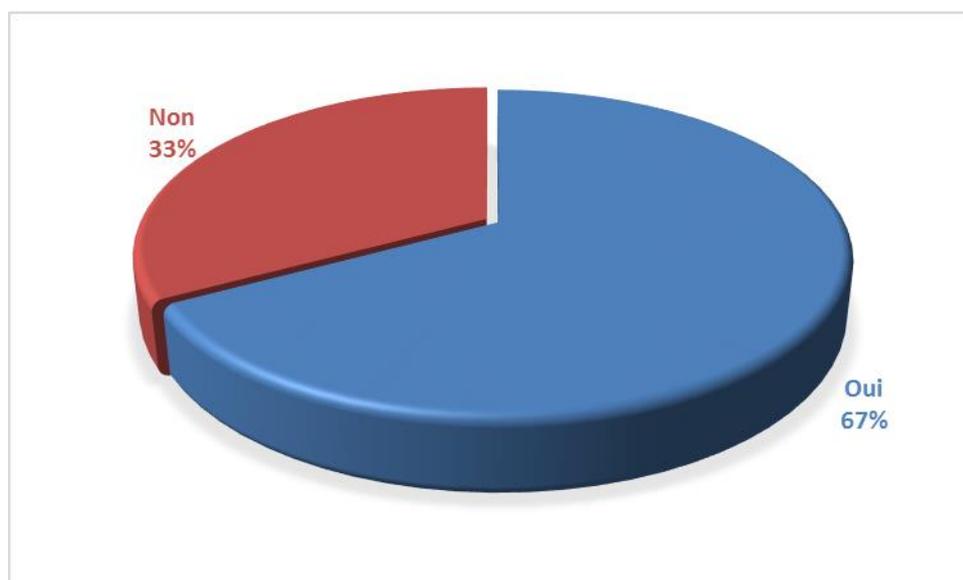


Figure 7 : répartition en fonction de la réalisation d'examen complémentaires

Un examen complémentaire a été demandé dans 67% des cas.

Tableau XVI : répartition en fonction des examens complémentaires réalisés

| Bilans réalisés | Fréquence | Pourcentage |
|---------------------------------|------------------|--------------------|
| GE | 74 | 22,8 |
| TDR palu | 116 | 35,7 |
| Echographie abdominal | 6 | 1,8 |
| Radiographie du thorax | 16 | 4,9 |
| NFS | 3 | 0,9 |
| Bandelettes urinaires | 1 | 0,3 |
| EEG | 1 | 0,3 |
| Electrophorèse de l'hémoglobine | 1 | 0,3 |
| Total | 218 | 100 |

Le TDR palu a été l'examen complémentaire le plus demandé avec 35,7%.

Tableau XVII : répartition en fonction du motif de consultation

| Motifs de consultation | Fréquence | Pourcentage |
|-------------------------------|------------------|--------------------|
| Toux – rhume | 92 | 28,3 |
| Diarrhée | 8 | 2,5 |
| Fièvre | 129 | 39,7 |
| Dyspnée | 5 | 1,5 |
| Anorexie | 5 | 1,5 |
| Céphalée | 4 | 1,2 |
| Vomissement | 26 | 8,0 |
| Cris plaintifs | 5 | 1,5 |
| Eruption cutanée | 3 | 0,9 |
| Douleur abdominale | 15 | 4,6 |
| Autres | 33 | 10,2 |
| Total | 325 | 100 |

Autres : Constipation, amaigrissement, dysphagie, traumatisme, otalgie, vertiges, AVP, corps étranger.

Le motif de consultation a été le plus souvent la fièvre avec 39,7%.

Tableau XVIII : répartition en fonction du diagnostic retenu

| Diagnostic | Fréquence | Pourcentage |
|---------------------|------------------|--------------------|
| Paludisme | 98 | 30,2 |
| Rhinopharyngite | 59 | 18,2 |
| Bronchite | 40 | 12,3 |
| Dermatose | 7 | 2,2 |
| Gastroenterite | 28 | 8,6 |
| Bronchopneumopathie | 19 | 5,8 |
| Rhinite | 25 | 7,7 |
| Colique | 6 | 1,8 |
| Méningite | 1 | 0,3 |
| Autres | 42 | 12,9 |
| Total | 325 | 100 |

Le paludisme a été le plus retenu avec 30,2% des cas.

Tableau XIX : répartition en fonction de la décision médicale

| Décision médicale | Fréquence | Pourcentage |
|--------------------------|------------------|--------------------|
| Ambulatoire | 309 | 95,1 |
| Hospitalisation | 9 | 2,8 |
| Référé | 7 | 2,2 |
| Total | 325 | 100 |

Les enfants ont été traités en ambulatoire dans 95,1% des cas.

B) Résultats analytiques

Tableau XX : Répartition des patients selon les motifs de consultation et la décision médicale

| | | Motifs de consultation | | | | | | | |
|--------------------------|---------------------|------------------------|----------|--------|---------|----------|----------|-------------|-------------------|
| | | Toux- rhume | Diarrhée | Fièvre | Dyspnée | Anorexie | céphalée | Vomissement | cris plaintifs |
| décision médical e | Ambulatoire | 91 | 8 | 121 | 4 | 4 | 4 | 24 | 4 |
| | Hospitalisatio n | 1 | 0 | 4 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 |
| | Référé | 0 | 0 | 4 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Total | | 92 | 8 | 129 | 5 | 5 | 4 | 26 | 5 |

F =26,55

ddl=20

P=0,102

Tableau XXI: répartition des patients selon le diagnostic retenu en fonction du motif de consultation

| | | diagnostics | | | | | | |
|--------|--|-------------|-----------------|-----------|------------|----------------|---------------------|---------|
| | | paludisme | Rhinopharyngite | Bronchite | Dermatoses | Gastroentérite | bronchopneumopathie | rhinite |
| Motifs | Toux-rhume | 4 | 30 | 28 | 1 | 0 | 11 | 17 |
| | Diarrhée | 1 | 1 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 |
| | Fièvre | 69 | 19 | 10 | 1 | 10 | 5 | 8 |
| | Dyspnée | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 | 0 |
| | Anorexie | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Céphalée | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Vomissement | 7 | 5 | 0 | 1 | 12 | 0 | 0 |
| | cris plaintifs | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| | éruption cutanée | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| | Douleur abdominale | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | constipation/amalgissement/dysphagie/traumatisme/Otalgie/vertiges/AVP/Corps étranger | 4 | 2 | 0 | 2 | 2 | 1 | 0 |
| Total | | 98 | 59 | 40 | 7 | 28 | 19 | 25 |

F=468,517 ddl=90 p=0,0000001

Il existe statistiquement un lien entre le motif de consultation et le diagnostic.

Tableau XXII : répartition des patients selon la décision médicale en fonction du décideur de la consultation

| | | Décision médicale | | | Total |
|----------|--------------------|-------------------|-----------------|--------|-------|
| | | ambulatoire | hospitalisation | référé | |
| Décideur | Mère | 88 | 3 | 1 | 92 |
| | Père | 196 | 6 | 5 | 207 |
| | Grand parent | 9 | 1 | 2 | 12 |
| | Oncle | 6 | 0 | 0 | 6 |
| | Tante | 5 | 0 | 0 | 5 |
| | cousin/frère/soeur | 3 | 0 | 0 | 3 |
| | /voisin | | | | |
| Total | | 307 | 10 | 8 | 325 |

Fisher=12,455 ddl=10 P=0,259

Il n'y a pas de lien entre le décideur de la consultation et le devenir du patient.

Tableau XXIII : répartition des patients selon la décision médicale en fonction de l'instruction de la mère

| | Décision médicale | | | Total |
|-----------------------|-------------------|-----------------|----------|------------|
| | ambulatoire | Hospitalisation | référé | |
| Instruction Primaire | 61 | 2 | 3 | 66 |
| de la mère secondaire | 71 | 2 | 0 | 73 |
| Supérieur | 72 | 0 | 0 | 72 |
| Néant | 89 | 5 | 4 | 98 |
| franco-arabe | 15 | 0 | 1 | 16 |
| Total | 308 | 9 | 8 | 325 |

Fisher=11,249

ddl=8

P=0,099

Il n'y a pas de lien statistiquement entre le niveau d'éducation de la mère et le devenir du patient

Tableau XXIV : répartition des patients selon la décision médicale en fonction du délai de consultation

| | | Décision médicale | | | Total |
|--------------|----------------------|-------------------|-----------------|--------|-------|
| | | Ambulatoire | hospitalisation | reféré | |
| Délai écoulé | J0 | 41 | 2 | 1 | 44 |
| | J1-3 | 155 | 1 | 2 | 158 |
| | j4-7 | 70 | 2 | 5 | 77 |
| | j8-14 | 34 | 2 | 0 | 36 |
| | supérieur ou égal 15 | 8 | 2 | 0 | 10 |
| Total | | 308 | 9 | 8 | 325 |

Fisher=17,15 ddl=8 P=0,09

Il n'existe pas statistiquement de lien entre le délai écoulé avant la consultation et le devenir du patient.

Tableau XXV : l’instruction de la mère par rapport au délai de consultation

| | Délai écoulé | | | | | Total |
|--------------------|--------------|------------|-----------|-----------|----------------------|------------|
| | J0 | J1-3 | j4-7 | j8-14 | supérieur ou égal 15 | |
| éducation Primaire | 8 | 35 | 15 | 8 | 0 | 66 |
| secondaire | 9 | 36 | 22 | 4 | 2 | 73 |
| Supérieur | 12 | 39 | 14 | 4 | 3 | 72 |
| Néant | 13 | 44 | 20 | 16 | 5 | 98 |
| franco-arabe | 2 | 4 | 6 | 4 | 0 | 16 |
| Total | 44 | 158 | 77 | 36 | 10 | 325 |

Fisher=22,888 ddl=16 P=0,0000001

Il existe statistiquement un lien entre le niveau d’instruction de la mère et le délai écoulé avant la consultation.

Tableau XXVI : répartition des patients selon les diagnostics retenus par rapport à la décision médicale

| | | Décision médicale | | | Total |
|------------|---------------------|-------------------|-----------------|--------|-------|
| | | ambulatoire | hospitalisation | référé | |
| Diagnosics | Paludisme | 92 | 6 | 0 | 98 |
| | Rhinopharyngite | 59 | 0 | 0 | 59 |
| | Bronchite | 40 | 0 | 0 | 40 |
| | Dermatose | 7 | 0 | 0 | 7 |
| | Gastroentérite | 27 | 1 | 0 | 28 |
| | Bronchopneumopathie | 19 | 0 | 0 | 19 |
| | Rhinite | 25 | 0 | 0 | 25 |
| | Colique | 6 | 0 | 0 | 6 |
| | Méningite | 0 | 1 | 0 | 1 |
| | Autres | 37 | 1 | 4 | 42 |
| Total | | 308 | 9 | 4 | 325 |

Fischer=31,944

ddl=8

P=0,004

Il existe statistiquement un lien entre le diagnostic retenu et le devenir du patient.

IV. Commentaires et discussions

4.1 Contraintes et limites de l'étude

Au cours de notre étude nous avons été confrontés au refus de certains parents et/ou d'accompagnants.

1.2 Les caractéristiques sociodémographiques :

a) Le malade

❖ **L'âge** : Les enfants de 1 mois à 2 ans étaient les plus représentés avec 58,5%.

Maiga.B [7] et Mohamed. B.Maiga [6] ont trouvé des résultats où les enfants âgés de 0 à 5 ans prédominaient avec respectivement 80% et 90% .

Ces résultats pourraient s'expliquer par la fragilité de cette tranche d'âge mais aussi par la relation affective et sociale que ces enfants ont avec leurs parents principalement leurs mères.

❖ **Le sexe** : le sexe masculin a été prédominant avec 56% contre 44%.

Maiga.B [7], SY.O [17], dans le service de pédiatrie de Gabriel Touré et Mohamed.B Maiga [6] dans le service de pédiatrie du CSRéf CI de Bamako ont trouvé des résultats avoisinants avec respectivement 55,2%, 57,3% et 58,2% en faveur des garçons. Cette prédominance pourrait s'expliquer par de nombreux facteurs dont les principaux sont les facteurs démographique et socioculturel.

- ❖ **Provenance** : Les enfants résidaient majoritairement à Kalanbacoura avec 16%, Bacodjicoroni avec 12,3% et Sabalibougou avec 10,5%. Un nombre important venait hors des quartiers de la commune V représentant 16,9% des enfants. La provenance majoritaire des enfants des quartiers de la commune V s'explique par le fait que la plupart des enfants souffrant dans ces quartiers sont directement amenés par leurs parents en consultation à la pédiatrie sans passer le plus souvent par leur CSCOM.
- ❖ **L'ethnie** : Les enfants étaient en majorité des Bambara avec 30,5%, des peulhs avec 19,1% et Soninkés avec 10,8%. Ce résultat pourrait refléter la composition ethnique de la commune V.
- ❖ **Le rang dans la fratrie** : 32,6% de nos enfants ont occupé le premier le rang dans leur fratrie. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que les primipares qui traversent leur expérience en tant que mère s'inquiètent vite devant le moindre signe de maladie de leur enfant donc elles consultent fréquemment.
- ❖ **L'état vaccinal** : 93,5% des enfants avaient une vaccination à jour selon leur mère ; le carnet vaccinal a été apporté par les parents à la consultation dans 9,8% des cas. Ces résultats sont supérieurs à ceux de l'EDSM-V dans lesquels 39% des enfants de 12 à 23mois entièrement vaccinés. Cette différence pourrait

s'expliquer par le fait que notre le taux des enfants vaccinés augmente d'année en année grâce aux campagnes d'information sur les avantages de la vaccination et à une forte implication des pouvoirs publics.

b) Les parents

- ❖ L'âge de la mère : les mères avaient le plus souvent entre 20 et 35ans soit 79,4%. Ce résultat est conforme à celui de l'EDSM-V qui atteste que la tranche entre 20 et 35ans représentait l'essentielle de la population féminine avec 53,6%
- ❖ Parité : 77% des mères étaient multipares
Ce résultat est similaire à celui de Mohamed.B Maïga [6] qui avait trouvé 23,4% de mamans primipares. Cette prédominance des multipares pourrait s'expliquer par l'expérience que ces mamans ont développée au fur du temps.
- ❖ Statut matrimonial : La majorité des parents étaient mariés soit 316 sur 325.
Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que le plus grand nombre des enfants vivent avec leurs deux parents ; lorsque c'est le cas ils bénéficient d'une meilleure protection donc d'un suivi médical régulier.
- ❖ Profession et niveau d'instruction de la mère : 55,4% des mères étaient des ménagères, 30,2% des mères n'étaient pas scolarisées.
Mohamed. B Maïga [6] et Maïga.B [7] ont trouvé dans le service de pédiatrie du CSRéf CI et dans le service de pédiatrie du CHU

Gabriel Touré des résultats légèrement en dessus avec respectivement 66,5% et 66,9%.

Ce résultat pourrait s'expliquer par la faible scolarisation des filles et le fait la plupart des femmes arrêtent les études après le mariage.

- ❖ Profession et niveau d'instruction du père : 38,5% des pères étaient des fonctionnaires ; la plupart des pères avaient fait des études supérieures soit 140 sur 325.

Notre résultat diffère de celui de Mohamed. B Maïga [6] qui a trouvé dans le service de pédiatrie du CSRéf CI 36,9% de pères commerçants.

Cette différence de résultats pourrait s'expliquer par les différences de zones et des années d'étude.

4.3 Motifs de consultation, prise de décision

- ❖ **Motifs de consultation** : la fièvre a été le motif de consultation le plus fréquent avec 39,7%.

Les études menées par Maïga.B [7], Mohamed .B Maïga [6] et Sissoko.S [5] ont également trouvé la fièvre comme le motif de consultation le plus fréquent avec des pourcentages toute fois supérieurs soit respectivement 64,8%, 76% et 43,1%.

Cela pourrait s'expliquer par le fait que la fièvre soit le signe le commun aux différentes pathologies infectieuses.

Prise de décision : Les pères ont décidé de la consultation dans 64% des cas.

Mohamed. B Maïga [6] avait trouvé un résultat similaire soit 59,4%.

Le fait que l'homme soit considéré comme étant le chef de famille et que la plus grande partie de la charge familiale lui revienne pourrait expliquer ce résultat.

Délai écoulé avant la consultation : Le délai écoulé avant la consultation était le plus souvent un à trois jours avec 48,6%.

Sissoko.S [5] et Mohamed B. Maïga [6] avaient trouvé des résultats légèrement supérieurs avec respectivement 52,2 % et 58,5%.

Le temps durant lequel la plupart des mères des enfants de notre étude ont eu recours à l'automédication pourrait correspondre à ce délai.

4.4 Moyens thérapeutiques

- **Traitements reçus avant la consultation** : 74% des enfants avaient reçu un traitement avant la consultation ;

Mohamed.B Maïga [6] avait trouvé un pourcentage inférieur soit 52,3% ; Sissoko.S [5] avait trouvé un résultat similaire soit 70,6%.

Dans 73,4% des cas, le traitement reçu avant la consultation était une automédication ; Mohamed.B Maïga [6] avait trouvé un pourcentage en dessous avec 61,2%.

Ces situations pourraient s'expliquer par la tendance de plus en plus grandissante des parents à se rendre directement à la pharmacie la plus proche pour se procurer des médicaments sans passer une consultation médicale.

- **Examens complémentaires** : un examen complémentaire a été demandé dans 67% des cas, le TDR était l'examen complémentaire le plus demandé avec 35,7%.

Le fait que le Mali soit un pays d'endémie du paludisme devant tout cas de fièvre les praticiens demandent une GE ou un TDR pour éliminer le paludisme pourrait expliquer ce résultat.

4.5 Diagnostics retenus : Le paludisme et les infections respiratoires étaient les pathologies les plus fréquentes avec respectivement 30,2% et 18,2% (rhinopharyngite), 12,3% (Bronchite). Ces résultats sont similaires à ceux de Mohamed.B Maïga [6] dans son étude au service de pédiatrie du CSRéf CI qui avait trouvé 46,8% pour les infections respiratoires aiguës suivies du paludisme 23,1% et de la diarrhée 11,1%. De même que Maïga.B [7] et de Sissoko.S [5] ont trouvé également par ordre décroissant les infections respiratoires aiguës, le paludisme et la diarrhée.

Par contre Sy.O [17] a trouvé dans le service de pédiatrie CHU Gabriel Touré respectivement 66,4%, 27,5% et 20,8% pour le paludisme, la méningite et les infections respiratoires.

Ceci peut être dû à la différence des périodes d'études et à la saisonnalité de certaines affections.

4.6 Modalités de prise en charge :

95,1% des enfants de notre étude étaient traités en ambulatoire, 2,8% ont été hospitalisés et 2,2% ont été référés.

Mohamed. B Maïga [6] avait trouvé au service de pédiatrie du CSRéf CI un résultat similaire avec 3,7% d'hospitalisation.

Par contre Sissoko. S [5] avait trouvé un pourcentage plus élevé avec 32,5% d'hospitalisation au service de pédiatrie du CHU Gabriel Touré.

Le fait que la majorité des parents viennent avec leurs enfants à la consultation dans les premiers jours de l'apparition des symptômes pourrait expliquer ce résultat.

V. Conclusion

Au terme de notre étude prospective et descriptive du 01 janvier 2017 au 31 décembre 2017 dans le service de pédiatrie du centre de référence de la commune V du district de Bamako et à la lumière de nos résultats, nous avons conclu que sur 325 vus en consultation :

- 56% des patients étaient des garçons.
- 93,5% des patients avaient leur de vaccination à jour et le carnet de vaccination a été amené à la consultation dans 4,6%.
- La fièvre a été le premier motif de consultation avec 39,7%
- Le paludisme a été le diagnostic le plus retenu.
- Avant la consultation, l'automédication a été le recours thérapeutique le plus utilisé avec 73,4%.
- Le TDR a été l'examen complémentaire le plus demandé avec 35,7%.

VI. Recommandations

6.1 AUX AUTORITES :

- ❖ Améliorer les conditions des centres de santé.
- ❖ Accroître la sensibilisation sur les vaccinations des enfants.
- ❖ Instaurer un service social dans tous les centres de santé.

6.2 AUX AGENTS SOCIO SANITAIRES :

- ❖ Encourager les parents des enfants suivre correctement le programme élargi de vaccination.
- ❖ Informer et former les parents sur l'utilisation de certains gestes utiles tels que l'enveloppement humide avant la consultation.
- ❖ Sensibiliser les patients contre l'automédication.

6-3 A la Population :

- ❖ Prévenir la maladie en adoptant certaines mesures d'hygiène et d'alimentation.
- ❖ Consulter les structures de santé les plus proches dès les premiers signes de la maladie.
- ❖ Arrêter l'automédication car elle peut entraîner de conséquences néfastes pour la santé.

Références bibliographiques :

- 1-Michel Hermans .Les enjeux du boom démographique du XX siècle [en ligne].Disponible sur :<<https://orbi.uliege.be>> 2013
- 2 - PR RAMBAUD. Mobilité et Mortalité infantilesB[en ligne]. Disponible sur : <<http://www.sante.ujf-grenoble.fr>> 2003
- 3 OMS . Infections respiratoires aiguës chez l'enfant : prise en charge dans les petits hôpitaux des pays en développement. 1991,78p
- 4- LA POLITIQUE SECTORIELLE DE SANTE ET DE POPULATION AU MALI : SES PREMIERS RESULTATS. [En ligne]Mali 2007, Disponible sur : HTML: <http://www.ehponline.org/malimed/2007/10b.pdf>
- 5- SISSOKO.S : Etude sur les motifs de consultation dans le service de pédiatrie de CHU GABRIEL TOURE du 01 Mars 2004 au 28 février 2005 [Thèse] université de Bamako,FMPOS, 2006 M – 180
- 6- Mohamed.B Maïga : Motifs de consultation dans le service de pédiatrie du CSRéf CI.[Thèse] Médecine, université de Bamako, FMPOS, 2009 M-110
- 7-MAIGA. B: Etude sur les références dans le service de pédiatrie de CHU GABRIEL TOURE. [Thèse] médecine, université de Bamako ,FMPOS,2003 M – 39
- 8- DECLARATION DE POLITIQUE SECTORIELLE DE SANTE ET DE POPULATION.
Bulletin de Medicus Mundi Suisse, N°69, juin 1998 [En ligne], disponible sur : <http://www.medicusmundi.ch/mms/services/bulletin/bulletin199802/kap02/07burnier.html>
- 9-Larousse. Le petit Larousse illustré . 100^e Edition.Montréal :Larousse,2004,1858
- 10-CORRARD : Moyens de lutte contre la fièvre : les bains tièdes restent-ils indiqués ? *Arch.Pédiatrie* 2002-N°9 Page 311à 315

- 11- Mayo Clinic,ATS.Toux : symptômes et traitements [en ligne] .Disponible sur :<<https://www.creapharma.ch/toux>> 2018
- 12- Dr Laure, LAMARE . Vomissements .Paris,Association Institut La Conférence Hippocrate, 2005 ,p263,
- 13- Ibrahim.Marroun, Thomas. Sene , . Dictionnaire médical de poche.3è Edition :Elsevier Masson, 2018 , 714 p
- 14- Dr Stéphan Auvin. Douleurs abdominales aiguës chez l'enfant Paris,Association Institut La Conférence Hippocrate, 2005 ,p23
- 15- COULIBALY. SM : Morbidité et Mortalité dans le service de Pédiatrie CHU GABRIEL TOURE 1999 – 2000 [Thèse] Médecine université de Bamako ,FMPOS, 2001 M – 124
- 16- DIRECTION NATIONALE DE LA STATISTIQUE ET DE L'INFORMATION DNSI Annuaire statistique du district de Bamako, 2004. Date de publication novembre 2005
- 17- SY.O . Morbidité et Mortalité dans le service de pédiatrie B de CHU GABRIEL TOURE. [Thèse] médecine:université de Bamako FMPOS, 2003 M – 27
- 18- WHO. Management of the young child with an acute respiratory infection. The WHO, ACT International, Atlanta, Georgia, USA, 1991
- 19- WHO/HTM /GMP, 2008 prises en charge du paludisme dans les structures sanitaires : Manuel de formation.
- 20-OMS, OMM, PNUD Changement climatique et santé humaine - Risques et mesures à prendre. Organisation mondiale de la Santé. ISBN 92 4 259081 9 (Classification NLM: WA 30) Organisation mondiale de la Santé 2004
- 21-World Health Organization. World Health Report 2003 – Shaping the Future. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2003.
- 22- MARIKO.S : Qualité de la prise en charge des six premières pathologies, niveau de satisfaction des parents. [Thèse] Médecine, université de Bamako,FMPOS, 2003M – 63

23- Youssouf Fofana et al. Profil épidémio-clinique des dermatoses chez les enfants vus en consultation dermatologique dans le service de dermatologie du centre national d'appui à la lutte contre la maladie à Bamako. [En ligne].

Disponible sur < [https : // www. Ncbi.nlm.nih.gov/article](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/article)>,25p, consulté le 20/12/17

24- JEAN SANNON . médecin du monde 44, Rue Vautier-1050 Bruxelles.

Malnutrition protéino-énergétique.[En ligne]. Disponible sur :< [Www. Medecindumonde.be](http://Www.Medecindumonde.be)> 2017

25-E. Faure, Dr Labreze.La meningite .[En ligne]. Disponible sur :

<www.caducee.net/meningite> ,consulté le10/03/2017

VII- ANNEXES

FICHE D'ENQUETE : Les motifs de consultations chez les enfants de 1mois à 14 ans au service de pédiatrie de la commune V de Bamako.

Identité de l'enfant :

I- Age en mois : 1-1mois à 2 ans 2-3ans à 5ans 3-6à14ans

II-Sexe : 1- Masculin 2- Féminin

III-Ethnie : 1-Bamabara 2-Peulh 3-sonrhäï 4-Malinké 5-Dogon 6-B0

7-Senoufo ; 8-Bozo ; 9-sarakolé 10-Mianka 11- Autres à préciser.....

IV-Rang dans la fratrie : 1-1^{er} 2-2^e 3-3^e 4-4^e 5-5^e 6-6^e 7-7^e 8-8^e 9-9^e

Identité des parents :

V-Lieu de résidence : 1-Quartier Mali 2-Torokorobougou 3-Badalabougou 4-Badalabougou 5-Kalambacoura 6-Kalambacoro 7-Bacodjicoroni 8-Daoudabougou 9-Garantibougou 10-Sabalibougou 11-Autres à préciser.....

PERE :

VI-Tel :

VII- Niveau d'instruction : 1- Primaire 2-Secondaire 3-Supérieur
4-Néant 5- Autres

VIII-Statut professionnel : 1- Fonctionnaire 2-Commerçant 3-Chauffeur 4-Ouvrier 5-Cultivateur 6-Enseignant 7-Autres à préciser.....

IX-Statut matrimonial : 1- Marié 2-Célibataire 3-Divorcé 4-Veuf

MERE :

X-Age 1-16-19ans 2-20-35 ans 3-36-45 ans 4- Supérieur à 45 ans

XI-Statut professionnel : 1-Fonctionnaire 2-Vendeuse 3- Femme au foyer 4-Aide familial 5- Autres à préciser.....

XII-Statut matrimonial : 1- Marié 2-Célibataire 3-Divorcée 4- Veuve

XIII-Parité : 1- Primipare 2- Multipare 3-Paucipare

XIV-Niveau d'étude : 1-Primaire 2-Secondaire 3-Supérieure
4-Néant 5- Autres à préciser.....

XV-Personne ayant décidé de la consultation : 1-Mère 2-Père 3-Grand parent
4-Oncle 5- Tante 6-Autres à préciser.....

XVI- Délai écoulé avant la consultation : -1 0 j - 2 1-3j -3 4-7 j -4 8-14 j -5
≥15j

XVII-Traitement reçu avant la consultation ? 1-Oui 2-Non

XVIII- Type de traitement reçu : 1- Automédication 2-Médical 3-
Tradithérapie

Statut vaccinal de l'enfant :

XIX-Vaccination à jour : 1-Oui , préciser 1-1 carnet vu 1-2 carnet non vu
2-Non

Examen clinique :

XX-Motif de consultation : 1-Toux-Rhume 2-Diarrhée 3-Fièvre 4-
Dyspnée 5-Anorexie 6-céphalée 7-Vomissement 8-Cris plaintifs 9-
Eruption cutanée 10-Douleur abdominale 11-Ballonement 12-constipation
-14 Autres à préciser.....

XXI-Examen complémentaire demandé ? 1-Oui 2-Non

Si oui, préciser : 1- GE 2-NFS 3- Echo 4-Radiographie

XXII- Diagnostic retenu : 1-Paludisme 2-Rhinopharyngite 3-Bronchite
4-Dermatoses 5-Gastroentérite 6-Bronchopneumopathie 7-Rhinite 8-Colite
8-Méningite 9- Autres à préciser.....

XXIII-Devenir immédiat : 1-Ambulatoire 2-Hospitalisation 3- Référé

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : Traoré

Prénom : Antoine Marie

Titre de la thèse : Motifs de consultation dans le service de pédiatrie au centre de santé de référence de la commune v du district de Bamako

Année universitaire : 2016-2017

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : MALI

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie.

Secteur d'intérêt : Santé Publique, Pédiatrie

Résumé :

Notre étude a été transversale, prospective et descriptive ; elle s'est déroulée du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2017.

Elle a porté sur 325 patients âgés de 1 mois à 14 ans vus en consultation externe.

L'objectif principal était d'étudier les motifs de consultation dans le service de Pédiatrie du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

Il ressort de cette étude que :

-les patients ont été majoritairement du sexe masculin avec 56%

-les enfants de 1mois à 2ans ont représenté 58,5%

- La fièvre a été le premier motif de consultation avec 39,7%

Les enfants avaient leur vaccination à jour dans 93,5%.

- L'automédication a été le premier recours thérapeutique avant la consultation avec 73,4%.

- Le paludisme a été le premier diagnostic retenu avec 30,2%.

-les patients ont été traités en ambulatoire dans 95,1%.

Mots clés : Pyramide sanitaire, Motifs de consultation, Pédiatrie, Santé publique

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 leur père.

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 !