

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

UN peuple - Un But - Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



U.S.T.T-B

FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



ANNEE UNIVERSITAIRE 2021-2022

N°

Thèse

MOTIFS D'HOSPITALISATIONS DES ENFANTS DANS UNE STRUCTURE DE PREMIERE REFERENCE : CAS DE LA PEDIATRIE DU CSRéf DE LA COMMUNE

Présentée et soutenue publiquement le 16 /06/ 2022 devant le jury de la Faculté de Médecine et Odontostomatologie.

Par : M. CAMARA Youssouf

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat)

JURY

Président : Pr Boubacar TOGO

Membre : Dr Léonie Fatoumata François DIAKITE

Co-directeur: Dr BERTHE Diénéba SACKO

Directeur : Pr Abdoul Aziz DIAKITE

Dédicace et remerciement

Dédicace

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 Bourou CAMARA

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 mes mères NAKANY CISSE et OUMOU DIAKITE

Chères mamans les mots m'ont toujours manqué pour exprimer tout l'amour que j'ai pour vous. Votre valeur humaine, Vos simplicités, vos docilités, votre amour pour le prochain m'ont toujours inspiré. Merci pour les efforts et les sacrifices consentis pour notre éducation. Puisse Dieu le tout puissant vous accorder une longue vie pleine de santé.

A mon épouse Mme CAMARA Adiaratou SACKO

Je suis convaincu que des femmes comme toi sont rares de nos jours, merci pour tout le soutien apporté à la réalisation de ce travail. Je remercie le ciel de t'avoir mise sur mon chemin. Qu'ALLAH réalise nos vœux

A mon oncle Modibo Diakité

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 mon Tonton : feu Gassiré Camara

Toi qui n'a jamais su faire la différence entre tes enfants et ceux des autres par ce que pour toi tous les enfants étaient les tiens ; dommage que tu ne sois pas là, pour partager ces moments de joie, qui anime toute la famille ce jour. J'aurais tant voulu que tu sois parmi nous en ce jour, si spécial voire important de ma vie, mais l'Eternel en a décidé autrement, comme on le dit : »L'homme propose, Dieu dispose ». Je retiendrais toujours de toi, un père courageux, sage, respectueux et respectable admiré de tous ceux qui t'ont connu, ayant sans cesse le souci, du bien-être de tous. Nous prions le Bon Dieu afin qu'il accepte ton âme dans son paradis éternel ; Amen.

A mes oncles :

Aboubacar Diakité, Madou Diakité, Mansa dit Fafa Diakité, Bourama Diakité, Mamadi Keita

Chers oncles je ne saurais vous remercier assez pour tout ce 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 mes tantes :

Aminata Samaké, Diomba Cissé, Badialo Traoré, Nana Camara, Founèba Diakité, Narén Coulibaly, Afi Dembélé, Couraba Diakité

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 Djénéba Sangaré.

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'accorde une longue vie dans la santé.

A mes frères et sœurs

Merci pour vos encouragements, vos conseils et vos soutiens. Puisse DIEU le tout puissant renforcer l'amour qui nous lie. Ce travail est aussi le vôtre. Serrons-nous les coudes, inch Allah tout ira mieux ; que nos liens fraternels se resserrent d'avantage ! Bon courage et bonne continuation à vous tous.

A tous mes cousins et cousines : des familles Camara, Cissé, Diakite .

Que l'esprit d'unité qui règne entre nous se maintienne pour toujours !

A tous mes neveux et nièces Je ne citerais pas de nom au risque d'en oublier.

Comptez sur mon soutien et mes conseils

A Dr Mamadou Traoré

Votre collaboration a été d'un intérêt particulier pour nous en tant que codirecteur dévoué mais aussi dans la qualité des conseils donnés. Vous nous avez assisté aussi bien de près que de loin. Soyez rassurer que nous préservions cet esprit d'équipe que vous avez su inculquer en nous. Veuillez accepter ici notre profonde reconnaissance et nos sincères remerciements.

Aux Dr Sacko Diènèba Berthé, Maimouna Kanté, Sidibé Korotoumou Bamba, Issiaka Koné, Maimouna Haidara, Ya Traoré, Oumar Sidibé, Touré Amadou, Samaké Cheick, Rosalie Diassana, Djourté, Laari, Sagara Ismael, Sylla Hamed, Dissa Labassou, Niambélé Abdoulaye... Vos conseils, vos critiques ont été un apport précieux dans la réalisation de ce travail. Merci très infiniment

A mes collègues et camarades : Dramane Koné, Demba Coulibaly, Kadiatou Ba, Sékou Soukouna, Céline Farota, Elly A Togo, Founè M M Kamaté, Fanta O Konipo, Mariam Koné, Chian Kanté, Bassirou Coulibaly, Souleymane

Kourekama,Ousmane Samake,Fatima Dicko, Souleymane Dicko, Fatoumata O Samake, Oumou Keita, Djénèba Coulibaly.....Ça a été un plaisir de travailler avec vous. Merci pour vos soutiens et vos contributions. Ce travail est le vôtre.

A tout le personnel du service de pédiatrie du CSREF CV.

A tout le personnel du Laboratoire du CSREF CV.

A tout le personnel du service de Médecine du CSREF CV.

A tout le personnel du service de la gynécologie du CSREF CV.

A mes amis : Dr Moumouni Guindo,Sangaré Yaya,Tangara Bakary,Fomba Adama.

Hommage des membres du jury

À notre Maître et Président du jury:

Professeur Boubacar TOGO

- ❖ **Professeur titulaire en pédiatrie à la faculté de médecine et d'Odontostomatologie.**
- ❖ **Pédiatre oncologue**
- ❖ **Chef du département de pédiatrie du CHU Gabriel TOURE**
- ❖ **Chef de l'unité oncologie pédiatrique**
- ❖ **Membre de l'union internationale contre le cancer (UICC)**
- ❖ **Membre du GFAOP**

C'est un grand honneur et un réel plaisir pour nous que vous ayez accepté de présider ce jury de thèse malgré vos multiples. Votre esprit méthodique, vos immenses qualités de pédagogue, votre rigueur scientifique font de vous un maître respecté et admiré de tous. Nous vous prions d'accepter ici cher maître, l'expression de nos sincères remerciements. Puisse Le Tout Puissant vous accorder une longue et heureuse vie.

À notre Maître et Directeur de thèse :

Professeur Abdoul Aziz DIAKITE

- ❖ **Maitre de conférences agrégé à la FMOS**
- ❖ **Chef de service de la pédiatrie générale du CHU-GT**
- ❖ **Responsable de prise en charge de la drépanocytose à la pédiatrie**
- ❖ **Spécialiste en hématologie pédiatrique**
- ❖ **Diplômé en surveillance épidémiologique des maladies infectieuses et tropicales**

Distingué Maître,

Cher Maitre, votre bonne compréhension et le respect dont vous avez su faire preuve, à notre égard nous a séduit tout au long de notre formation.

Veillez accepter toute notre gratitude pour avoir dirigé ce mémoire. Votre sérieux dans le travail, votre professionnalisme, votre disponibilité et votre compétence font de vous un pédiatre exemplaire.

Que le bon Dieu guide vos pas

À notre Maître et Co-directrice de thèse :

Dr Berthé Diénéba Sacko

- ❖ **Spécialiste en pédiatrie ;**
- ❖ **Praticienne hospitalière dans l'unité de néonatalogie au CSRéf CV**
- ❖ **Chargée de recherche en pédiatrie**

Cher maître,

Nous vous remercions pour la confiance que vous nous avez accordée, confiance qui a toujours été une source de motivation.

Vos qualités humaines, votre compétence, votre rigueur scientifique et votre amour pour le travail bien fait, font de vous un maître exemplaire pour nous tous.

En espérant être à la hauteur de la confiance que vous avez placée en nous, soyez assuré de notre grande admiration et de notre profond respect.

Puisse l'éternel vous accorder une longue vie et une bonne santé pour toujours guider nos pas.

A notre Maître et membre du jury :

Dr Léonie Fatoumata François DIAKITE

- ❖ **Maître assistante à la FMOS**
- ❖ **Médecin Pédiatre**
- ❖ **Praticienne hospitalière au Service de Néonatalogie du Département de Pédiatrie du CHU GT**
- ❖ **Membre de l'AMAPED**

Cher Maître,

Nous avons admiré votre disponibilité constante, votre rigueur scientifique et vos qualités sociales. Votre sens du partage, votre esprit d'organisation et surtout votre modestie font de vous un modèle. Soyez assurée de notre estime et de notre profond respect.

LISTE DES ABREVIATIONS

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

EDSM-V : Cinquième Enquête Démographique et de Santé au Mali

OMS : Organisation mondiale de la santé

EEG : Electro-encéphalogramme

CRP : C-Réactive protéine

NFS : Numération Formule Sanguine

ASACO : Association de Santé Communautaire

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

PMA : Paquet Minimum d'Activités

CVD: Center for Vaccine Development

URENI : Unité de Récupération et d'éducation Nutritionnelle Intensive

EPU : Enseignement postuniversitaire

GE : Goutte Epaisse

TDR : Test de Diagnostic Rapide

CSREF : Centre de Santé de Référence

CHU: Centre Hospitalier Universitaire

ASA: American Society of Anesthesiologists

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

LCR : Liquide Céphalo- Rachidien

IMCM : Institut Malien de Conseil en Management

ORL : Oto Rhino Laryngologie

SARM : *Staphylocoques aureus* résistant à la methicilline

PEV : Programme élargi de la vaccination

IRA : Infection respiratoire aigue

VAS : Voie aérienne supérieure

VRB : Voie respiratoire basse

ECBU : Examen cytologique et bactériologique de l'urine

BGN : Bacille à gram négative

TP : Taux prothrombine

TCA : Temps de céphaline active

GFAOP : Groupe Franco-Afrique d'Oncologie Pédiatrique

UICC : Union Internationale Contre le Cancer

TABLEAUX DES MATIERES

Table des matières

I/ INTRODUCTION :	1
II- OBJECTIFS :	3
➤ Objectif Général:	4
➤ Objectifs spécifiques:	4
III. GENERALITE	5
A-DEFINITION :	6
B - LES PRINCIPAUX MOTIFS D'HOSPITALISATION EN PEDIATRIE :	6
1-MALADIES DIARRHEIQUES : [11]	6
1-1. Définition	6
1-2. Epidémiologie	7
1-3. Transmission	7
1-4. Déshydratation :	7
1-5. Prévention	8
2. LES INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUËS :	8
2-1. Définition :	8
2-2. Epidémiologie :	8
2-3. Transmission	9
2-4. Diagnostic	9
2-5. TYPES IRA	11
❖ Les infections des voies aériennes supérieures (VAS)	11
❖ Infections des voies respiratoires basses (VRB)	11
2-5-1. INFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES BASSES (VRB)	11
PNEUMONIES	11
• Examens complémentaires	11
a- BRONCHIOLITE	12
○ Germes	12
○ Signes:	12
○ Examens complémentaires	12
b- BRONCHITE OU TRACHEO-BRONCHITE AIGUË	13
➤ Germes	13
➤ Signes	13
2-6. Prévention des IRA chez l'enfant	13

3-LA MENINGITE :	14
3-1-Définition :	14
3-2-Epidémiologie :	14
3-3. Signes 16	
3-3.1- Signes cliniques	16
3-3.2- Signes paracliniques :	17
3-4-Diagnostic.....	18
4-Le Paludisme :	18
4-1-Définition :	18
4-2-Épidémiologie :	18
4-3-Diagnostic :	19
✓ Les critères de gravité du paludisme selon l’OMS :	21
IV.Méthodologie.....	32
a.Cadre d'étude :	24
➤ Service de Pédiatrie	26
1.Locaux : 26	
2.Personnels (en Janvier 2022)	28
3.Mission : 29	
4.Activités :	29
5.Stratégies :	29
b. Période de l'étude.....	30
c. Type d'étude :	30
d.Population d'étude :	30
e.Critères d'inclusion :	30
f.Critères de non-inclusion :	30
g.Echantillonnage :	30
h.Recueil des données :	30
i.Variables étudiées : Les variables suivantes ont été étudiées :	31
Variables sociodémographiques	31
Variables cliniques:	31
Analyse et traitement des données :	31
j.Considérations éthiques :	31
k.Définition opérationnelle	32

V. RESULTATS.....	34
VI.COMMENTAIRES ET DISCUSSION :.....	49
CONCLUSION :.....	53
RECOMMANDATION.....	55
REFERENCES:	56
FICHE SIGNALETIQUE.....	60
FICHE D'ENQUETE	64
SERMENT D'HIPPOCRATE	67

Liste des tableaux

Tableau I : Répartition des patients selon le mode d'admission.....	35
Tableau II : Répartition selon le motif d'hospitalisation	35
Tableau III : Répartition selon les caractéristiques sociodémographiques du père.	36
Tableau IV : Répartition selon les caractéristiques sociodémographiques des mères.....	38
Tableau V : Répartition selon délai de la 1 ^{ère} prise en charge	39
Tableau VI : Répartition selon le traitement avant l'admission.....	40
Tableau VII : Répartition selon l'état général à l'admission	40
Tableau VIII : Répartition selon la coloration d'admission.....	41
Tableau IX : Répartition selon l'examen cardiaque à l'admission	41
Figure IV : Répartition selon l'examen pulmonaire d'admission.....	42
Tableau X : Répartition selon l'examen neurologique d'entrée	42
Tableau XI : Répartition l'examen abdominal d'admission	43
Tableau XII : Répartition selon les chiffres tensionnels à l'admission.....	43
Tableau XIII : Répartition selon les bilans biologiques.....	44
Tableau XIV: Répartition selon les résultats des bilans d'imagerie	44
Tableau XV: Répartition des patients selon la première hypothèse diagnostique.....	45
Tableau XVI: Répartition selon le diagnostic de sortie	45
Tableau XVII : Répartition selon les traitements spécifiques.....	46
Tableau XVIII: Répartition selon le devenir des malades	46
Tableau XIX : Répartition le devenir des malades en fonction des pathologies	47

Liste des figures

Fig.1 : vue photographique de l'entrée principale du CSRef CV du district de Bamako.....24

Fig.2 : Vue Photographique de la façade principale de l'URENI..... 27

Fig.3: Photographie d'une séance de stimulation cognitive à l'URENI 27

Fig.4 : Vue photographique de la façade principale du service de pédiatrie. 29

Figure 5 : Répartition selon l'âge des enfants..... 34

Figure 6 : Répartition selon le sexe..... 34

Figure 7: Répartition des motifs d'hospitalisations selon la période d'étude 39

Figure 8 : Répartition selon l'examen pulmonaire d'admission.....61

I. INTRODUCTION

I/ INTRODUCTION :

La morbidité et la mortalité pédiatriques sont considérées comme des indicateurs classiques du niveau de développement social et économique d'un pays. Elle reflète son niveau de pauvreté, ses conditions de précarité, et la qualité des soins qui lui sont prodigués [1].

Dans le monde en 2015, sur les 5,9 millions de décès d'enfants de moins de 5 ans, près de la moitié étaient dus à des maladies infectieuses telles que la pneumonie, la diarrhée, le paludisme, la méningite, le tétanos, la rougeole, la septicémie et les infections à VIH/SIDA [4].

En 2017, 6,3 millions d'enfants de moins de 15 ans sont décédés, la vaste majorité de ces décès (5,4 millions) est survenue durant les 5 premières années de vie [2,3].

La charge de la morbidité tout comme celle de la mortalité sont souvent plus élevées parmi les populations les plus défavorisées [4].

A l'échelle mondiale, la survie des enfants a progressé de manière considérable, entre 1990 et 2016 le taux de mortalité infanto juvénile a diminué de 56%, passant de 93 à 41 décès pour mille soit de 12,6 à 5,6 millions de décès [2,3].

L'Afrique constitue la partie du monde, où la mortalité infanto-juvénile est la plus élevée avec des disparités entre les différentes sous régions. Elle est estimée en 2015 à :67‰ en Afrique de l'Est et Australe, 99‰ en Afrique de l'Ouest et Centrale (Sénégal 47‰, Burkina Faso 89‰, Côte d'Ivoire 93‰, Guinée 94‰, Niger 96‰, Mali 115‰ ...) ; 29‰ au Moyen Orient et en Afrique du Nord. Ce taux est plus bas dans les pays développés notamment en France (4‰) au Canada (5‰), aux Etats Unis (7‰) [4].

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. La mortalité infanto-juvénile est encore élevée dans ce pays, de l'ordre de 101‰ naissances . [5]

Selon l'étude de Traore I à la pédiatrie du CHU Gabriel Touré le taux de mortalité était de 3,3%, les principales pathologies étaient : le paludisme, les IRA, la malnutrition, la méningite et la diarrhée [6].

Le centre de santé de référence de la commune V (CS Réf CV) constitue avec les cinq autres des communes respectives le premier niveau de référence de la pyramide au niveau du District. Dans le processus de prise en charge des patients au niveau du CS Réf CV, l'hospitalisation constitue un maillon essentiel pour l'octroi des soins de santé de qualité à la population et l'obtention d'un soulagement à leur souffrance.

Au vu de l'insuffisance d'études réalisées au Mali, et devant la fréquence élevée de la morbidité infantile, il serait important de chercher à savoir les principaux motifs d'hospitalisation en pédiatrie. La connaissance de la prévalence de ces motifs d'hospitalisation s'avère extrêmement importante, pour non seulement la mise en œuvre des stratégies de prévention, mais aussi des actions efficaces de lutte contre la maladie. [7]

C'est dans cette perspective que s'inscrit cette étude avec comme but d'étudier les motifs d'hospitalisation des enfants de 1 à 180mois au service de la pédiatrie du CS Réf de la commune V.

II- OBJECTIFS

1. Objectif Général :

-Etudier les motifs d'hospitalisation des enfants de 1 à 180mois au service de la pédiatrie du CS Réf de la commune V.

2. Objectifs spécifiques :

-Déterminer la fréquence des principaux motifs d'hospitalisation des enfants au service de la pédiatrie du CS Réf de la commune V ;

-Déterminer les principales causes de l'hospitalisation des enfants au service de la pédiatrie du CS Réf de la commune V ;

-Préciser la période d'hospitalisation de ces principaux motifs ;

-Déterminer le devenir de ces enfants au cours de l'hospitalisation au service de la pédiatrie du CS Réf de la commune V ;

-Déterminer le devenir en fonction du motif d'hospitalisation.

III. GENERALITES

A-DEFINITION :

L'hospitalisation : se définit comme l'admission d'un patient dans un établissement de santé, qu'il s'agisse d'une clinique, ou d'un hôpital public ; ainsi la raison qui pousse à l'hospitalisation est appelée le motif d'hospitalisation. [8]

De nos jours la population infantile dans les pays en voie de développement est dominante et constitue une couche très fragile. En raison de cette fragilité et des conditions de vie précaires, plusieurs pathologies menacent ces enfants. [9]

Les maladies infantiles revêtent sous les tropiques des aspects originaux. Le corps de santé colonial a joué un rôle important dans leur identification et leur prévention. Les deux grands responsables de la mortalité infantile sont les périls infectieux et carenciels, souvent associés.

Le risque infectieux procède d'affections cosmopolites parmi lesquelles les diarrhées et la rougeole sont les plus meurtrières. Les enfants ne sont épargnés par aucune des grandes endémies tropicales. Ils paient une tribu particulièrement lourde au paludisme. [9]

Les insuffisances ou erreurs d'apport alimentaire sont en milieu défavorisé, responsables d'affections carencielles parmi lesquelles les plus graves sont la malnutrition protéidique (kwashiorkor) et les anémies carencielles. [10]

B- LES PRINCIPAUX MOTIFS D'HOSPITALISATION EN PEDIATRIE :

1-MALADIES DIARRHEIQUES : [11]

1-1. Définition

La diarrhée est définie par au moins 3 émissions de selles molles ou liquides dans une journée (ou des selles plus fréquentes que ce qui est habituel pour le sujet atteint). Des émissions fréquentes de selles bien moulées ne sont pas une diarrhée, pas plus que des selles molles, « pâteuses », pour des nourrissons allaités au sein.

1-2. Epidémiologie

En 2017, selon OMS la diarrhée, maladie que l'on peut prévenir et traiter, elle est la deuxième cause de mortalité chez l'enfant de moins de cinq et elle est à l'origine de 525 000 décès d'enfants par an.

Il y a environ 1,7 milliard de cas de diarrhée de l'enfant chaque année dans le monde.

Elle peut durer plusieurs jours, déshydratant l'organisme et le privant des sels minéraux nécessaires pour la survie.

Dans le passé, pour la majorité des personnes, la déshydratation sévère et les pertes hydriques étaient les principales causes de décès par diarrhée. Désormais, d'autres causes comme les infections septiques d'origine bactérienne seront probablement à l'origine d'une proportion croissante des décès dus aux diarrhées. Ce sont les enfants en état de malnutrition ou d'immunodépression qui sont le plus exposés au risque de diarrhées engageant le pronostic vital.

Cependant dans les pays à faible revenu, les enfants de moins de 3 ans souffrent en moyenne de 3 épisodes diarrhéiques par an. Chacun de ces épisodes les prive des éléments nutritifs nécessaires à leur croissance. En conséquence, la diarrhée est une cause majeure de malnutrition et les enfants malnutris ont un plus grand risque d'avoir des diarrhées.

1-3. Transmission

Elle est en général le symptôme d'une infection intestinale pouvant être causée par divers micro-organismes, bactéries, virus ou parasites. L'infection se transmet par le biais de l'eau ou d'aliments contaminés, ou d'une personne à l'autre en cas d'hygiène insuffisante.

Les diarrhées infectieuses sont courantes dans tous les pays en développement.

1-4. Déshydratation :

C'est la plus grande menace associée à la diarrhée. Au cours d'un épisode diarrhéique, les selles liquides, les vomissements, la transpiration, l'urine et la

respiration entraînent des pertes hydriques et une fuite d'électrolytes (sodium, chlorure, potassium et bicarbonate). La déshydratation intervient quand ces pertes ne sont pas compensées.

1-5. Prévention

L'accès à l'eau potable et un assainissement et une hygiène appropriés peuvent permettre d'éviter une proportion importante des maladies diarrhéiques.

À l'échelle mondiale, l'eau salubre manque à environ 780 millions d'êtres humains et 2,5 milliards n'ont pas accès à un assainissement de base

2. LES INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUËS :

2-1. Définition : une infection est dite respiratoire lorsqu'elle atteint l'une des structures composant le système respiratoire, à savoir le nez, les oreilles, la gorge, le larynx, la trachée, les bronches ou les poumons [12].

2-2. Epidémiologie : [13]

➤ Les infections respiratoires aiguës (IRA)

Parmi toutes les IRA, la pneumonie cause 15 % du nombre total de décès des enfants de moins de 5 ans. Elle est la première cause infectieuse de mortalité chez l'enfant, 922 136 enfants de moins de 5 ans sont morts de pneumonie en 2015.

En Afrique, elle représente 21 % des décès. Ce taux monte à 28 % si on inclut la période néo-natale de 4 semaines après la naissance, soit près d'un tiers de la totalité des décès. Alors que 30 % seulement des malades ont accès aux traitements.

La plupart des décès interviennent dans les pays les plus pauvres et chez les nourrissons.

Ce fléau peut être endigué notamment grâce à la vaccination anti-pneumococcique.

➤ Facteurs influençant la morbidité et la mortalité imputables aux IRA

Un risque accru d'IRA est associé à :

- **Facteurs saisonniers et climatiques :** saison froide et saison des pluies dans les pays du Sud, influence directe du climat (température

ambiante, teneur en eau de l'atmosphère) et indirecte (mode de vie, promiscuité),

- **L'environnement** : surpeuplement, pollution de l'air
- **Le sexe masculin** : sex-ratio 1,7/1,
- **L'âge** : le risque de décès le plus élevé est chez le nourrisson de 1 à 3 mois,
- La prématurité,
- **L'état nutritionnel** : arrêt de l'allaitement maternel, malnutrition
- Un déficit immunologique congénital ou acquis (infection à VIH/Sida),
- **Un bas niveau d'éducation** du père et de la mère,
- **Un faible niveau socio-économique du pays.**

La lutte contre les facteurs de risque des IRA fait que le poids de la pneumonie et désinfections respiratoires basses en général, est actuellement en diminution chez les enfants âgés de moins de 10 ans

2-3. Transmission

Les IRA sont transmises par contact direct avec les sécrétions respiratoires par le biais des gouttelettes émises lors de la toux ou des éternuements (malades, porteurs sains).

Le pneumocoque (*Streptococcus pneumoniae*) est un agent majeur des infections respiratoires aiguës (otites, pneumonies). Le portage nasopharyngé est la porte d'entrée du germe. Les enfants colonisés asymptomatiques jouent un rôle important dans la diffusion, des pneumocoques.

2-4. Diagnostic

Le diagnostic de pneumonie est posé en cas de toux, de respiration rapide et de dyspnée.

Le triade est considéré comme sévère : en cas de tirage sous-costal ou de stridor. Ce diagnostic symptomatique a pour but de faciliter le diagnostic en vue d'administrer un traitement antibiotique standardisé systématique.

2-5. TYPES IRA

❖ Les infections des voies aériennes supérieures (VAS)

❖ Infections des voies respiratoires basses (VRB)

La plupart des décès par infections respiratoires aiguës sont dus à désinfections aiguës des voies respiratoires inférieures. Cependant toutes les infections aiguës des voies respiratoires inférieures ne sont pas graves par exemple la bronchite est relativement fréquente mais rarement mortelle

2-5-1. INFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES BASSES (VRB)

PNEUMONIES

La pneumonie est causée par des agents infectieux, bactériens, viraux ou champignons. Les plus courants sont : *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* type b (Hib), *levirus respiratoire syncytial (VRS)*, *Pneumocystis jiroveci* cause majeure de pneumonie chez l'enfant de moins de 6 mois infecté par le VIH/Sida et responsable d'au moins un quart des de ces chez les nourrissons seropositifs.

Les bactéries atypiques (*Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia Pneumoniae*) sont les agents des pneumonies atypiques chez l'enfant de plus de 3 ans, alors que 75 % des pneumocoques invasives se produisent chez les nourrissons

✚ Examens complémentaires

Il est nécessaire de recourir à la radiographie qui montre une pneumonie lobaire, une broncho-pneumonie, des images cavitaires hydro-aériques dans la pneumonie à staphylocoques, souvent associées à des épanchements pleuraux.

Le diagnostic de la pneumonie à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) doit être dépistée rapidement par la PCR dans le LBA.

L'examen cyto-bactériologique des crachats est d'un intérêt limité, les conditions d'une interprétation correcte étant rarement réalisées.

Le diagnostic étiologique est actuellement facilité par les tests de diagnostic rapide (pneumocoque) réalisables en 20 à 30 minutes et la détection moléculaire

multiplex en temps réel (60 mn). Le test antigénique urinaire, simple et rapide, détecte dans les urines l'antigène soluble de tous les stéréotypes de pneumocoques

a- BRONCHIOLITE

Chaque année, on estime que 3,4 millions d'hospitalisations et près de 200 000 décès dans le monde sont dus au *Virus Respiratoire Syncytial (VRS)* cause la plus fréquente de la bronchiolite, qui est à l'origine d'environ 8 % de toutes les admissions en unité de soins intensifs pédiatriques.

La bronchiolite est surtout fréquente chez le nourrisson ; 2 à 3 % des enfants hospitalisés, 90 % entre 1 et 9 mois.

○ Germes

D'autres virus que le *VRS* peuvent être en cause :

Rhinovirus humains de type C (RV-C), virus influenza type A ou B, virus émergents : métagonovirus humain, coronavirus respiratoires humains, bocavirus humain.

Des virus peuvent être associés, en particulier *VRS* et *coronavirus*. Des coinfections ont été rapportées dans les formes sévères de la Covid-19 de l'enfant.

○ Signes:

La bronchiolite se manifeste par un coryza, une toux sèche, une gêne respiratoire. A l'examen, on note une tachypnée, un tirage intercostal et sous-costal, une distension thoracique, des râles bulleux en fin d'inspiration, des sibilants à l'expiration, une tachycardie, une cyanose ou une pâleur

○ Examens complémentaires

Il faut pratiquer :

- ✓ Une oxymétrie

- ✓ Une radiographie pulmonaire qui montre une sur-distension des poumons avec aplatissement des coupes diaphragmatiques, horizontalisation des cotes et augmentation des opacités bronchiques hilaires.

b- BRONCHITE OU TRACHEO-BRONCHITE AIGUË

C'est une inflammation de l'arbre trachéo-bronchite, le plus souvent d'origine virale (*VRS*, *virus influenzae A et B*, *virus para-influenzae*) et l'antibiothérapie n'est pas recommandée en première intention.

➤ **Germes**

Des bactéries peuvent être en cause : *Chlamydia pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*,

Bordetella pertussis, *S. pneumoniae*, *H. influenzae* et *Moraxella catarrhalis* sont les germes

des poussées de surinfection des bronchites chroniques.

➤ **Signes**

La coqueluche est caractérisée par une toux paroxystique ou spasmodique se terminant par une quinte inspiratoire caractéristique, survenant surtout la nuit. Elle persiste 10 à 12 semaines.

Elle se complique chez le nourrisson et le jeune enfant de bronchopneumonies, d'atélectasies par obstruction bronchique.

2-6. Prévention des IRA chez l'enfant

2-6-1. Mesures spécifiques : les vaccinations

❖ **Le PEV** : intègre les vaccinations contre la rougeole, la coqueluche, la diphtérie, la tuberculose et l'infection à *Haemophilus influenzae b* (*Hib*).

2-6-2. Mesures non spécifiques

Elles associent la lutte contre la promiscuité, la malnutrition, la déshydratation, la pollution et

l'éducation pour la sante qui doit fournir aux parents, en particulier aux mères, un enseignement relatif aux signes de gravite des infections respiratoires aiguës.

L'OMS encourage tous les Etats membres a renforcer leur surveillance des infections

respiratoires aiguës sévères, mais ne recommande pas d'appliquer des restrictions aux voyages.

3-LA MENINGITE :

3-1-Définition :

Une méningite est un processus inflammatoire généralement d'origine infectieuse atteignant les méninges et entraînant des modifications des constantes biologiques du liquide céphalorachidien (LCR).

Une méningite purulente est une suppuration diffuse à pyogènes des méninges (arachnoïdite) s'accompagnant d'une turbidité du LCR qui contient des polynucléaires altérés en grand nombre.

Pathologies fréquentes, elles restent actuellement un problème de santé publique dans les pays en voie de développement, notamment en Afrique où elles sont responsables de séquelles majeures et d'une lourde mortalité. En Europe, la politique vaccinale vise à réduire la fréquence de cette pathologie à forte morbidité malgré des soins adaptés.

3-2-Epidémiologie :

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[14]. 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 [14].

En France, l'incidence annuelle des méningites purulentes communautaires était estimée à 2,25 cas pour 100.000 habitants en 1993 et à 2,53 cas pour 100.000 habitants en 2003 (15).

Environ 500 000 des cas et 50 000 des décès sont imputables au méningocoque.

Le taux de létalité est fonction de l'âge et de la bactérie en cause, oscillant classiquement de 3% à 19% dans les pays développés. Une létalité plus élevée de 37% à 60% a été rapportée dans les pays en développement (16). Les deux tiers de ces méningites surviennent chez des enfants âgés de moins de 5 ans. [14]

➤ Germes

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. [14]

➤ Les principaux germes en cause varient selon l'âge et/ou le contexte :

Une méningite bactérienne représente 5 à 10% des méningites aiguës de l'enfant [17].

Cas isolés de méningite :

- Enfant de 0 à 1 mois : streptocoque B, *E. coli* et autres entérobactéries, *L. monocytogenes*, staphylocoque ;
- Enfant de 1 mois à 2 ans : pneumocoque, *Haemophilus influenzae* B, entérobactéries (+ salmonella chez les nourrissons malnutris ou drépanocytaires), méningocoque ;
- Enfant de 2 à 5 ans : pneumocoque, *Haemophilus influenzae* B, méningocoque ;
- Enfant de plus de 5 ans : méningocoque, pneumocoque [18].

3.3-Signes

3-3.1- Signes cliniques

Leur tableau clinique varie en fonction de l'âge.

○ Méningite chez le grand-enfant :

La symptomatologie s'en rapproche beaucoup de celle de l'adulte. En général, le tableau clinique est franc :

- Le début en est brutal par une fièvre à 40° C, et par des céphalées, des vomissements, parfois par une crise convulsive, voire un coma.
- Le tableau clinique en est caractérisé en bref par :
 - céphalées, cervicalgie, photophobie= syndrome méningé
 - syndrome infectieux
 - Contracture caractéristique : l'enfant est couché en chien de fusil, une raideur de la nuque, des signes de Kernig et de Brudzinski.
 - Hyperesthésie cutanée, troubles vasomoteurs [19]

○ Méningite chez le nourrisson :

Les signes méningés classiques sont en règle absents. Penser à une méningite en cas de :

- Fièvre avec diarrhée, vomissements ou autres troubles digestifs banals ;
- Troubles du comportement (refus de téter, cris plaintifs, gémissements) ;
- Mouvements anormaux (trémulations, convulsions, plafonnement du regard),
- Troubles du tonus (hypotonie, nuque molle),
- Troubles de la conscience (sommolence, coma) ;
- Bombement de la fontanelle, en dehors des cris (signe très tardif, de mauvais pronostic) [18].

➤ Les critères de sévérité (Conférence de consensus 2008) :

- un purpura extensif ;
- un score de Glasgow ≤ 8 ;
- des signes neurologiques focaux, des signes de souffrance du tronc cérébral ;
- un état de mal convulsif ;
- une instabilité hémodynamique [20]

➤ **3-3.2- Signes paracliniques :**

Ponction Lominaire et analyse du Liquide Céphalo-rachidien :

C'est l'acte fondamental du diagnostic. Une attention particulière doit être apportée à l'interprétation des données de l'analyse microbiologique, cytologique et chimique du LCR.

La présence de plus de 10 éléments blancs par mm³ définit une méningite.

Résultat de l'ECBC du LCR

LCR est trouble ou purulent : riche en cellules ($> 800/\text{mm}^3$) dont une forte majorité de polynucléaires ($> 80\%$) plus ou moins altérés.

La protéinorachie est élevée ($> 1 \text{ g/l}$), la glycorachie est abaissée ($< 2 \text{ mmol/l}$ ou $<$ à la moitié de la glycémie). Il oriente vers une méningite bactérienne.

L'examen bactériologique direct du LCR après coloration au gram peut montrer des bactéries dont la morphologie oriente vers l'espèce en cause :

Pneumocoque : Cocci gram positif (Volontiers en diplocoque),

Méningocoque : Cocci gram négatif

Haemophilus influenzae : bacilles gram négatif,

Listéria : bacilles gram positif.

Les tests au latex ou la contre immunoélectrophorèse peuvent révéler la présence d'antigènes solubles bactériens dans le LCR (méningocoque, pneumocoque, streptocoques B, E coli K1). Cette recherche est nécessaire en cas d'antibiothérapie préalable, ou d'examen direct négatif face à une méningite purulente

Autres examens sont nécessaires :

- Prélèvements bactériologiques : hémoculture, recherche d'antigènes solubles bactériens urinaires (streptocoque B, Pneumocoque).
- Réaction inflammatoire : hémogramme, CRP, fibrinémie.
- Equilibre hydro électrolytiques : ionogramme sanguin.
- Fonction rénale : urémie et créatininémie.
- Hémostase : TP, TCA, taux de plaquettes, recherche d'une coagulopathie de consommation.

3-4-Diagnostic

Est donc une urgence médicale, il se repose sur les signes cliniques et paracliniques [14].

4-Le Paludisme:

6-1-Définition : le paludisme est une maladie parasitaire due à l'infestation par des hématozoaires du genre plasmodium transmis par la pique de moustique (l'anophèle femelle).

6-2-Épidémiologie :

Le paludisme reste responsable de plus de 435 000 décès chaque année, majoritairement en Afrique. Les enfants de moins de 5 ans représentent l'un des groupes les plus vulnérables touchés par le paludisme, et le fait que l'un des 2 meurt toutes les deux minutes de cette maladie évitable et guérissable est inacceptables [21]. En Afrique environ 285 000 enfants sont morts du paludisme avant d'avoir leur 5ème anniversaire en 2016 [22]. Les formations sanitaires au Mali ont enregistré 2 097 797 cas de paludisme dont 673 574 cas graves avec 1 050 décès, soit un taux de létalité de 0,50 pour mille. La prévalence nationale du paludisme était de 35,7% avec une disparité selon les régions : 59,8% à Mopti ; 41,6% à Sikasso ; 36,7% à Ségou ; 34,8% à Koulikoro ; 27,4% à Kayes et 6% à Bamako [23].

➤ **Germes :**

Le paludisme humain est provoqué par quatre espèces de plasmodium

- ✚ ***Plasmodium falciparum***: responsable de la fièvre tierce maligne, la seule espèce qui tue, très fréquente (99 % des cas de paludisme en Afrique, 90 % à Madagascar et aux Comores), tropicale, résistante à la chloroquine, mais vite éteinte si le malade survit.
- ✚ ***Plasmodium. vivax***: responsable de la fièvre tierce bénigne. Il a une distribution plus étendue que *P. falciparum*, sauf en Afrique subsaharienne. Il prédomine dans la Région des Amériques (64 % des cas). Il n'est pas si anodin qu'on le dit : des formes graves, voire mortelles, ont été rapportées en Inde, en Amazonie.
- ✚ ***Plasmodium. Ovale*** : responsable de la fièvre tierce bénigne.
- ✚ ***Plasmodium. malariae***: responsable de la fièvre quarte bénigne.
- ✚ ***Plasmodium. Knowlesi*** (Une cinquième espèce) responsable du paludisme du singe, a été trouvée comme infection humaine à fièvre quarte dans quelques pays d'Asie du sud-est. Attribuée au début à *Plasmodium. malariae*, elle est due en fait à *Plasmodium. knowlesi*. L'évolution est potentiellement grave et l'infection doit être traitée comme *Plasmodium. Falciparum* [24].

6-3-Diagnostic : [24].

❖ **Diagnostic cliniques :**

✓ **-Les accès palustres simples :**

- toute fièvre chez un enfant en zone d'endémie palustre doit faire évoquer le paludisme,
- elle peut être isolée ou accompagnée de signes digestifs (vomissements, diarrhée surtout chez le nourrisson), de céphalées, de convulsions,

- la présence de convulsions ne doit pas être abusivement attribuée à une fièvre élevée, mais doit faire craindre l'installation d'un neuropaludisme.

✓ **-Les formes graves :**

Trois formes cliniques graves prédominent :

le neuropaludisme,

L'anémie grave,

la détresse respiratoire.

Les facteurs de gravité sont :

Le neuropaludisme (profondeur du coma, convulsions répétées, âge < 3 ans, parasitémie > 10 %), et l'hypoglycémie attribuée au paludisme. En zone d'endémie, plus de 90 % des décès sont observés chez des enfants. Un coma peut survenir brutalement 12 à 24 heures après le début de la fièvre. L'examen du fond d'œil peut montrer des anomalies dont la sévérité est corrélée à la gravité (pâleur rétinienne, modifications vasculaires et/ou hémorragies rétiniennes et exsudats). Devant des troubles de la conscience, il faut rechercher une complication cérébrale (si possible par IRM) et éliminer une méningite bactérienne par une Ponction lombaire en l'absence de contre-indication. Non traité, le neuropaludisme est mortel en deux ou trois jours. Avec une prise en charge adaptée, la mortalité reste lourde (10 à 30%). Lorsqu'elle est obtenue, la guérison se fait généralement sans séquelle, sauf chez l'enfant (5 à 10% de séquelles définitives).

Le syndrome de détresse respiratoire est en rapport avec l'acidose métabolique (dyspnée d'acidose). La défaillance cardio-respiratoire se définit par une hypotension (pression systolique inférieure à 70 mm Hg) associée à des signes de choc. L'hypotension doit faire suspecter une co-infection (à BGN), une infection nosocomiale ou une déshydratation chez le nourrisson. Le rapport 2018 insiste sur l'anémie liée au paludisme, qui, faute de traitement, peut entraîner la mort en

particulier dans les populations vulnérables, femmes enceintes et enfants de moins de 5 ans. Les enquêtes menées en Afrique entre 2015 et 2017 montrent que parmi les enfants de moins de 5 ans, la prévalence de l'anémie atteint 61 %, dont 3 % d'anémie grave et que chez les enfants présentant un résultat positif à un test de dépistage du paludisme, 79 % présentent une anémie, dont 8% d'anémie grave.

✓ **Les critères de gravité du paludisme selon l'OMS :**

L'OMS a défini des critères de gravité du paludisme, la présence d'un seul de ces critères, clinique ou biologique, associé à la présence de *P. falciparum* dans le sang, fait porter le diagnostic d'accès palustre grave.

Ces critères sont :

Prostration, trouble de conscience : score de Glasgow <10 ; crises convulsives répétées (plus de 2 en 24 heure); Détresse respiratoire ;Œdème pulmonaire : définition radiographique; Collapsus circulatoire (TAS < 50mmHg avant 5 ans, et TAS < 80mmHg après 5 ans) ; Saignement anormal ; Hémoglobinurie (urines rouge foncé, hémoglobinurie à la bandelette) ; Insuffisance rénale (créatinémie > 265umol/l et /ou oligurie < 12ml/kl/j chez les enfants ou créatinémie élevée pour l'âge) :Hypoglycémie (glycémie < 2,2 mmol/l); Anémie grave (Hb< 5g/dl ou Ht< 15%) ; Acidose :bicarbonates < 15 mmol/l plus ou moins pH<7,35 ; Hyperlactatémie :lactate plasmatique> 5 mmol/l ; Hyperparasitémie> 4% chez le non immun ou > 20% chez le sujet immun ; Ictère.

-Le paludisme congénital : la réalité de l'infection transplacentaire du nouveau-né est admise, liée au passage de globules rouges parasités du placenta. Le paludisme congénital-maladie est rare. Il apparaît après un délai variable de 5 à 60 jours et le signe clinique constant est la fièvre.

6-Diagnostic biologique :

▪ **. Examen spécifique :**

Les techniques microscopiques conventionnelles, frottis mince, goutte épaisse : elles demeurent la référence.

Le frottis mince permet :

- l'étude morphologique des hématozoaires,
- le diagnostic différentiel entre les espèces plasmodiales (il reste toujours un défi même pour un lecteur averti).

La goutte épaisse, examen de référence de l'OMS, est largement utilisée pour le diagnostic de routine. Sa sensibilité (seuil de détection d'hématies parasitées / μ L) est de 20 hématies parasitées/ μ L, 10 fois plus élevée que celle du frottis mince (100 à 200). Le problème du diagnostic d'espèce se pose rarement et l'incertitude est le plus souvent sans conséquence sur la conduite thérapeutique.

La détection des antigènes du paludisme par immunochromatographie : les tests de diagnostic rapide (TDR).

Plusieurs TDR par immunochromatographie sont disponible, classés en fonction du nombre d'antigènes détectés. La plupart sont spécifique à *P. falciparum*.

- . **Examen non spécifique** : ont un intérêt pronostique : la thrombopénie, l'acidose, l'insuffisance rénale, l'hypoglycémie (critères de gravité). [24].

IV. METHODOLOGIE

1. MATERIELS ET METHODES

1-1. Cadre d'étude :

Cette étude s'est déroulée au Centre de Santé de référence de la commune V (CS Réf CV) du district de Bamako plus spécifiquement dans l'unité de la Pédiatrie Générale.



Fig.1 : vue photographique de l'entrée principale du Centre de Santé de Référence de la Commune V du district de Bamako.

La Commune V du District de Bamako couvre une superficie de 41km², elle est limitée au Nord par le fleuve Niger, au Sud par la zone aéroportuaire et la Commune de Kalaban Coro, à l'Est par la Commune VI. Elle est composée de huit quartiers : Badalabougou, Quartier Mali, Torokorobougou, Bacodjicoroni, Sabalibougou, Daoudabougou, Kalaban Coura, Garantiguibougou.

Le Centre de Santé de Référence qui porte son nom est situé au Quartier – Mali. Il a été créé en 1982 sous le nom de Service Socio Sanitaire de la Commune V, à cette époque il regroupait le service social de la Commune V.

Description du Centre de Santé de Référence (CS Réf) de la Commune V

Dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé, le gouvernement du Mali a décidé de créer un centre de santé de référence dans chaque commune du district de Bamako : communes I, II, III, IV, V et VI.

C'est ainsi qu'en 1982 fut créé le Centre de Santé de Référence de la Commune V (service socio-sanitaire de la commune V) avec un plateau minimal pour assurer les activités.

Il est situé au centre de la Commune V. Il reçoit les patients de tous les quartiers de la commune V et ceux référés par les autres localités de BAMAKO et du Mali. Malgré l'existence des centres de santé communautaires et les centres de protection maternelle et infantile (PMI), l'affluence y reste encore très élevée. Sa situation géographique rend son accès facile pour la population de la commune V et ses environs.

Actuellement le CSREF CV comporte plusieurs services et unités qui sont :

- 1- Service Gynéco-Obstétrique ;
- 2- Service de chirurgie
- 3- Service d'urologie
- 4- Service de cardiologie
- 5- Service ophtalmologie ;
- 6- Service Odontostomatologie ;
- 7- Service de Médecine ;
- 8- Service de Pédiatrie ;
- 9- Service de Comptabilité ;
- 10- Service de Laboratoire / Pharmacie ;

11-Service de Soins, d'Accompagnement et de Conseil aux Personnes vivant avec le VIH.

12-Service d'ORL

13- Le service de Gastro-entérologie

14- Le service de Rhumatologie

15- Le service d'endocrinologie

1-2-Service de Pédiatrie

a-Locaux :

Le service de pédiatrie du Centre de Santé de Référence de la commune V, depuis le mois d'Aout 2019, est logé dans un nouveau bâtiment construit à 2 niveaux avec un annexe et situé à l'extrême Sud- Est dans le dit centre. Il est composé de 3 unités : Pédiatrie Générale, Néonatalogie et l'unité de récupération Nutritionnelle.

+ La Pédiatrie générale : elle comprend

- Sept (7) salles d'hospitalisation dont 2 salles VIP et une (1) salle d'observation soit 29 lits au total, équipées de circuit d'oxygène
- Une (1) salle de réanimation qui comporte 5 lits
- Deux (2) salles de consultation ordinaire qui comportent 2 tables d'examen chacune
- Une (1) salle de soins externes qui comporte 1 table de soins
- Une (1) salle de garde des infirmiers
- Un (1) bureau pour le major
- UN (1) bureau pour les étudiants faisant fonction d'interne ou thésards
- Un (1) bureau pour CVD-MALI

+ L'Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelle Intensive (URENI) : est en annexe et comprend

- Un (1) bureau URENI qui sert de bureau pour le major
- Deux (2) salles d'hospitalisation qui comportent 10 lits au total et une bouche d'oxygène par salle

- Une salle d'évaluation ;



Fig.2 : Vue Photographique de la façade principale de l'URENI



Fig3 : Photographie d'une séance de stimulation cognitive à l'URENI



La néonatalogie est logée à l'étage et comprend :

- Une (1) grande salle d'hospitalisation équipée de circuit d'oxygène :
 - ✓ 5 couveuses (incubateurs),
 - ✓ 10 lits dont 8 lits spéciaux bébé

- ✓ 3 tables de réanimation avec plaque chauffante,
- ✓ 2 appareils de photothérapies,
- ✓ 20 barbotières
- ✓ 3 aspirateurs électriques
- Une (1) salle kangourou qui comporte 6 lits
- Une (1) salle de consultation externe servant aussi de consultation de suivi des nouveau-nés
- Une (1) salle de garde des infirmières de la néonatalogie.
- Une (1) salle des soins externes des nouveau-nés
- Un bureau pour le Major
- Cinq (5) bureaux pour les médecins du service.
 - Une (1) grande salle de réunion équipée.

b-Personnels (en Janvier 2022)

Au total :

- Cinq pédiatres,
- Deux médecins généralistes,
- Cinq techniciens supérieurs de santé,
- Vingt techniciens de santé,
- Trois aides-soignants,



Fig.4 : Vue photographique de la façade principale du service de pédiatrie.

2-Mission :

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

3-Activités :

- ✓ Prise en charge curative, préventive et promotionnelle des enfants de 01mois à 180mois quel que soit leur statut social et leur handicap physique ou mental.
- ✓ Contribution à la formation des étudiants et autres professionnels de la santé.

4-Stratégies :

- Bonne répartition des tâches ;
- Communication avec les parents et les enfants pour le changement de comportement ;
- Anticipation sur les facteurs de risques ;
- Référence des cas nécessitant une prise en charge spécialisée ;
- Application des protocoles nationaux au tant que faire se peut ;
- Elaboration si besoin des protocoles et procédures consensuels selon notre contexte ;

- Organisation des présentations de dossiers et les EPU ;
- Elaboration d'un système de recherches-actions sur tout ce qui concerne les problèmes de santé des enfants.

a-Période de l'étude

Notre étude s'est déroulée du 1er Janvier 2020 au 31 Décembre 2020 sur une période de 12mois.

b-Type d'étude :

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

c-Population d'étude :

La population de cette étude a concerné les enfants de 1mois à 180mois hospitalisés dans le service de pédiatrie pendant la période de l'étude.

d-Critères d'inclusion :

Ont été inclus tous les enfants de 01mois à 180mois hospitalisés dans le service de la pédiatrie du CS Réf CV durant la période d'étude.

e-Critères de non-inclusion :

Tous les enfants âgés de 01 à 180mois hospitalisés dont les parents n'ont pas accepté de participer à l'étude.

- Les enfants malnutris.

f-Echantillonnage :

Il s'agissait d'un échantillonnage exhaustif de tous les enfants répondant aux critères d'inclusion pendant la période d'étude.

g-Recueil des données :

Les données ont été recueillies et reportées à l'aide des dossiers d'hospitalisation ; une fiche d'enquête individuelle a été renseignée pour chaque patient hospitalisé dans le service.

Variables étudiées : Les variables suivantes ont été étudiées :

- **Variables sociodémographiques** :

. **Du patient** : Les données démographiques (nom, prénom, âge, sexe, lieu de résidence), l'ethnie du patient ; les antécédents familiaux et personnelles.

. **Des parents** : L'âge, le statut matrimonial, le niveau d'instruction, profession, condition socio-économique.

- **Variables cliniques**:

. **Mode d'admission** : référé ou Non.

. **Motifs de consultation /référence**, délai de consultation, circuit du malade, signes présents à l'admission, motif d'hospitalisation, Diagnostic d'entrée, les examens complémentaires (GE, TDR, ECBU, NFS, Examen bactériologique du sang, échographie, Radiographie standard), Durée de séjour à l'hôpital.

. **Devenir** (guérison, décès, abandon).

h-Analyse et traitement des données :

Les données ont été collectées sur une fiche d'enquête à partir des renseignements recueillis auprès des parents, dans les registres de consultation et d'hospitalisation, dans le dossier médical.

L'analyse de données a été faite avec le logiciel Epi Info™ version 7.2.3.1.

La saisie des données sur le Microsoft Word 2010 et Excel

i-Considérations éthiques :

Les dossiers médicaux sont analysés dans le strict respect de la confidentialité. Ils sont retournés et classés dans la salle des archives immédiatement après exploitation. Pour conserver l'anonymat, la fiche individuelle ne permet pas l'identification évidente du patient. Les références bibliographiques n'ont pas fait l'objet de modification même minime afin de respecter les lois en matière de propriété intellectuelle.

j-Définition opérationnelle

Pâleur : Couleur, aspect d'une personne qui a le teint pâle*; absence relative de couleurs.

Prostration : Abattement extrême, observée dans certaines maladies aiguës.

Coma : État pathologique caractérisé par une perte de conscience, de sensibilité et de motilité, avec conservation relative des fonctions végétatives.

Ictère : Coloration jaune de la peau et des muqueuses, et qui révèle la présence de pigments biliaires dans les tissus.

Cyanose : Coloration bleue, quelquefois noirâtre ou livide de la peau, produite par différentes affections, en particulier par des troubles circulatoires.

Agitation : État de ce qui est agité, parcouru de mouvements irréguliers en divers sens.

Condition socioéconomique : Est jugée favorable si la famille a accès à l'eau potable, l'électricité et trois repas quotidiens.

V. RESULTATS

I) Résultats Descriptifs

A) Caractéristiques sociodémographiques

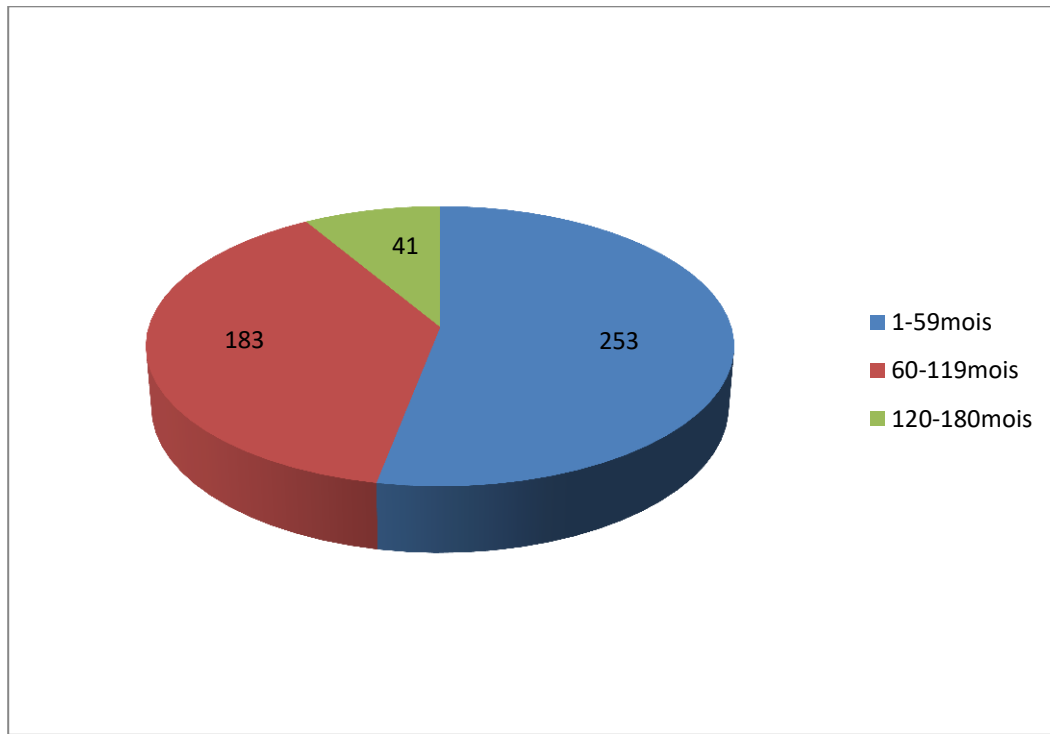


Figure 5 : Répartition selon l'âge des enfants

Les enfants de moins de 05ans ont représenté 54,04% de l'effectif

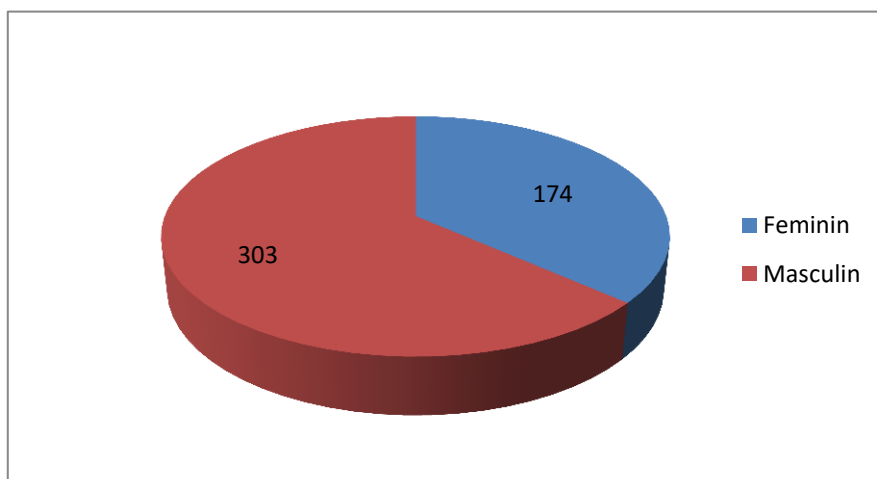


Figure 6 : Répartition selon le sexe

Les garçons ont représenté plus de la moitié avec 64,20% avec un sex-ratio à **1,74**

Tableau I : Répartition des patients selon le mode d'admission

Mode d'admission	Fréquence (f _j)	Pourcentage (%)
Amené par les parents	343	72
Référé par structure	134	28
Total	477	100

72% des enfants hospitalisés ont été amenés par leurs parents.

Tableau II : Répartition selon le motif d'hospitalisation

Motif d'hospitalisation	Fréquence (f _j)	Pourcentage(%)
AEG	23	4,82
Altération de la conscience	96	19,92
Convulsion	100	20,96
Crise douloureuse	18	3,77
Détresse respiratoire	67	14,05
Syndrome œdémateux	5	1,05
Pâleur +Prostration	119	24,95
Prostration	22	4,61
Autres	28	5,87
Total	477	100,00

Pâleur+ prostration ont représenté le principal motif d'hospitalisation avec 24,95% de l'effectif.

Tableau III : Répartition selon les caractéristiques sociodémographiques des pères.

Caractéristiques sociodémographiques des pères	Fréquence (fj)	Pourcentage (%)
Résidence		
Commune V	300	
Hors CV	72	
Hors BKO	105	
Âges (Ans)		
16-20	7	1,47
20-35	124	26,00
35-45	261	54,71
45-65	85	17,82
Niveau instruction		
Non instruit	245	51,36
Primaire	26	5,45
Secondaire	123	25,79
Supérieur	83	17,40
Profession		
Ouvriers	160	33,54
Commerçant /Revendeur	121	25,36
Cultivateur	49	10,30
Chauffeur	45	9,43
Enseignant	34	7,12
Fonctionnaire	33	6,92
Autres	35	07,34
Conditions de vie		
Favorable	433	90,78
Non favorable	44	9,22
Total	477	100

Autres : Etudiants(18) ; Imans(11) ; Artiste musiciens(4) ; Footballeurs(2)

Plus de la moitié des enfants hospitalisés résidaient dans l'aire de la commune V soit 62,89%

La moitié des parents avait un âge compris entre 35 -45 ans, soit 54,71% de l'effectif total

La plupart des papas était non instruits, soit 51,36% de l'effectif total.

Les pères étaient des ouvriers dans 33,54% des cas.

91% des parents avaient un niveau de vie favorable

Tableau IV : Répartition selon les caractéristiques sociodémographiques des mères

Caractéristiques sociodémographiques des mères	Fréquence (fj)	Pourcentage (%)
Ages (Ans)		
16-20	67	14,04
20-34	339	71,07
35-45	70	14,68
45-65	1	0,21
Profession		
Femme au foyer	317	66,46
Elève / Etudiante	56	11,74
Vendeuse/Commerçante	56	11,74
Fonctionnaires	30	3,56
Autres	18	3,77
Statut matrimonial		
Marié	468	98,11
Veuf	8	1,68
Divorcé	1	0,21
Total	477	100

Autres : Aide-ménagères (15) ; Artiste musicienne (03).

Les mères étaient âgées de 20 à 34ans dans 71,07% des cas.

Les mères étaient non instruites dans 67,50% des cas.

Les mères étaient des femmes au foyer dans 66,46% des cas.

Les parents des enfants hospitalisés étaient mariés dans 97,27% des cas.

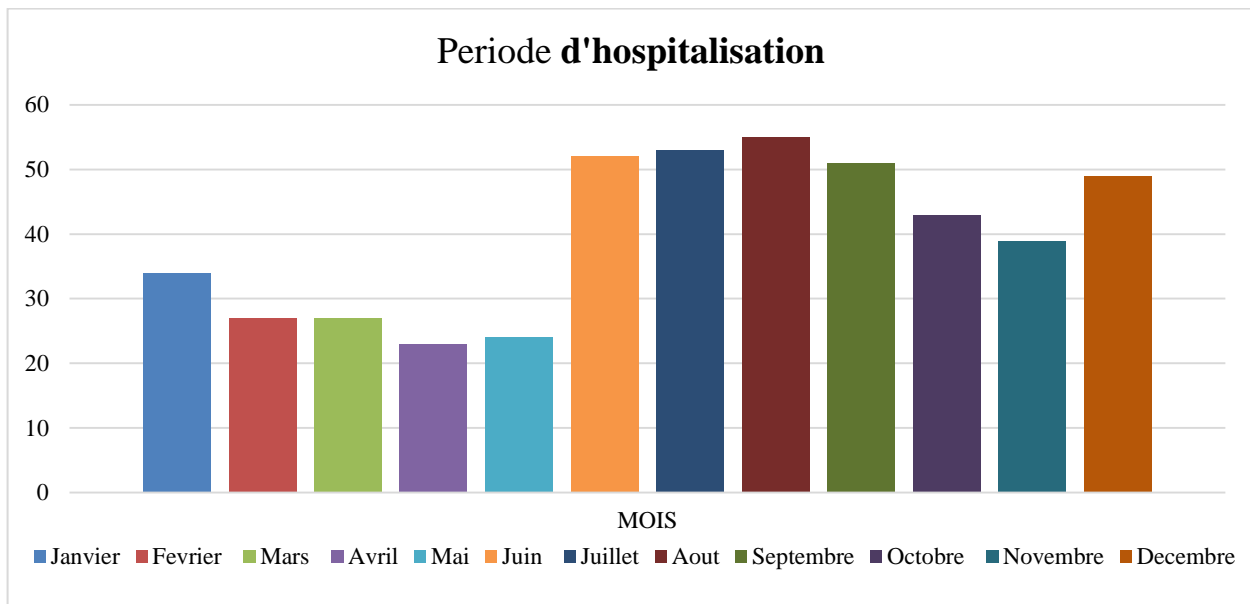


Figure 7 : Répartition des motifs d’hospitalisation selon la période d’étude
Le mois d’Août a été le mois où il y a eu le maximum d’hospitalisation dans l’année 2020 avec une fréquence de 11,53%.

Tableau V : Répartition selon le délai de la 1^{ère} prise en charge

Délai avant 1 ^{ère} consultation (Heures)	Fréquence (fj)	Pourcentage (%)
>72	287	60,17
24-72	143	29,98
<24	47	9,85
Total	477	100,00

Les enfants ont consulté dans un délai supérieur à 72heures dans 60,17% des cas.

Tableau VI : Répartition selon le traitement avant l'admission

Traitement avant l'admission	Fréquence (n)	Pourcentage (%)
Automédication	244	51,15
Personnel de santé	201	42,14
Aucun traitement	27	5,66
Tradithérapeute	5	1,05
Total	477	100,00

La plupart des enfants ont reçu une automédication avant l'admission, soit 51,15% de l'effectif total.

Tableau VII : Répartition selon l'état général à l'admission

Etat général	Fréquence (n)	Pourcentage (%)
Bon	282	59,12
Mauvais	195	40,88
Total	477	100,00

La moitié des enfants hospitalisés avait une bonne impression générale, soit 59,12% de l'effectif total.

Tableau VIII : Répartition selon la coloration d'admission

Coloration	Fréquence (fj)	Pourcentage (%)
Normale	258	54,09
Pâleur	202	42,34
Ictère	10	2,10
Cyanose	7	1,47
Total	477	100,00

Plus de la moitié des enfants avaient une bonne coloration cutanéomuqueuse soit 54,09%.

Tableau IX : Répartition selon l'examen cardiaque à l'admission

Cœur	Fréquence (fj)	Pourcentage (%)
Bruits Normaux	461	96,65
Bruits Anormaux	16	3,35
Total	477	100,00

Les enfants hospitalisés avaient un examen cardiaque normal dans 96,65% des cas.

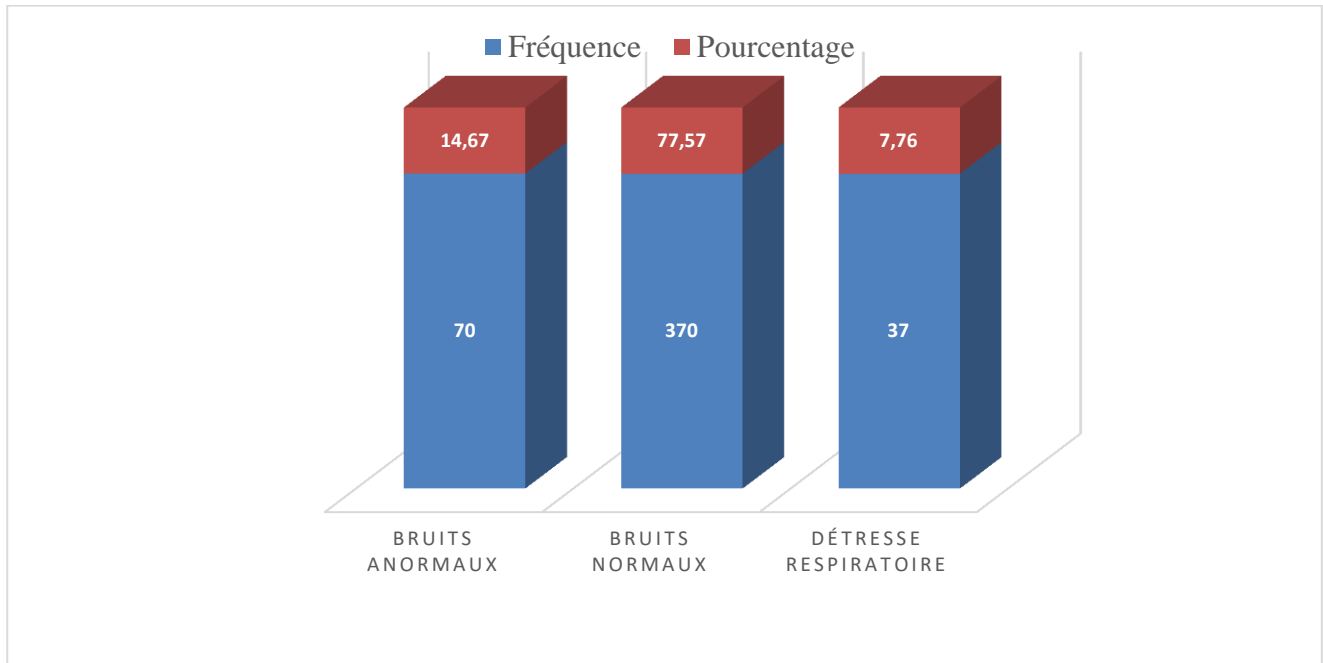


Figure 8 : Répartition selon l'examen pulmonaire d'admission

La plupart des enfants sont rentrés avec les bruits des poumons normaux, soit 77,57% de l'effectif total.

Tableau X : Répartition selon l'examen neurologique d'entrée

Examen neurologique	Fréquence (fj)	Pourcentage (%)
Examen normal	181	37,95
Convulsions	92	19,29
Coma	85	17,82
Prostration	57	11,95
Agitation	17	3,56
Kernig /Brudzinski positifs	13	2,72
Fontanelle bombée	9	1,89
Autres	23	4,82
Total	477	100,00

Autres : Raideur de la nuque (7) ; Hypotonie axiale (11) ; Hyperesthésie cutanée (5)

L'examen neurologique était normal chez 37,95% des enfants à l'admission.

Tableau XI : Répartition selon l'examen abdominal d'admission

Abdomen	Fréquence (n)	Pourcentage (%)
Examen normal	440	92,24
Masse palpable	24	5,03
Distendu	13	2,73
Total	477	100,00

L'examen de l'abdomen était normal chez 92,24% des enfants à l'admission.

Tableau XII : Répartition selon les chiffres tensionnels à l'admission

TA	Fréquence (n)	Pourcentage (%)
Normale	114	92,68
Anormale	9	7,32
Total	123	100,00

Plus de 92% sur l'effectif de 123 enfants avaient un chiffre tensionnel normal.

Tableau XIII : Répartition selon les bilans biologiques

Bilan	Fréquence (f)	Pourcentage (%)
NFS	443	92,87
CRP	436	91,40
Groupage Rhésus	406	85,11
GE	348	72,95
Créatinémie	336	70,44
Urée	324	67,92
Transaminases	313	65,61
Glycémie	214	44,86
TDR	187	39,20
LCR	160	33,54
Electrophorèse de l'HB	56	11,74
Protéinurie	12	2,51

NFS, GE, GR/RH et CRP ont représenté les examens les plus demandés pendant l'hospitalisation.

Tableau XIV : Répartition selon les résultats des examens d'imagerie

Bilan	Fréquence (f)	Pourcentage (%)
Radiographie du thorax face	91	19,07
Echographie abdominale	60	12,57
E.E.G	13	2,72
TDM cérébrale	11	2,30

Radiographie du thorax a été l'examen radiographique le plus demandé avec 19,07% sur l'effectif de 91 enfants.

Tableau XV: Répartition des patients selon la 1^{ère} hypothèse diagnostique
Autres : syndromes infectieux (5) ; intoxications médicamenteuses (3)

Diagnostic d'entrée	Fréquence (fj)	Pourcentage (%)
Paludisme grave	179	37,52
Méningite	78	16,35
Anémie	86	18,03
IRA	66	13,84
Gastro-entérite	60	12,58
Autres	8	1,68
Total	477	100,00

Le paludisme grave a représenté le principal diagnostic à l'admission, soit 33,96% de l'effectif.

Tableau XVI: Répartition selon les diagnostics de sortie

Diagnostic de sortie	Fréquence (fj)	Pourcentage (%)
Paludisme grave	246	51,57
Méningite	74	15,51
Broncho-pneumopathies	68	14,25
Drépanocytose	27	5,66
Epilepsie	14	2,93
Dermatoses infectieuses	14	2,93
Cardiopathies congénitale/acquise	12	2,51
GNA/Syndrome néphrotique	10	2,10
Tuberculose	4	0,84
HIV	3	0,64
Autres	05	1,05
Total	477	100,00

Autres : abcès du cerveau (4), valve de l'urètre postérieure (1)

Le paludisme grave a représenté le principal diagnostic à la sortie, soit 51,57%.

Tableau XVII : Répartition selon les traitements spécifiques

Traitements spécifiques	Fréquence (fj)	Pourcentage (%)
Antalgique-antipyrétique	477	100,00
Maintien hydrique	328	68,76
Antipaludique	289	60,58
Anticonvulsivant	219	45,91
Antibiotique	187	39,20
Transfusion sanguine	149	31,23
Oxygénothérapie	116	24,32
Antipaludique+Antibiotique	116	24,32
Corticoïde+Antibiotique	83	17,40

68,76% des enfants ont reçu un maintien hydrique au cours de l'hospitalisation.

Tableau XVIII : Répartition selon le devenir des malades

Devenir des malades	Fréquence (fj)	Pourcentage (%)
Guérison	401	84,06
Références	44	9,22
Abandons	19	4,00
Décès	13	2,72
Total	477	100,00

La guérison a représenté 84,06% de cas des enfants hospitalisés.

Tableau XIX : Répartition le devenir des malades en fonction des pathologies

Devenir des malades					
Diagnostic de sortie	Abandons	Décès	Guérison	Références	Total
Paludisme grave	4	8	223	11	246
Méningite	9	5	59	1	74
Broncho-pneumopathies	2	0	65	1	68
Cardiopathies	0	0	1	11	12
Dermatoses compliquées	0	0	13	1	14
GNA/Syndrome néphrotique	2	0	5	3	10
Drépanocytose	0	0	19	8	27
Epilepsie	1	0	11	2	14
HIV	1	0	2	0	3
Tuberculose	0	0	3	1	4
Autres	0	0	0	5	5
TOTAL	19	13	401	44	477

Le paludisme grave a été la principale cause de décès au cours de l'hospitalisation.

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

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.

2- Les caractéristiques sociodémographiques :

a) Le malade

L'âge : Les enfants de 1 à 59mois étaient les plus représentés avec 53%.

Le sexe masculin a été prédominant avec 64% contre 36%.

L'ethnie : Les enfants étaient en majorité des Bambaras (37,94%), des peulhs (12,80%). Ce résultat pourrait refléter la composition ethnique de la commune V.

La Résidence : Les enfants résidaient majoritairement de la commune V, soit 63%. Un nombre important venait hors Bamako représentant 22% 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.

La Provenance : La majorité des enfants étaient amenés par des parents eux-mêmes, soit 72% contre ceux référés 28%.

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'EDSMV qui atteste que la tranche entre 20 et 35ans représentait l'essentielle de la population féminine avec 53,6%.

Statut matrimonial : La majorité des parents étaient mariés soit 97,27%. 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 : 66,46% des mères étaient des ménagères, 67,50% des mères n'étaient pas scolarisées. Ce résultat pourrait

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

Profession et niveau d'instruction du père : 29,35% des pères étaient des ouvriers ; la plupart des pères n'étaient pas instruits, soit 51,36%. Ce résultat peut expliquer le retard de consultation qui conduit à l'hospitalisation.

3-Les caractéristiques cliniques :

Les Motifs d'hospitalisation : la pâleur+ prostration a été le motif d'hospitalisation le plus fréquent avec 24,95%, suivi de la convulsion 20,96% et altération de la conscience 17,82%. Contrairement aux résultats obtenus par M Hamala Traoré en 2020-2021 au CS Réf IV et Mme Doumbia Maimouna Kanté en 2012 au CS Réf CV qui ont eu respectivement 47,90% d'anémie et 28,50% de fièvre. Ce résultat peut expliquer le fait que les parents trainent dans l'automédication et ne viennent que devant la complication.

Les périodes d'hospitalisation : Il existe une forte affluence du mois de Juin au mois de décembre qui correspond à la période de forte transmission du paludisme. Malgré les campagnes de chimio prévention chez les enfants de 3 mois à 59 mois dans les districts sanitaires, le paludisme (33,96%) était la première cause d'hospitalisation et l'hospitalisation était surtout fréquente chez les enfants de moins de 59 mois (53%)

Délai écoulé avant la consultation : Le délai écoulé avant la consultation était le plus souvent supérieur à trois jours avec 60,17%. Comparable aux résultats obtenus respectivement par Doumbia AK et al. et Coulibaly A avaient trouvé 44% et 57% sur la morbidité et mortalité chez les enfants de 01 à 59 mois hospitalisés au service de pédiatrie générale du CHU Gabriel Touré de janvier à décembre 2013. Le temps durant lequel la plupart des mères des enfants de notre étude ont eu recours à l'automédication pourrait correspondre à ce délai.

Traitements reçus avant la consultation : 51,15% des enfants avaient reçu un traitement avant la consultation, le traitement reçu avant la consultation était une

automédication 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.

4-Les caractéristiques para-cliniques :

Examens complémentaires : un examen complémentaire a été demandé dans 100% des cas, la NFS et la CRP étaient les examens complémentaires les plus demandés avec respectivement 92,87% et 91,40%. La NFS et la CRP sont des bilans systématiques chez tous les patients hospitalisés, Ce qui pourrait expliquer l'élévation de leur pourcentage ; suivi de la GE-TDR (72,95%-39,20%) expliquant l'endémicité palustre du Mali. C'est pour cette raison que les praticiens demandent une GE ou TDR pour éliminer un éventuel paludisme devant tout cas de fièvre.

5. Diagnostic retenu : Le paludisme grave en sa globalité (formes anémique, neurologique et mixte) était la pathologie la plus fréquente avec **51,57%**.

6- Modalités de prise en charge : Tous les enfants de notre étude étaient hospitalisés dans le service jusqu'au devenir final.

CONCLUSION

CONCLUSION :

Les hospitalisations pédiatriques sont moins fréquentes dans le service de pédiatrie du centre de santé de référence de la commune V. Elles représentaient environ 2,04% de l'ensemble des admissions au service. La tranche d'âge **de 01 à 59 mois** était la plus atteinte avec 54,04%.

Plusieurs facteurs expliquaient cette fréquence : les retards de consultation, l'éloignement par rapport à l'hôpital, le mauvais traitement antérieur, l'évolution souvent imprévisible des affections infantiles et l'insuffisance de prise en charge en amont dans les structures périphériques. Le paludisme grave constituait la première cause de ces hospitalisations pédiatriques avec 51,57% des cas suivi de la méningite 15, 51% dont leurs prises en charge doivent être précoces.

RECOMMANDATION

Recommandation

A l'endroit des autorités sanitaires

- ✓ Assurer une formation continue du personnel de la pédiatrie ;
- ✓ Améliorer le plateau technique pour une prise en charge correcte et un bon suivi des malades ;
- ✓ Rendre la garde des médecins effective ;
- ✓ Reprendre la campagne de la CPS.

Au personnel sanitaire :

- ✓ Assurer une meilleure tenue des dossiers médicaux ;
- ✓ Renforcer le personnel pendant les gardes ;
- ✓ Renforcer la CCC sur les mesures de prévention du paludisme ;
- ✓ Prendre en charge les enfants malades selon les protocoles.

A l'endroit de la population

- ✓ Adopter les mesures de prévention contre les maladies infantiles telles que l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée, le lavage des mains au savon, la protection contre les IRA, alimentation saine et équilibrée adapté à l'âge de l'enfant ;
- ✓ Fréquenter les structures périphériques dès les premiers signes.

REFERENCES

REFERENCES:

- 1- Hajizadeh M, Nand A, Heymann J. Social inequality in infant mortality : what explains variation across low and middle income countries? SocSci Med 2014;101:36-46.
- 2- UNICEF, OMS, le Groupe de la Banque mondiale et la Division de la population des Nations Unies. Selon les dernières estimations 15000 enfants sont morts chaque jour en 2016. NEW YORK /GENEVE/WASHINGTON ; blogs.worldbank.org ; 19 octobre 2017 ; 1p
- 3- OMS. Niveaux et tendances de la mortalité infantile : rapport de 2018-SUN. NEW YORK /GENEVE/WASHINGTON ; <https://scalingupnutrition.org> > news .18 septembre 2018 ; 1p
- 4- UNICEF. La situation des enfants dans le monde en 2016 : l'égalité des chances pour chaque enfant. 2016 ; 109-110 p.
- 5- PR RAMBAUD 2003 Mobilité et Mortalité infantiles hpp /www.sante.ujf – grenoble.fr
- 6- TRAORE I. Morbidité et Mortalité chez les enfants de 01 à 59 mois hospitalisés au service de pédiatrie générale du CHU Gabriel Touré de janvier à décembre 2013. Thèse de Médecine; Bamako; FMOS; 2015 ; 39-45
- 7- Mohamed B Maïga : Motifs de consultation dans le service de pédiatrie du CS Réf CI du district de Bamako [Thèse] médecine, université de Bamako 2009-10.
- 8- Définition du motif d'hospitalisation , <https://www.santé.lefigaro.fr>.
- 9- 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>
- 10- Leoung G.S., Stanford J.F., GIORDANO M.F et al. Trimethoprim-Sulfamethoxazole (TMP-SMZ) dose escalation versus direct challenge for pneumocystis carinii pneumonia prophylaxis in HIV-infected patients with previous adverse reaction to TMP-SMZ. *J. Infect Dis* 2001; 184:992-997.

11 -Les principaux repères sur les maladies diarrhéiques selon OMS[en ligne]. [02 Mai 2017]. Disponible :<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>.

12- Charline D.Infection respiratoire aigues :définition , symptômes et diagnostic.Pharmacien ; Santé sur le net, 1p

13-Professeur Pierre Aubry, Docteur Bernard-Alex Gauzere, Mise a jour le 20/02/2022.**Infections respiratoires aiguës [Actualités 2022].Disponible :**www.medecinetropicale.com .

14-E. Faure, Dr Labreze.La meningite .[En ligne]. Disponible sur : <www.caducee.net/meningite> ,consulté le10/03/2017

15. Julie L. Les méningites communautaires de l'enfant. [Thèse de médecine]. [France] : Université henrie Poincaré nancy1 ; 2006.

16- Ministère de la santé du Maroc. Guide de la lutte contre les méningites bactériennes communautaire. [Internet]. Royaume du Maroc/OMS ; 2010 [cité 2 août 2018]. Disponible sur : <http://www.sante.gov.ma/Publications/Guides-Manuels/Documents/Guide%20m%C3%A9ningites.pdf>

17-Van der Linden D, Sanzot G. Les pathologies infectieuses en pédiatrie. [Internet]. Université catholique de Louvain. ; 2013 [cité 29 juill 2018]. Disponible sur : http://www.pediatrie.be/files/Syllabus_infectiologie_pediatrique_2013-2014.pdf

18-Blok L, Cereceda M, Gastellu-etclegorry M, Henkens M, Rigal J, de Smet M, et al. Guide clinique et thérapeutique pour les programmes curatifs des hôpitaux et dispensaires à l'usage des prescripteurs. MSF 7^{ème} édition ; 2007.

19-Bourrillon A, et al. Pédiatrie pour le praticien. 6^e éd. Paris : Elsevier/Masson ; (pédiatrie au quotidien) ; 2011. 944 p.

20-Duval X. Prise en charge des méningites bactériennes aiguës communautaires conférence de consensus. [Internet]. Société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF) ; 2008 [cité 3 août 2018]. Disponible sur :

http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/media/JNI/JNI09/COM/RAFFI_DUV_AL_MENINGITES-JNI09.pdf

21. Dr Tedros AG. *Remettre la lutte mondiale contre le paludisme sur la bonne voie.* Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé ; http://www.who.int/malaria/pub/Word/malaria_report_2018.pdf ; 1p.

22- Organisation Mondiale de la Santé. *Rapport sur le paludisme dans le monde 2018.* 20 Avenue Apia 1211 Genève 27 Suisse infogmp@who.int; 2018

23- Dr Koné DT. *Prêts à vaincre le paludisme.* Directrice adjointe du programme national de lutte contre le paludisme. 11^{ème} édition 23 avril 2018; 1p

24- Professeur Aubry P, Docteur Gaüzère BA. *Médecine tropicale : Paludisme Actualité 2019.* www.medecinetropicale.com ; 3-24.

ANNEXES

Fiche signalétique

Nom : CAMARA

Prénom : YOUSOUF

Pays d'origine : MALI

Titre : Motif d'hospitalisation des enfants dans une structure de première référence : cas de la pédiatrie du CSréf de la commune V

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Année Universitaire : 2021 - 2022

Ville de Soutenance : BAMAKO

Secteur d'Intérêt : la recherche.

Adresse électronique : camarayouss7666@gmail.com

Résumé :

Objectif : L'objectif de notre étude était d'étudier les principaux motifs d'hospitalisation des enfants dans le service de pédiatrie du Centre de Santé de Référence de la Commune V du district de Bamako.

Méthodes : Une étude transversale et prospective au niveau du service de pédiatrie Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako a permis d'inclure tous les enfants âgés 1 à 180 mois, hospitalisé pendant la période d'étude allant du 1^{er} janvier 2020 au 31 décembre 2020. Les données concernant les caractéristiques sociodémographiques, cliniques, para cliniques et pronostiques ont été compilées et analysées.

Résultats : Durant la période d'étude 477 enfants âgés 1 à 180mois ont été hospitalisés dont une prédominance masculine soit 64,20% avec un sex-ratio de 1,74. Plus du tiers de nos enfants ont été amenés par les parents soit 72% ; les pères étaient en majorité non scolarisés et ouvriers soit respectivement 51,36% et 33,54%. Les mères étaient en majorité non scolarisées et femme au foyer dans respectivement 67,50% et 66,46% cas. Le principal motif d'hospitalisation a été le paludisme grave, la méningite et les broncho-pneumopathies avec respectivement

(51,57%) ; (15,51%) ; (14,50%). Les cas du paludisme forme grave étaient dominés surtout par les formes mixtes (anémique et neurologique) et l'insuffisance rénale aiguë a été la complication la plus associée au paludisme.

Mots clés : Motifs, hospitalisation, enfants, Centre de Santé de Référence de la commune V, Bamako-Mali.

Summary:

Objective: The objective of our study was to study the main reasons for hospitalization of children in the pediatric department of the Reference Health Center of Commune V of the district of Bamako.

Methods: A cross-sectional and prospective study at the level of the pediatric department Reference Health Center of Commune V of the District of Bamako made it possible to include all children aged 1 to 180 months, hospitalized during the study period from January 1, 2020 to December 31, 2020. Data on sociodemographic, clinical, paraclinical and prognostic characteristics were compiled and analyzed.

Results: During the study period, 477 children aged 1 to 180 months were hospitalized, including a male predominance of 64.20% with a sex ratio of 1.74. More than a third of our children were brought by parents, i.e. 72%; the majority of fathers were out of school and workers, i.e. 51.36% and 33.54% respectively. The majority of mothers were out-of-school and housewives in 67.50% and 66.46% respectively. The main reason for hospitalization was severe malaria, meningitis and broncho-pneumonitis with respectively (51.57%); (15,51%) ; (14,50%). Severe malaria cases were dominated mainly by mixed forms (anemic and neurological) and acute renal failure was the complication most associated with malaria.

Keywords: Reasons, hospitalization, children, Reference Health Center of Commune V, Bamako-Mali.

Annexe 2 :

FICHE D'ENQUETE

Date/...../202.....

I- Identification du patient

1- Numéro d'identification.....

2- Age

3- Sexe : Masculin Féminin

4- Résidence :

a) Commune V.....

b) Hors commune V :

c) Hors Bamako.....

5- Ethnie : bambara = 1 ; Malinké = 2 ; khashonké = 3 ;

Peulh = 4 Sarakolé = 5 ; Sonrhäi = 6 ; Dogon = 7 ;

Bozo = 8 ; Sénoufo = 9 ; Bobo = 10 ; Minianka = 11 ;

Diawando = 12 ; Maure = 13 ; Autres = 14 (préciser)

6-Motifs d'hospitalisation.....

7-ORIGINE :

Référé : OUI

NON

II- Identification des parents

TEL.....

A- Le père

1- Age :

2- Profession : Fonctionnaire = 1 ; Commerçant = 2 ; Cultivateur

= 3 ; Chauffeur = 4 ; Etudiant/élève = 5 ;

Autres = 6 (préciser).....

3-Niveau d'instruction : Primaire = 1 ; Secondaire = 2 ;

Supérieur = 3 ; Non instruit = 4 ; Autres = 5

(préciser).....

B- La mère

1- Age :

2- Ethnie : Bambara = 1 ; Malinké = 2 ; khassonké = 3 ; Peulh = 4 ;
Sarakolé = 5 Sonrhäï = 6 ; Dogon = 7 ; Bozo = 8 ; Sénoufo = 9 ;
Bobo = 10 ;
Minianka = 11 Diawando = 12 ; Maure : 13 ; Autres = 14
(Préciser).....

3-Profession : Fonctionnaire = 1 ; Commerçant = 2 ; Cultivateur =
3 ;
Chauffeur = 4 ; Etudiante/élève = 5 ; Autres = 6
(préciser).....

4-Niveau d'instruction : Primaire = 1 ; Secondaire= 2 ;
Supérieur = 3 ; Non instruit = 4 ; Autres = 5 (préciser).....

C- Statut socioéconomique des parents selon son accompagnant(e):

1-Favorable 2-Non Favorable

III-Maladie

1-Délai avant la 1ère consultation:.....

2-Nombre de consultation avant l'hospitalisation :.....

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

a) par automédication oui = 1 ; non = 2

Si oui, type de médicaments administrés : Moderne Traditionnel

b) Dans un centre de santé

c) Par un personnel de santé à domicile.....

d) Par un tradithérapeute.....

3-Examens de l'enfant à l'admission :

Etat général.....

Peau /Muqueuse /Phanères.....

.....

Cœur/Poumons.....

Examen neurologique.....

4-Examens complémentaires réalisés.....

.....

5-Diagnostic d'entrée :

6-Diagnostic final à la sortie

7-Traitements :.....

IV-Devenir :

1-Guérit et exéat.....

2-Référe.....

3 - Décédé

4-Abandon

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 !