

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE

-----=0=-----

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple- Un But- Une Foi

**UNIVERSITE DE BAMAKO**  
**Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie**

2004-2005

TITRE

**Motifs de consultation dans  
le service de pédiatrie de  
l'hôpital Gabriel Touré**

**THESE**

*Présentée et soutenue publiquement le ../.../....à....Heures devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie du Mali..*

*Par Mr Seydou Sissoko*

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

**Examineurs**

**Président du Jury:** Professeur Abdel Kader TRAORE

**Membre:** Docteur Samba Ousmane SOW

**Codirecteur de Thèse :** Docteur Broulaye TRAORE

**Directeur de thèse:** Professeur Mamadou Marouf KEITA

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

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2004 - 2005**

**ADMINISTRATION**

DOYEN : **MOUSSA TRAORE** - PROFESSEUR

1<sup>er</sup> ASSESSEUR : **MASSA SANOGO** - MAITRE DE CONFERENCES

2<sup>eme</sup> ASSESSEUR : **GANGALY DIALLO** - MAITRE DE CONFERENCES

AGREGE

SECRETAIRE PRINCIPAL : **YENIMEGUE ALBERT DEMBELE** - MAITRE DE  
CONFERENCES AGREGE

AGENT COMPTABLE : **M<sup>me</sup> COULIBALY FATOUMATA TALL** -  
CONTROLEUR DES FINANCES

**LES PROFESSEURS HONORAIRES**

M. Alou BA

M. Bocar SALL

M. Souleymane SANGARE

M. Yaya FOFANA

M. Mamadou L. TRAORE

M. Balla COULIBALY

M. Mamadou DEMBELE

M. Mamadou KOUMARE

M. Mohamed TOURE

M. Ali Nouhoum DIALLO

M. Aly GUINDO

Ophtalmologie

Orthopédie-Traumatologie-  
Secourisme

Pneumo-phtisiologie

Hématologie

Chirurgie Générale

Pédiatrie

Chirurgie Générale

Pharmacognosie

Pédiatrie

Médecine interne

Gastro-Entérologie

**LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE**

**D.E.R. CHIRURGIE RT SPECIALITES CHIRURGICALES**

**1. PROFESSEURS**

M. Abdel Karim KOUMARE

M. Sambou SOUMARE

M. Abdou Alassane TOURE

M. Kalilou OUATTARA

M. Amadou DOLO

M. Alhousseini Ag MOHAMED

Chirurgie Générale

Chirurgie Générale

Orthopédie-Traumatologie, **Chef de  
D.E.R.**

Urologie

Gynéco-Obstétrique

O.R.L.

**2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES**

M. Abdoulaye DIALLO

M. Djibril SANGARE

M. Abdel Kader TRAORE Dit DIOP

M. Abdoulaye DIALLO

Ophtalmologie

Chirurgie Générale

Chirurgie Générale

Anesthésie - Réanimation

M. Gangaly DIALLO

Chirurgie Viscérale

### **3. MAITRES DE CONFERENCES**

M<sup>me</sup> SY Aïda SOW

Gynéco-Obstétrique

M. Salif DIAKITE

Gynéco-Obstétrique

### **4. MAITRES ASSISTANTS**

M<sup>me</sup> DIALLO Fatimata S. DIABATE

Gynéco-Obstétrique

M. Mamadou TRAORE

Gynéco-Obstétrique

M. Sadio YENA

Chirurgie Générale et Thoracique

M. Filifing SISSOKO

Chirurgie Générale

M. Issa DIARRA

Gynéco - Obstétrique

M. Youssef COULIBALY

Anesthésie-Réanimation

M. Samba Karim TIMBO

O.R.L

M<sup>me</sup> TOGOLA Fanta KONIPO

O.R.L

### **5. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE**

M<sup>me</sup> Diénéba DOUMBIA

Anesthésie -Réanimation

M. Mamadou L. DIOMBANA

Stomatologie

M. Sékou SIDIBE

Orthopédie - Traumatologie

M. Abdoulaye DIALLO

Anesthésie - Réanimation

M. Tiéman COULIBALY

Orthopédie - Traumatologie

M<sup>me</sup> TRAORE J. THOMAS

Ophtalmologie

M. Nouhoum ONGOIBA

Anatomie & Chirurgie Générale

M. Zanafon OUATTARA

Urologie

M. Zimogo Zié SANOGO

Chirurgie Générale

M. Adama SANGARE

Orthopédie - Traumatologie

M. Sanoussi BAMANI

Ophtalmologie

M. Doulaye SACKO

Ophtalmologie

M. Ibrahim ALWATA

Orthopédie - Traumatologie

M. Lamine TRAORE

Ophtalmologie

M. Mady MACALOU

Orthopédie - Traumatologie

M. Aly TEMBELY

Urologie

M. Niani MOUNKORO

Gynécologie - Obstétrique

M. Tiemoko D. COULIBALY

Odontologie

M. Souleymane TOGORA

Odontologie

M. Mohamed KEITA

O.R.L

## **D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES**

### **1. PROFESSEURS**

M. Daouda DIALLO

Chimie Générale & Minérale

M. Siné BAYO

Anatomie-Pathologie-

M. Amadou DIALLO

Histoembryologie

M. Moussa HARAMA

Biologie

Chimie Organique

M. Ogobara DOUMBO

Parasitologie – Mycologie

## **2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES**

M. Yénimégué Albert DEMBELE

Chimie Organique

M. Anatole TOUNKARA

Immunologie, **Chef de D.E.R.**

M. Amadou TOURE

Histoembryologie

M. Flabou BOUGOUDOGO

Bactériologie – Virologie

## **3. MAITRES DE CONFERENCES**

M. Bakary M. CISSE

Biochimie

M. Abdourahamane.S MAIGA

Parasitologie

M. Adama DIARRA

Physiologie

M. Mamadou KONE

Physiologie

M. Massa SANOGO

Chimie Analytique

## **4. MAITRES ASSISTANTS**

M. Mahamadou CISSE

Biologie

M. Sékou F. M. TRAORE

Entomologie Médicale

M. Abdoulaye DABO

Malacologie, Biologie Animale

M. Abdourahamane TOUNKARA

Biochimie

M. Ibrahim I. MAIGA

Bactériologie – Virologie

M. Moussa Issa DIARRA

Biophysique

M. Amagana DOLO

Parasitologie

M. Kaourou DOUCOURE

Biologie

M. Bouréma KOURIBA

Immunologie

M. Souleymane DIALLO

Bactériologie – Virologie

M. Cheick Bougadari TRAORE

Anatomie – Pathologie

M. Lassana DOUMBIA

Chimie Organique

## **5. ASSISTANTS**

M. Mounirou BABY

Hématologie

M. Mahamadou A. THERA

Parasitologie

M. Mangara M. BAGAYOGO

Entomologie Moléculaire Médicale

M. Guimogo DOLO

Entomologie Moléculaire Médicale

M. Abdoulaye TOURE

Entomologie Moléculaire Médicale

M. Djibril SANGARE

Entomologie Moléculaire Médicale

M. Moctar DIALLO

Biologie – Parasitologie

M. Boubacar TRAORE

Immunologie

M. Bokary Y. SACKO

Biochimie

## **D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES**

### **1. PROFESSEURS**

M. Abdoulaye Ag RHALY

Médecine Interne

M. Mamadou K. TOURE

Cardiologie

M. Mahamane MAIGA	Néphrologie
M. Baba KOUMARE	Psychiatrie, <b>Chef de D.E.R.</b>
M. Moussa TRAORE	Neurologie
M. Issa TRAORE	Radiologie
M. Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
M. Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
M. Dapa Aly DIALLO	Hématologie
M. Moussa Y. MAIGA	Hépto-Gastro –Entérologie

## **2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES**

M. Toumani SIDIBE	Pédiatrie
M. Bah KEITA	Pneumo – Phtisiologie
M. Boubacar DIALLO	Cardiologie
M. Somita KEITA	Dermato-Léprologie
M. Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
M. Siaka SIDIBE	Radiologie

## **3. MAITRES ASSISTANTS**

M. Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
M. Mamady KANE	Radiologie
M <sup>me</sup> Tatiana KEITA	Pédiatrie
M <sup>me</sup> TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
M. Adama D. KEITA	Radiologie
M <sup>me</sup> SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
M <sup>me</sup> Habibatou DIAWARA	Dermatologie

## **4. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE**

M. Bou DIAKITE	Psychiatrie
M. Bougouzié SANAGO	Gastro-Entérologie
M. Saharé FONGORO	Néphrologie
M. Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
M. Kassoum SANOGO	Cardiologie
M. Seydou DIAKITE	Cardiologie
M. Mahamadou B. CISSE	Pédiatrie
M. Arouna TOGORA	Psychiatrie
M <sup>me</sup> DIARRA Assétou SOUCKO	Médecine Interne
M. Boubacar TOGO	Pédiatrie
M. Mahamadou TOURE	Radiologie
M. Idrissa A. CISSE	Dermatologie
M. Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
M. Anselme KONATE	Hépto-Gastro-Entérologie
M. Moussa T. DIARRA	Hépto-gastro-Entérologie
M. Souleymane DIALLO	Pneumologie
M. Souleymane COULIBALY	Psychologie
M. Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses
M. Soungalo DAO	Maladies Infectieuses

## **5. ASSISTANT**

M. Cheick Oumar GUINTO

Neurologie

## **D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES**

### **1. PROFESSEURS**

M. Boubacar Sidiki CISSE

Toxicologie

M. Gaoussou KANOUTE

Chimie Analytique, **Chef de D.E.R.**

### **2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE**

M. Ousmane DOUMBIA

Pharmacie Chimique

### **3. MAITRES DE CONFERENCES**

M. Boulkassoum HAIDARA

Législation

M. Elimane MARIKO

Pharmacologie

### **4. MAITRES ASSISTANTS**

M. Benoît KOUMARE

Chimie Analytique

M. Drissa DIALLO

Matières Médicales

M. Alou KEITA

Galénique

M. Ababacar I. MAIGA

Toxicologie

M. Yaya KANE

Galénique

### **5. ASSISTANTS**

M<sup>me</sup> Rokia SANOGO

Pharmacognosie

Législation

M. Saïbou MAIGA

M. Ousmane KOITA

Parasitologie Moléculaire

## **D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE**

### **1. PROFESSEUR**

M. Sidi Yaya SIMAGA

Santé Publique, **Chef de D.E.R.**

### **2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE**

M. Moussa A. MAIGA

Santé Publique

### **3. MAITRE DE CONFERENCES**

M. Sanoussi KONATE

Santé Publique

### **4. MAITRES ASSISTANTS**

M. Bocar G. TOURE

Santé Publique

M. Adama DIAWARA

Santé Publique

M. Hamadoun SANGHO

Santé Publique

M. Massambou SACKO  
M. Alassane A. DICKO

Santé Publique  
Santé Publique

### **5. ASSISTANTS**

M. Samba DIOP  
M. Seydou DOUMBIA  
M. Oumar THIERO

Anthropologie Médicale  
Epidémiologie  
Biostatistique

### **CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES**

M. N'Golo DIARRA  
M. Bouba DIARRA  
M. Salikou SANOGO  
M. Boubacar KANTE  
M. Souleymane GUINDO  
M<sup>me</sup> DEMBELE Sira DIARRA  
M. Modibo DIARRA  
M<sup>me</sup> MAIGA Fatoumata SOKONA  
M. Mahamadou TRAORE  
M. Yaya COULIBALY

Botanique  
Bactériologie  
Physique  
Galénique  
Gestion  
Mathématiques  
Nutrition  
Hygiène du milieu  
Génétique  
Législation

### **ENSEIGNANTS EN MISSION**

Pr. Doudou BA  
Pr. Babacar FAYE  
Pr. Eric PICHARD  
Pr. Mounirou CISSE  
Pr. Amadou Papa DIOP

Bromatologie  
Pharmacodynamie  
Pathologie Infectieuse  
Hydrologie  
Biochimie

*Hommages*  
*Aux*  
*membres du jury*

## *A notre maître et président du jury*

**Pr. Abdoul Kader TRAORE**

Professeur titulaire de médecine interne

Directeur du CNAM

Vous nous faites un très grand honneur en acceptant spontanément de présider ce jury malgré vos multiples responsabilités.

Nous avons toujours apprécié l'étendue de votre connaissance marquée par votre simplicité, votre disponibilité.

Trouvez cher maître l'expression de notre profonde reconnaissance.

## *A notre maître et juge*

### **Docteur Samba Ousmane Sow**

Professeur agrégé de l'université de Maryland (USA)

Epidémiologiste des maladies infectieuses

Chef de l'unité de léprologie du CNAM

Responsable technique de l'essai multicentrique ROT de l'OMS au Mali

Responsable technique de l'essai PMM de l'OMS au Mali

Coordinateur du centre pour le développement des vaccins (CVD-Mali).

C'est un grand honneur pour nous de vous compter parmi les membres du jury afin de juger ce travail.

Vos qualités humaines de simplicité, de connaissances scientifiques, de rigueur dans le travail bien fait, de modestie et de sympathie font de vous un personnage international et respecté.

Recevez cher maître l'expression de ma profonde gratitude.

## *A notre maître et directeur de thèse*

**Pr Mamadou Marouf Keita**

Professeur titulaire de pédiatrie

Chef de service de pédiatrie de l'hôpital Gabriel Touré

Président de l'association malienne de pédiatrie.

Président du comité d'éthique de la FMPOS du Mali

Cher maître, nous remercions le ciel d'avoir croisé votre chemin tout en nous glorifiant d'avoir bénéficié de votre savoir.

Vous forcez l'admiration de tous par votre grande expérience dans la recherche, vos connaissances encyclopédiques et particulièrement en pédiatrie.

Votre rigueur scientifique, la clarté de votre enseignement, votre sympathie, votre éloquence font de vous une personnalité internationale et un maître admiré des étudiants, de vos collaborateurs et de vos petits malades.

Puisse le tout puissant vous garder aussi longtemps que possible auprès de nous afin que nous, d'autres profitent de la légende vivante que vous êtes.

## *A notre maître et codirecteur de thèse*

**Dr Broulaye Traoré**

Praticien hospitalier ;

Chef de l'unité de pédiatrie III

Pédiatre conseil de l'Amaldeme

Charge de cours dans les écoles de formation sanitaires

Cher maître, ce fut pour nous une grande fierté de compter parmi vos élèves.

Votre amour pour la profession, votre souci du travail bien fait, et votre bonne foi pour nous assurer une formation solide font de vous un maître respecté

Vous nous avez spontanément accepté dans votre unité et nous avez assisté dans l'élaboration de ce travail, ce fut un grand honneur pour nous, nous vous en remercions vivement.

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

## ABREVIATIONS

HGT	: Hôpital Gabriel Touré
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
CSCOM	: Centre de Santé Communautaire
CSRef	: Centre de Santé de Référence
IRA	: Infections Respiratoires Aiguës
EDSM	: Enquête Démographique et de Santé du MALI
CVD	: Centre pour le Développement des vaccins
DEAP	: Département d'Epidémiologie des Affections Parasitaires
FMPOS	: Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie
CCC	: Communication pour le Changement de Comportement
PCIME	: Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
DNSP	: Direction Nationale de la Santé Publique
IMAARV	: Initiative Malienne d'Accès aux Antirétroviraux
MSSPA	: Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées
PNL-MD	: Programme National de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques
ONU	: Organisation des Nations Unies
VAT	: Vaccin antitétanique
CNAM	: Centre National d'Appui à la Lutte contre la Maladie

## Sommaire

<b>I Introduction.....</b>	<b>1</b>
<b>II Objectifs.....</b>	<b>4</b>
<b>III Généralités.....</b>	<b>5</b>
III.1 Fièvre.....	6
III.2 IRA.....	7
III.3 Diarrhée.....	8
III.4 Malnutrition.....	10
III.5 Paludisme.....	11
III.6 Méningite.....	12
III.7 Allaitement au sein.....	12
<b>IV Méthodologie.....</b>	<b>14</b>
IV.1 Cadre d'étude.....	14
IV.2 Type d'étude.....	17
IV.3 Période d'étude.....	17
IV.4 Echantillonnage.....	17
IV.5 Critères d'inclusion.....	17
IV.6 Critères de non inclusion.....	17
IV.7 Paramètres évalués.....	18
IV.8 Traitement des données.....	19
IV.9 Problèmes d'éthique.....	20
<b>V Résultats.....</b>	<b>21</b>
V.1 Résultats descriptifs.....	21
V.2 Résultats analytiques.....	34
<b>VI Commentaires et Discussion.....</b>	<b>40</b>
VI.1 contraintes de l'étude.....	40
VI.2 Caractéristiques sociodémographiques.....	40
VI.3 Motifs de consultation, responsable de la prise de Décision, prise en charge du traitement.....	42
VI.4 Moyens thérapeutiques.....	44
VI.5 Diagnostic retenu.....	44
VI.6 Référence.....	45
VI.7 Prise en charge.....	45
<b>VII Conclusion.....</b>	<b>47</b>
<b>VIII Recommandations.....</b>	<b>48</b>
VIII.1 Aux usagers.....	48
VIII.2 Aux agents socio sanitaires.....	48
VIII.3 Aux autorités.....	48
<b>IX Bibliographie.....</b>	<b>49</b>
<b>X Annexes</b>	

## **I- INTRODUCTION**

La politique sectorielle de santé et de population adoptée par le Mali

le 13 décembre 1990 vise à :

- Réduire la mortalité et la morbidité dues aux principales maladies.
- Améliorer l'état de santé des populations.
- Etendre la couverture sanitaire tout en rendant les services de santé accessibles à la population.
- Implanter un dispositif de soins adapté aux réalités socio-économiques des populations.

Cette politique a mis en place un système national de soins qui peut être schématisé sous la forme d'une pyramide dont la base représente l'ensemble de la population (pour les soins primaires) et le sommet (hôpitaux nationaux) le dernier recours médical du pays <sup>[13]</sup>.

L'hôpital Gabriel Touré constitue avec l'hôpital du Point G et l'hôpital de Kati le troisième niveau de référence ou sommet de la pyramide et par conséquent ne doit recevoir que les patients référés des autres structures.

La Pédiatrie de L'H.G.T se situe au cœur de la ville de BAMAKO ce qui la rend très accessible, recevant ainsi un flux de malades la détournant de ses missions principales qui sont :

- La prise en charge des malades graves référés par le CSRef

-La formation des élèves des écoles socio-sanitaires, des étudiants de la FMPOS et des Médecins en cours de spécialisation.

-la recherche biomédicale

Le rapport annuel du service de Pédiatrie de l'H.G.T en 2004 a révélé un nombre de consultations de 37.174 pour 6.379 hospitalisations soit 17,15% des malades hospitalisés.

Les patients consultent pour des motifs les plus divers pour ce niveau de la pyramide sanitaire.

Peu d'études réalisées dans le service de Pédiatrie ont pris en compte sur le plan statistique les motifs de consultation. Néanmoins Doumbia [7] M.N en 2001 trouvait respectivement la fièvre, la toux ou les difficultés respiratoires, la diarrhée comme les principaux motifs avec respectivement 53%, 38,6%, 18,3%. Le 1<sup>er</sup> diagnostic retenu était le paludisme 32,8% suivi des I.R.A 17,7%, de la diarrhée 02,9%.

Maïga B [14] dans une étude sur les références dans le service de Pédiatrie de l'H.G.T en 2003 trouvait comme 1<sup>er</sup> motif de consultation la fièvre avec 64,8% suivie de la toux ou les difficultés respiratoires 33,7%, la diarrhée 21,7%, les vomissements 18,1%. Les pathologies fréquentes étaient essentiellement les I.R.A 35,5% suivies du Paludisme 26,8%, de la diarrhée 08,7%, de la malnutrition 08,1%.

Pour mieux appréhender la tendance actuelle nous avons envisagé cette étude tout en faisant un aperçu général sur la consultation externe du service de Pédiatrie notamment :

-S'il y a un changement de comportement de la population par le respect du système de référence (augmentation des cas référés).

- S'il y a une augmentation des hospitalisations.
- Qualité de services (accueil, temps d'attente, satisfaction de la prise en charge).

—

—

## **II- OBJECTIFS**

### **II-1- Objectif général :**

Etudier les motifs de consultation en milieu pédiatrique à l'H.G.T

### **II-2- Objectifs spécifiques :**

- ✓ Décrire les caractéristiques socio-démographiques et économiques des enfants vus en consultation externe.
- ✓ Décrire l'itinéraire thérapeutique ayant conduit les patients au service de pédiatrie.
- ✓ Identifier les motifs les plus fréquents pour lesquels les patients consultent au service de pédiatrie.
- ✓ Déterminer le nombre des patients hospitalisés parmi les consultants.
- ✓ Déterminer le taux de référence à ce niveau de la pyramide sanitaire.
- ✓ Faire des recommandations.

### III- GENERALITES :

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.

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. Les autres affections pédiatriques n'offrent pas de grande particularité, en dehors des hémoglobinoses, anomalies génotypiques ethniques, responsables d'anémies graves et de décès chez les enfants Africains et Asiatiques.

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 un tribut particulièrement lourd au paludisme.

Les insuffisances ou erreurs d'apport alimentaire sont en milieu défavorisé, responsables d'affections carencielles parmi lesquelles les plus graves sont la malnutrition protidique (kwashiorkor) et les anémies carencielles [12].

L'Afrique constitue la région du monde où la mortalité infantile est la plus élevée avec des disparités entre les différentes régions :

- Afrique Australe : 51‰
- Afrique Septentrionale : 51‰

- Afrique Occidentale : 89‰ (Sénégal 68‰ ; Guinée 98‰ ; Burkina Faso 105‰ ; Côte d'Ivoire 112‰ ; Mali 123‰ ; Niger 123‰ ) .
- Afrique Orientale : 102‰
- Afrique centrale : 106‰

Ce taux est plus bas dans les pays développés avec au Canada 5,5‰ , Etats Unis d'Amérique 7‰ , Europe 9‰ [28]

Le Mali est l'un des pays d'Afrique Occidentale où la mortalité infanto-juvénile est élevée 238‰ soit près d'un enfant sur quatre avec le Niger 318‰ et le Sénégal 191‰ [4].

### **- III.1 LA FIEVRE :**

La fièvre est un symptôme, pas une maladie. 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 âge la fièvre avait une connotation négative inquiétante : 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 contre sens majeur maintient une image péjorative de la fièvre .

La fièvre est le plus souvent reliée à une infection virale ou bactérienne mais elle peut avoir pour origine un coup de chaleur, une déshydratation ou un désordre neurologique.

La fièvre représente un motif extrêmement 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 atteint ou dépasse 40°).

Les convulsions hyperpyrétiques représentent la plus fréquente de ses complications.

Une enquête effectuée aux urgences d'un hôpital pédiatrique Parisien montre que seulement 55% des familles d'enfants fébriles possèdent un thermomètre et que, parmi elles, 40% seulement ont pris la température de l'enfant avant de l'amener en consultation <sup>[10]</sup>.

### **III.2 LES INFECTIONS RESPIRATOIRES :**

Selon l'OMS, 30 à 60% des consultations pédiatriques dans les services de santé et 30 à 40% des hospitalisations peuvent être imputées aux IRA <sup>[23]</sup>.

Dans le monde entier et particulièrement dans les pays en développement les IRA représentent un important problème de santé publique en raison de la morbidité qu'elles déterminent et la forte mortalité infanto-juvénile qu'elles entraînent. On distingue les IRA hautes et les IRA basses, la limite anatomique entre les deux étant la glotte.

Les IRA basses se placent au premier rang de la mortalité due aux IRA puisque l'OMS estime qu'elles sont responsables à elles seules de plus de 70% de décès <sup>[8]</sup>.

Au Cameroun, la prévalence des IRA est de 9% avec une mortalité de 12,45% dont 12% au décours de la rougeole et 12,9% pour le reste des IRA <sup>[9]</sup>.

Au Mali les IRA représentent la première cause de consultation pédiatrique et la deuxième cause de décès des enfants de 0 à 5 ans après les fièvres idiopathiques [2].

Selon COULIBALY SM dans une étude sur la morbidité et la mortalité dans le service de pédiatrie de l'Hôpital Gabriel TOURE en 2001, les IRA représentent 24,19% du total des consultations externes et causent 37,2% de décès dans la tranche d'âge de 0 à 4 ans.

En effet de nombreux auteurs estiment que chaque enfant de 0 à 5 ans présente en moyenne 4 à 6 épisodes d'IRA par an d'une durée de 7 à 9 jours soit un total d'un milliard d'épisodes par an [29].

L'immense majorité de ces infections est d'origine virale (90% au moins) et ne justifie pas une antibiothérapie. Les bactéries en cause sont essentiellement le Streptocoque A ; le Pneumocoque ; *Haemophilus influenzae b*.

Il faut souligner que bon nombre d'infections à virus induisent une surinfection bactérienne.

La récurrence si fréquente de ces manifestations respiratoires est liée d'une part à la multiplicité du virus, d'autre part à l'immunité incomplète ou temporaire conférée par bon nombre d'entre eux chez l'enfant qui doit créer ses défenses.

### **III.3 LA DIARRHÉE :**

Elle se définit par l'émission de selles liquides ou molles ( $\geq$  à 3/jour).

Selon leur caractère, on distingue :

- La diarrhée aqueuse ou profuse de consistance très liquide

- La diarrhée glaireuse contenant du mucus
- La diarrhée sanglante contenant du sang
- La diarrhée glairo-sanglante ou dysenterie qui se caractérise par l'émission de sang et de mucus est l'un des types de diarrhée les plus tenaces.

Dans 80% des cas elle est d'origine virale (Rota virus, Adénovirus) <sup>[12]</sup>. Les bactéries qui peuvent être responsables sont les salmonelles, les shigelles, campylobacter... Chez un nouveau né immunocompétent les étiologies parasitaires et le Candida ne sont pas impliqués.

La couleur et l'odeur des selles n'ont aucun intérêt décisionnel. Seule la présence de sang peut être évocatrice d'une infection intestinale bactérienne justifiant une coproculture et une antibiothérapie.

Les maladies diarrhéiques en général constituent un motif fréquent de consultation dans les services de santé .Leur incidence est très élevée dans les pays en développement où l'assainissement et l'approvisionnement en eau potable sont inadéquats.

De part leur conséquence, notamment la déshydratation et la sous-nutrition, les maladies diarrhéiques constituent directement ou indirectement l'une des principales causes de décès des jeunes enfants dans les pays en voie de développement.

C'est ainsi que l'OMS estimait en 1980 à 744 millions le nombre d'enfants de moins de 5 ans atteints de diarrhée et à 10 décès par minute par cause de diarrhée <sup>[6]</sup>.

En 1985, une étude réalisée par le programme national de lutte contre les maladies diarrhéiques a montré que la diarrhée représente plus d'un quart des

causes d'hospitalisation et de décès dans le service de Pédiatrie de l'hôpital GABRIEL TOURE .

L'OMS estime à un milliard les épisodes de diarrhée par an chez les enfants de moins de 5 ans dont 3,5 milliards de décès et 80% de décès chez les moins de 2 ans dans le monde <sup>[20]</sup>.

### **III.4 LA MALNUTRITION :**

La malnutrition est rarement mentionnée comme la cause directe, elle n'en contribue pas moins à plus de la moitié des décès d'enfants. Les problèmes d'accès aux aliments ne sont pas la seule cause de la malnutrition. Des pratiques alimentaires médiocres ou une infection, et parfois les deux à la fois, constituent des facteurs majeurs <sup>[25]</sup>

Les pays Africains comptent parmi ceux qui ont un taux de mortalité infantile et infanto-juvénile les plus élevés du monde, ce qui est en grande partie imputable à la malnutrition <sup>[22]</sup>

L'insuffisance pondérale touche entre 10 et 30% des enfants de moins de 5 ans des pays en voie de développement, entre 20 et 40% accusent un retard de croissance <sup>[26]</sup>

En Afrique de l'ouest, le taux du retard de croissance se situe à 37,9% ; l'insuffisance pondérale frappe 32,8% des enfants de moins de 5ans <sup>[26]</sup>

Cette malnutrition s'installe souvent peu après l'introduction dans l'alimentation de l'enfant de produits semi-solides ou liquides à base surtout de céréales n'ayant subi aucun traitement spécifique (extrusion, fermentation...). Une forte proportion d'enfants ayant un faible poids à la naissance (inférieur à 2Kg500) le doit à la nutrition de la mère avant et pendant la grossesse <sup>[1]</sup>.

Au Mali, la malnutrition infantile constitue l'un des problèmes majeurs de santé publique. La prévalence de la malnutrition est élevée : 30% des enfants de 0 à 35 mois accusent un retard de croissance et 23% sont émaciés, 40% des enfants ont une insuffisance pondérale. Selon l'E.D.S.III, 57% des décès infanto-juvéniles au MALI sont dus à une malnutrition. Les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile sont les plus élevés dans les régions rurales de Ségou et Mopti atteignant respectivement plus de 142,4‰ et 274‰<sup>[32]</sup>

### **III.5 LE PALUDISME :**

Près de six cent mille enfants meurent chaque année du paludisme, la plupart en Afrique au sud du Sahara<sup>[32]</sup>

Chaque année dans le monde entier, entre 300 millions à 500 millions de cas sont signalés en Afrique sub-saharienne. Le paludisme cause entre 1,5 et 2,7 millions de décès par an et la plupart des victimes sont les jeunes enfants âgés de moins de 5 ans.

Il touche beaucoup plus les enfants parce qu'ils disposent d'une résistance faible et la maladie évolue rapidement<sup>[3]</sup>.

En Afrique, le Paludisme est responsable de 30 à 50% des admissions dans les hôpitaux et de pas moins de 50% des consultations externes dans les zones de haute transmission<sup>[16]</sup>. Il tue un enfant toutes les 30 secondes soit 3000 enfants chaque jour<sup>[18]</sup>

Au MALI, avec 48% des motifs de consultation dans les centres de santé [21], le Paludisme constitue l'une des pathologies les plus mortelles (13%) et les plus morbides (15,6%) surtout chez les enfants et les femmes enceintes qui constituent les couches les plus vulnérables<sup>[27]</sup>.

A Bamako dans le service de Pédiatrie de l'H.G.T, la létalité hospitalière par paludisme grave oscille entre 16 et 18,6% <sup>[13]</sup>.

Une étude faite à BANCOUMANA a montré que le paludisme représentait 62,62% en 1996 et 72,22% en 1997 le motif de consultation et que les enfants de 0 à 5 ans faisaient 1 à 1,4 accès par an <sup>[11]</sup>.

### **III.6 LA MENINGITE :**

Selon l'O.M.S en 1996, les formes épidémiques à *Neisseria meningitidis* et les formes endémiques (*Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*) ont touché trois cent mille personnes avec une mortalité de 10% <sup>[30]</sup>.

Au Mali, c'est une pathologie fréquente avec environ 10% des causes d'hospitalisation. Sy O [31] a montré que les méningites représentaient la 6<sup>ème</sup> cause d'hospitalisation pédiatrique avec 9,6%

### **III.7 L'ALLAITEMENT AU SEIN :**

Défini comme étant l'alimentation du nouveau né ou du nourrisson au lait maternel, l'allaitement maternel présente de multiples intérêts.

Il joue un rôle essentiel et parfois sous estimé dans le traitement et la prévention des maladies de l'enfant. Jusqu'à 10% des décès d'enfants de moins de 5ans peuvent être évités par une augmentation modeste de l'allaitement au sein dans le monde entier <sup>[25]</sup>.

Après une période de recul s'étalant sur un siècle environ, l'allaitement maternel retrouve de nos jours sa place dans l'alimentation du nourrisson.. Toutes les études concordent pour dire que le lait maternel est le meilleur aliment adapté au nourrisson.

Ses principaux intérêts sont les suivants :

- La nutrition infantile et la protection de l'enfant contre les infections de natures diverses (bactérienne, virale, parasitaire...)

- L'allaitement au sein constitue le principal facteur de régulation naturelle de la fécondité humaine mais aussi joue une fonction non moins importante dans le lien mère-enfant (lien psychoaffectif).

En 1988, une étude faite en Italie (BELLAGIO) par des chercheurs multidisciplinaires a montré que la protection conférée par l'allaitement maternel atteint 98% dans les six premiers mois qui suivent l'accouchement.

Cependant des tendances récentes vers l'adoption de l'allaitement artificiel peuvent présenter une menace pour la santé de bébés en particulier dans les pays en voie de développement. Cette menace est à la fois directe et indirecte :

Directe du fait que les enfants nourris au biberon seraient exposés à de plus grands risques de morbidité et de mortalité.

Indirecte du fait que l'allaitement artificiel réduit l'intervalle inter-général, et il est prouvé que les intervalles courts sont associés à une morbidité et une mortalité accrues en particulier dans les communautés déshéritées.

En ZAMBIE par exemple, l'alimentation au biberon de vient de plus en plus fréquente depuis les années 1970. Au cours de la période 1977-1992 le taux de mortalité infantile y a augmenté de 35% <sup>[25]</sup>.

## **IV- METHODOLOGIE**

### **IV.1 Cadre d'étude :**

**H.G.T- Pédiatrie :** L'H.G.T est situé dans la commune III du District de Bamako (capitale du Mali). Le service de Pédiatrie est situé au Nord-Est de l'Hôpital et est constitué de deux bâtiments principaux contigus à un niveau et comprend :

- **Le service de pédiatrie A :** il est logé à l'étage des deux bâtiments et comprend :

- L'unité de pédiatrie III :** qui comprend 5 grandes salles dont chacune dispose de 4 lits d'hospitalisation et 2 petites salles climatisées disposant chacune d'un lit d'hospitalisation.

- Une salle de perfusion.**

- L'unité de pédiatrie IV :** comprend 4 grandes salles dont chacune dispose de 4 lits d'hospitalisation.

- Une salle servant de dortoir pour les mamans dont les enfants sont hospitalisés dans l'unité de réanimation pédiatrique et de néonatalogie.

- **L'unité de réanimation pédiatrique et de néonatalogie** divisée en 4 salles d'hospitalisation : 1 salle comportant 6 lits réservée aux grands enfants dont l'état impose une surveillance régulière, 2 salles pour les nouveau-nés, et nourrissons comportant 8 grands berceaux, 8 petits berceaux, 1 salle pour les prématurés comportant 7 petits berceaux, 7 couveuses.

- Le service de pédiatrie B :** occupe le rez-de-chaussée des 2 bâtiments et comprend :

- L'unité de pédiatrie I :** avec 4 grandes salles dont chacune dispose de 4 lits ; 6 salles individuelles climatisées.

- Une salle de perfusion.**

**-L'unité de pédiatrie II** : comportant 6 grandes salles dont chacune dispose de 4 lits d'hospitalisation.

**-L'unité de consultation externe** avec :

Un service d'accueil

Une salle d'attente

Quatre boxes de consultation.

Deux salles d'observations.

Une salle occupée par le Centre pour le Développement des Vaccins (C.V.D).

Une salle occupée par le Département d'Epidémiologie des Affections Parasitaires (D.E.A.P).

**•Le personnel de la pédiatrie**

Il est constitué de :

- 1 professeur de pédiatrie chef de service
- 1 maître de conférence Agrégé de pédiatrie chef de service
- 1 Maître assistant
- 1 Assistant chef de clinique
- 2 médecins pédiatres
- 2 médecins généralistes
- 19 médecins en cours de spécialisation
- 18 techniciens de santé
- 9 techniciens supérieurs de santé
- 12 aides soignantes
- 4 manœuvres

A ceux- ci, s'ajoutent les élèves des écoles socio sanitaires et les étudiants de la F.M.P.OS de différentes années faisant leur stage.

### •Les activités du service

Elles sont constituées par :

**-La formation théorique et pratique** des médecins en spécialisation, des étudiants en médecine et des élèves des écoles socio- sanitaires.

**-La consultation externe** ; elle est payante et la majorité des malades viennent d'eux-mêmes en consultation. D'autres par contre sont référés par les centres de santé périphériques, les cliniques médicales du district et de l'intérieur du pays

**-L'hospitalisation** ; elle est gratuite en salle commune et payante en salle individuelle et en réanimation- néonatalogie.

La visite des malades hospitalisés est quotidienne et est effectuée par les médecins pédiatres, les médecins en cours de spécialisation, les étudiants et les infirmières. **-Les gardes** ; elles sont assurées par le personnel paramédical, les étudiants en fin de cycle, les médecins en cours de spécialisation et supervisées par un médecin senior. Un staff est tenu tous les matins en vue d'apprécier les prestations de la garde.

**-La recherche**, assurée par :

**Le D.E.AP** (Département d'Epidémiologie des Affections Parasitaires)

Ce Département mène une surveillance épidémiologique sur les facteurs favorisant les formes graves du paludisme à *Plasmodium falciparum* chez l'enfant.

**CVD Mali :**

Le Centre pour le Développement des Vaccins-Mali (CVD-Mali) a été créé par un accord cadre entre le ministère de la Santé du Mali et le "Center for Vaccine Development" de l'Université de Maryland, Baltimore (CVD-Maryland) en avril 2001.

Le but principal de CVD-Mali est la surveillance à base hospitalière des infections bactériennes invasives chez les enfants répondant aux critères d'inclusion vus en consultation dans le service de pédiatrie de l'hôpital Gabriel TOURE.

#### **IV.2 Type d'étude :**

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

#### **IV.3 Période d'étude :**

Notre étude s'est déroulée du 1<sup>er</sup> Mars 2004 au 28 Février 2005

#### **IV.4 Echantillonnage :**

Il s'agit d'un échantillon exhaustif de tous les enfants obéissant aux critères d'inclusion.

Nous avons calculé la taille minimale de notre échantillon en utilisant la formule  $n = 4PQ/i^2$

$n$  = Taille minimale de l'échantillon

$P$  = Prévalence = 0,67

$P + Q = 1$     $Q = 1 - P = 1 - 0,67 = 0,33$

$I$  = Précision = 0,05

On aura  $n = 4(0,67 \times 0,33) / 0,0025 = 353$

La taille minimale  $n = 353$  enfants âgés de 0 mois à 15 ans

#### **IV.5 Critères d'inclusion :**

Il s'agit de tout enfant âgé de 0 mois à 15 ans référé ou non vu en consultation externe pour la première fois pour la maladie actuelle dans le service de Pédiatrie de l'hôpital Gabriel Touré.

#### **IV.6 Critères de non inclusion :**

Il s'agit des enfants ayant un âge supérieur à 15 ans.

Les enfants venant pour le contrôle

Les enfants venant dans le cadre des visites systématiques (suivi des drépanocytaires)

#### **IV.7 Paramètres évalués :**

Un questionnaire contenant différents éléments a été élaboré pour recueillir les différentes variables. Il est subdivisé en cinq grandes rubriques.

- Rubrique I : Identification du patient :

Elle porte sur les données démographiques (nom, prénom, âge, sexe, lieu de résidence), la situation scolaire, l'ethnie et le rang dans la fratrie du patient.

- Rubrique II : Identification des parents :

Elle porte sur le nom, le prénom, l'âge, la situation matrimoniale, le déroulement de la grossesse et de l'accouchement, le niveau scolaire ainsi que le niveau socio-économique.

Le niveau socio-économique des parents a été défini de façon consensuelle et repartit en 2 groupes de critères <sup>[14]</sup>:

Groupe A	Groupe B
Location	Electricité
Radio	Téléviseur
Robinet	Réfrigérateur
Puits	Voiture
W.C (toilettes modernes)	
Latrines (toilettes traditionnelles)	

Cette répartition peut ainsi être définie en échelle de niveau :

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

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

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

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

Rubrique III : Episode actuel de la maladie

Dans ce chapitre le motif de consultation, l'identité de celui qui a décidé la consultation et de celui qui prendra en charge les soins médicamenteux, les traitements déjà reçus et le temps mis avant de consulter au service de pédiatrie ont été étudiés.

Un examen clinique de même que des examens complémentaires (si nécessaire) sont faits.

Au terme de ce chapitre, un diagnostic est retenu pour déterminer les affections les plus fréquentes en consultation externe.

Le devenir sera fonction de l'hospitalisation du malade ou du traitement en ambulatoire.

Rubrique IV : La référence

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

Rubrique V : Accueil

Ce chapitre est réservé à la perception des usagers sur l'accueil, le temps d'attente, l'examen du malade et la qualité des prestations du service de Pédiatrie.

**IV.8 Traitement des données :**

L'ensemble des données est traité, saisi et analysé sur le logiciel Epi info 6.04fr

#### **IV.9 Problèmes d'éthique :**

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

## V- RESULTATS

### V.1 Résultats descriptifs :

**Tableau I** : Répartition des patients selon la tranche d'âge

Tranche d'âge	Fréquence	Pourcentage
0-11 mois	<b>160</b>	<b>44,4</b>
1-4 ans	149	41,4
5-9 ans	41	11,4
10-15 ans	40	2,8
Total	360	100

La tranche d'âge de moins 5ans était prédominante avec 85,8%.

**Tableau II** : Répartition des patients selon le sexe

Sexe	Fréquence	Pourcentage
Masculin	<b>232</b>	<b>64,4</b>
Féminin	128	35,6
Total	360	100

Nos patients étaient du sexe masculin dans 64,4%

**Tableau III** : Répartition des patients selon la résidence

Résidence	Fréquence	Pourcentage
Commune I	69	19
Commune II	64	17,8
Commune III	31	8,6
Commune IV	52	14,4
Commune V	<b>77</b>	<b>21,4</b>
Commune VI	59	16,4
Hors Bamako	8	2,2
Total	360	100

Nos patients résidaient en commune V dans 21,4%.

**Tableau IV** : Répartition des patients selon l'ethnie

Ethnie	Fréquence	Pourcentage
Bambara	<b>105</b>	<b>29,2</b>
Sarakolé	64	17,8
Peulh	61	16,9
Malinké	57	15,8
Sonrhai	14	3,9
Bozo	13	3,6
Bobo	9	2,5
Minianka	8	2,2
Dogon	6	1,7
Senoufo	6	1,7
Kassonké	4	1,1
Maure	3	0,8
Autres*	10	2,8
Total	360	100

\* Autres : Tamachek, somono, dafing, diawando

Les bambara étaient l'ethnie majoritaire dans 29,2%.

**Tableau V** : Répartition des patients selon le rang dans la fratrie

Rang dans la Fratrie	Fréquence	Pourcentage
1 <sup>er</sup>	<b>95</b>	<b>26,4</b>
2 <sup>eme</sup>	74	20,6
3 <sup>eme</sup>	65	18,1
4 <sup>eme</sup>	44	12,2
5 <sup>eme</sup>	30	8,3
6 <sup>eme</sup>	24	6,7
7 <sup>eme</sup>	10	2,8
8 <sup>eme</sup>	6	1,7
9 <sup>eme</sup>	3	0,8
10 <sup>eme</sup>	8	2,2
11 <sup>eme</sup>	1	0,3
Total	360	100

26,4% des patients étaient du 1<sup>er</sup> de la fratrie.

**Tableau VI** : Répartition des patients selon la situation matrimoniale du Père

Situation matrimoniale	Fréquence	Pourcentage
Célibataire	33	9,2
Divorcé	2	0,6
Veuf	1	0,3
Total		

90% des pères de nos patients étaient mariés.

**Tableau VII** : Répartition des patients selon secteur d'activité du père

Secteur d'activité	Fréquence	Pourcentage
Sans activité	6	1,7
Fonctionnaire	80	22,2
Commerçant	<b>115</b>	<b>31,9</b>
Cultivateur	32	8,9
Chauffeur	36	10,0
Etudiant	5	1,4
Autres *	86	23,9
Total	360	100

31,9% des pères de nos patients étaient des commerçants.

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

Niveau d'étude	Fréquence	Pourcentage
Primaire	<b>110</b>	<b>30,6</b>
Secondaire	89	24,7
Supérieur	41	11,4
Aucun	120	33,3
Total	360	100

30,6% des pères de nos patients avaient un niveau d'instruction primaire.

**Tableau IX** : Répartition des patients selon le niveau socio-économique du père

Niveau socio-économique	Fréquence	Pourcentage
Très faible	<b>138</b>	<b>38,3</b>
Faible	126	35,0
Moyen	66	18,3
Bon	30	8,3
Total	360	100

38,3% des pères de nos patients avaient un niveau socio-économique très faible.

**Tableau X** : Répartition des patients selon le statut matrimonial de la mère

Situation matrimoniale	Fréquence	Pourcentage
Marié	<b>317</b>	<b>88,1</b>
Célibataire	39	10,8
Divorcé	1	0,3
Veuve	3	0,8
Total	360	100

88,1% des mères de nos patients étaient mariées.

**Tableau XI**: Répartition des patients selon le secteur d'activité des mères

Secteur d'activité	Fréquence	Pourcentage
Fonctionnaire	23	6,4
Ménagère	<b>230</b>	<b>63,9</b>
Commerçante	45	12,5
Teinturière	12	3,3
Autres	50	13,9
Total	360	100

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

**Tableau XII:** Répartition des patients selon le niveau d'étude de la mère

Niveau d'étude	Fréquence	Pourcentage
Primaire	<b>88</b>	<b>24,4</b>
Secondaire	69	19,2
Supérieur	13	3,6
Aucun	190	52,8
Total	360	100

24,4% des mères de nos patients avaient un niveau de scolarisation primaire.

**Tableau XIII :** Répartition des mères selon la parité

PARITE	Fréquence	Pourcentage
1	<b>90</b>	<b>25,3</b>
3	61	16,9
4	46	12,8
5	44	12,2
6	36	10,0
7	7	1,9
8	4	1,1
9	5	1,4
10	6	1,7
12	1	0,3
Total	360	100

25,3% des mères avaient fait une parité.

**Tableau XIV** : Répartition des mères selon le type d'accouchement

TYPE accouchement	Fréquence	Pourcentage
Eutocique	<b>336</b>	<b>93,3</b>
Dystocique	24	6,7
Total	360	100

93,3% des nos enfants étaient issus d'un accouchement normal.

**Tableau XV** : Répartition des mères selon le suivi des CPN

CPN	Fréquence	Pourcentage
OUI	<b>337</b>	<b>93.6</b>
NON	23	6,4
Total	360	100

93,6% des mères ont fait au moins une CPN.

**Tableau XVI** : Répartition des mères selon le bilan de grossesse

Bilan	Fréquence	Pourcentage
Oui	<b>266</b>	<b>73,9</b>
Non	94	26,1
Total	360	100

73,9% des mères avaient fait au moins un bilan prénatal.

**Tableau XVII**: Répartition des mères selon la chimioprophylaxie antipalustre

Chloroquine	Sulfadoxine -pyrimethamine		TOTAL
	OUI	NON	
OUI	<b>2</b>	<b>277</b>	<b>279</b>
NON	42	39	81
Total	44	316	360

279 mères ont utilisé la chloroquine contre 44 mères pour la SP.

**Tableau XVIII:** Répartition des mères selon la prévention antitétanique

VAT	Fréquence	Pourcentage
OUI	<b>201</b>	<b>55.8</b>
NON	159	44.2
Total	360	100

55,8% des mères étaient vaccinées par le VAT.

**Tableau XIX :** Répartition des patients selon le motif de consultation

Motifs de consultation	Fréquence	Pourcentage
<b>Fièvre</b>	<b>72</b>	<b>20</b>
Vomissements	6	1,7
Toux/Dyspnée	20	5,6
Convulsions/coma	1	0,3
Cris plaintifs/refus de téter	8	2,2
Diarrhée	23	6,4
Fièvre+vomissements	5	1,4
<b>Fièvre+toux/dyspnée</b>	<b>83</b>	<b>23,1</b>
Fièvre+convulsions/coma	37	10,3
Fièvre+cris plaintifs/refus de téter	23	6,4
Fièvre+diarrhée	26	7,2
Douleur abdominale/amaigrissement	19	5,3
Autres	37	10,3
Total	360	100

La fièvre seule ou l'association fièvre+toux/dyspnée étaient le motif de consultation dans 43,1%.

**Tableau XX :** Répartition des patients selon le délai avant de consulter

Temps mis (jours)	Fréquence	Pourcentage
<b>0-3</b>	<b>188</b>	<b>52,2</b>
4-9	98	27,2
10-15	56	15,6
16 et plus	18	5
Total	360	100

52,2% des patients avaient mis un délai de 0-3 jours avant de consulter.

**Tableau XXI:** Répartition des patients selon la personne qui a décidé la consultation à l'hôpital

Qui a décidé	Fréquence	Pourcentage
Grand parents	12	3,3
Père	136	37,8
<b>Mère</b>	<b>164</b>	<b>45,6</b>
Oncle	4	1,1
Grand frère/sœur	2	0,6
Référé	42	11,7
Total	360	100

La mère a décidé de la consultation dans 45,6%

**Tableau XXII :** Répartition des patients selon la personne qui prend en charge les frais de traitement

Qui prend en charge	Fréquence	Pourcentage
Grand parents	3	0,8
<b>Père</b>	<b>312</b>	<b>86,7</b>
Mère	21	5,8
Oncle	17	4,7
Grand frère/sœur	3	0,8
Autres	4	1,1
Total	360	100

Le père a pris en charge les frais du traitement dans 86,7%.

**Tableau XXIII:** Répartition des patients selon le traitement reçu avant la consultation

SOINS reçu	Fréquence	Pourcentage
<b>OUI</b>	<b>254</b>	<b>70,6</b>
NON	106	29,4
Total	360	100

70,6% des patients avaient eu un traitement avant consultation

**Tableau XXIV** : Répartition des patients selon le type de soins reçu avant l'admission

Type de soins	Fréquence	Pourcentage
Automédication	<b>90</b>	<b>25</b>
Personnel sanitaire	27	7,5
Centre de santé	57	15,8
Médicaments traditionnels	80	22,2
Aucun	106	29,4
Total	360	100

25,0% des patients avaient eu une automédication avant admission.

**Tableau XXV** : Répartition des patients selon l'état général

Etat général	Fréquence	Pourcentage
Bon	231	64,2
Peu altéré	<b>87</b>	<b>24,2</b>
Altéré	42	11,7
Total	360	100

11,7% des patients avaient un état général altéré.

**Tableau XXVI** : Répartition des patients selon la peau et phanères

Peau et phanères	Fréquence	Pourcentage
Normal	269	74,7
Anormal	<b>91</b>	<b>25,3</b>
Total	360	100

25,3% des patients avaient un examen cutané anormal.

**Tableau XXVII** : Répartition des patients selon l'examen respiratoire

Appareil respiratoire	Fréquence	Pourcentage
Normal	232	64,4
Anormal	<b>128</b>	<b>35,6</b>
Total	360	100

35,6% des patients avaient un examen respiratoire anormal.

**Tableau XXVIII:** Répartition des patients selon l'examen cardio-vasculaire

Appareil cardiaque	Fréquence	Pourcentage
Normal	349	96,9
Anormal	11	3,1
Total	360	100

3,1% des patients avaient un examen cardio- vasculaire anormal.

**Tableau XXIX:** Répartition des patients selon l'examen de l'appareil digestif

Appareil digestif	Fréquence	Pourcentage
Normal	273	75,8
Anormal	<b>87</b>	<b>24,2</b>
Total	360	100

24,2% des patients avaient un examen de l'appareil digestif anormal.

**Tableau XXX:** Répartition des patients selon l'examen ORL

Appareil ORL	Fréquence	Pourcentage
Normal	308	85,6
Anormal	<b>52</b>	<b>14,4</b>
Total	360	100

14,4% des patients avaient un examen ORL anormal.

**Tableau XXXI:** Répartition des patients selon la réalisation des examens complémentaires

Examen complémentaire	Fréquence	Pourcentage
OUI	<b>199</b>	<b>55,3</b>
NON	161	44,7
Total	360	100

55,3% des patients ont fait des examens complémentaires.

**Tableau XXXII:** Répartition des patients selon le diagnostic retenu

Diagnostic retenu	FREQUENCE	POURCENTAGE
Paludisme	<b>74</b>	<b>20,6</b>
Méningite	15	4,2
Infection néonatale	21	5,8
Diarrhée	32	8,9
Pneumopathie	54	<b>15,0</b>
Rhinobronchite	44	<b>12,2</b>
Malnutrition	15	4,2
Dermatose	12	3,3
Pharyngite	27	7,5
Intoxication	4	1,1
Infection urinaire	6	1,7
Otite	10	2,8
Autres	46	12,8
Total	360	100

Les infections respiratoires prédominaient dans 27,2%, suivies du paludisme dans 20,6%

**Tableau XXXIII:** Répartition des patients selon le devenir

DEVENIR	Fréquence	Pourcentage
Externe	243	67,5
Hospitalisation	<b>117</b>	<b>32,5</b>
Total	360	100

32,5% des patients ont été hospitalisés.

**Tableau XXXIV:** Répartition des patients selon la référence

Référé	Fréquence	Pourcentage
OUI	<b>42</b>	<b>11,7</b>
NON	318	88,3
Total	360	100

11,7% des patients étaient référés.

**Tableau XXXV:** Répartition des patients selon la fréquentation du service

Fréquence	Fréquence	Total
Habituels	<b>238</b>	<b>66,1</b>
Nouveaux	122	33,9
Total	360	100

66,1% des patients sont déjà venus dans le service au moins une fois.

**Tableau XXXVI :** Répartition des patients selon l'accueil

Accueil	Fréquence	Pourcentage
Bon	195	54,2
Moyen	120	33,3
Mauvais	<b>45</b>	<b>12,5</b>
Total	360	100

12,5% des parents des patients trouvaient l'accueil mauvais.

**Tableau XXXVII :** Répartition des patients selon l'appréciation des parents sur la qualité de l'examen clinique

Façon d'examen	Fréquence	Pourcentage
Bon	315	87,5
Passable	<b>45</b>	<b>12,5</b>
Total	360	100

12,5% des parents des patients trouvaient la façon des examens passable.

**Tableau XXXVIII:** Répartition des patients selon le temps d'attente

Temps d'attente	Fréquence	Pourcentage
Court (< 1 heure)	120	33,3
Long (1-2 heures)	<b>171</b>	<b>47,5</b>
Très long (> 2 heures)	<b>69</b>	<b>19,2</b>
Total	360	100

66,7% des parents des patients trouvaient le temps d'attente long ou très long.

**Tableau XXXIX** : Répartition des patients selon le suivi

Suivi	Fréquence	Pourcentage
OUI	<b>298</b>	<b>82,8</b>
Non	62	17,2
Total	360	100

82,8% des patients sont venus au rendez vous.

**Tableau XXXX**: Répartition des patients selon la satisfaction de la prise en charge

Satisfaction	Fréquence	Pourcentage
OUI	<b>269</b>	<b>74,7</b>
NON	29	8,1
Non précisé	62	17,2
Total	360	100

74,7% des parents des patients étaient satisfaits de la prise en charge.

## V.2 Résultats analytiques :

**Tableau XXXXI :** Répartition des patients selon la tranche d'âge en fonction du diagnostic

Diagnostic	Tranche âge				Total
	0-11mois	1-4ans	5-9ans	10-15ans	
Paludisme	15	42	14	3	74
Méningite	11	3	1	0	15
Infection néonatale	21	0	0	0	21
Diarrhée	14	17	1	0	32
Pneumopathie	27	23	4	0	54
Rhinobronchite	20	21	2	1	44
Malnutrition	8	7	0	0	15
Dermatose	5	4	3	0	12
Pharyngite	11	11	4	1	27
Intoxication	0	2	2	0	4
Infection urinaire	3	2	1	0	6
Otite	5	4	1	0	10
Autres	20	13	8	5	46
Total	160	149	41	10	360

$\text{Khi}^2 = 85,99$   $P < 10^{-6}$  Khi2 non valable

Le diagnostic retenu n'a pas d'influence sur l'âge statistiquement.

**Tableau XXXXII:** Répartition des patients selon le délai de consultation en fonction du diagnostic

Diagnostic	Délai de consultation				Total
	0-3 jours	4-9jours	10-15jours	16 jours et plus	
Paludisme	55	12	5	2	74
Méningite	7	7	1	0	15
Infection néonatale	17	4	0	0	21
Diarrhée	20	8	4	0	32
Pneumopathie	19	17	15	3	54
Rhinobronchite	13	17	13	1	44
Malnutrition	2	5	5	3	15
Dermatose	5	3	4	0	12
Pharyngite	18	9	0	0	27
Intoxication	4	0	0	0	4
Infection urinaire	1	4	0	1	6
Otite	5	4	1	0	10
Autres	22	8	8	8	46
<b>Total</b>	<b>188</b>	<b>98</b>	<b>56</b>	<b>18</b>	<b>360</b>

$$\text{Khi}^2 = 103,33 \quad P < 10^{-6}$$

Khi2 non valable, le diagnostic retenu n'a pas d'influence sur le délai de consultation statistiquement.

**Tableau XXXXIII:** Répartition des patients selon les médications antérieures en fonction du diagnostic

Diagnostic	Médications antérieures		Total
	Oui	Non	
Paludisme	57	17	74
Méningite	14	1	15
Infection néonatale	5	16	21
Diarrhée	22	10	32
Pneumopathie	47	7	54
Rhinobronchite	31	13	44
Malnutrition	11	4	15
Dermatose	7	5	12
Pharyngite	25	2	27
Intoxication	2	2	4
Infection urinaire	4	2	6
Otite	5	5	10
Autres	24	22	46
Total	254	106	360

$$\text{Khi}^2=52,04 \quad P < 10^{-6}$$

Le diagnostic retenu a une influence sur les médications antérieures avec un test statistiquement significatif.

**Tableau XXXXIV** : Répartition des enfants selon l'hospitalisation en fonction du diagnostic

Diagnostic	Hospitalisation		Total
	Non	Oui	
Paludisme	39	35	74
Méningite	0	15	15
Infection néonatale	3	18	21
Diarrhée	29	3	32
Pneumopathie	31	23	54
Rhinobronchite	42	2	44
Malnutrition	10	5	15
Dermatose	12	0	12
Pharyngite	27	0	27
Intoxication	3	1	4
Infection urinaire	6	0	6
Otite	10	0	10
Autres	31	15	46
<b>Total</b>	<b>243</b>	<b>117</b>	<b>360</b>

$$\text{Khi}^2=118,22 \quad \text{P} < 10^{-6}$$

Le diagnostic retenu a une influence statistiquement significative sur le devenir des patients (hospitalisations)

**Tableau XXXXV** : Répartition des patients selon la satisfaction de la prise en charge en fonction du diagnostic

Diagnostic	Satisfaction		Total
	Oui	Non	
Paludisme	73	1	74
Méningite	15	0	15
Infection néonatale	21	0	21
Diarrhée	31	1	32
Pneumopathie	53	1	54
Rhinobronchite	44	0	44
Malnutrition	15	0	15
Dermatose	12	0	12
Pharyngite	27	0	27
Intoxication	4	0	4
Infection urinaire	6	0	6
Otite	10	0	10
Autres	45	1	46
Total	356	4	360

Khi<sup>2</sup>= 3,69

P=0,988

Le diagnostic retenu n'a pas d'influence statistiquement sur la satisfaction

**Tableau XXXXVI:** Répartition des patients selon la référence en fonction du diagnostic

Diagnostic	Référence		Total
	Oui	Non	
Paludisme	11	63	74
Méningite	3	12	15
Infection néonatale	7	14	21
Diarrhée	1	31	32
Pneumopathie	9	45	54
Rhinobronchite	0	44	44
Malnutrition	0	15	15
Dermatose	1	11	12
Pharyngite	0	27	27
Intoxication	0	4	4
Infection urinaire	0	6	6
Otite	0	10	10
Autres	10	36	46
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>318</b>	<b>360</b>

Khi<sup>2</sup>= 33,54      P=0,0007

Le diagnostic retenu a une influence statistiquement significative sur la référence

## **VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

### **VI.1 Les contraintes de l'étude :**

Nous avons été confrontés à l'insuffisance d'études précises qui ont traité notre sujet mais aussi à la difficulté de recrutement des malades due à l'indisponibilité des parents imputable au long temps d'attente avant la consultation.

### **VI.2 Les caractéristiques socio-démographiques :**

#### **VI.2.1 Le malade :**

- ❖ Le sexe : Le sexe masculin prédominait avec 64,4% contre 35,6% pour le sexe féminin avec un sex-ratio à 1,8 en faveur des garçons.

Maiga B[14] et Sy. O [30] dans le même service ont trouvé des résultats similaires avec respectivement 55,2% et 57,3% en faveur des garçons.

- ❖ L'âge : Les enfants de moins de 5ans représentaient 85,8%.

Maiga.B, Doumbia.M [7] et Sy.O [30] trouvaient des résultats similaires avec respectivement 79,4%, 82,7% et 69,9% dans le même service.

- ❖ Le rang dans la fratrie : 26,4% des patients étaient les premiers enfants du couple.

Maiga.B et Sy.O trouvaient des résultats similaires avec respectivement 30,4% et 24,7% dans le même service.

- ❖ L'ethnie : Les Bambara constituaient l'ethnie prédominante avec 29,2% suivis des Sarakolé 17,8%, des Peuhl 16,9%.

Maiga.B trouvait respectivement 31,3% ; 19,9% et 16,9% pour les Bambara, les Sarakolé et les Peuhl.

Ces résultats reflètent la répartition démographique du district de Bamako selon l'EDSIII.

❖ La résidence :

Les communes de la rive droite du district de Bamako(V et VI ) considérées comme les plus éloignées du service de Pédiatrie de l'H.G.T représentaient respectivement 21 ,4% et 16,4%. Celles de la rive gauche

(II et III ) plus proches de l'H.G.T représentaient respectivement 17,8% et 8,6%.

MAIGA.B trouvait respectivement 27,2% et 33,3% pour les communes V et VI ; 26,6% et 12,9% pour les communes II et III.

Malgré la distance et les aléas des moyens de transport la commune V (rive droite ) constituait la majorité des malades de notre échantillon avec 21,4%.

**VI.2.2 Les parents :**

❖ Statut matrimonial : 90% des pères étaient mariés contre 88,1% des mères.

Maiga.B et Sy.O trouvaient des résultats similaires dans le même service.

❖ Profession, niveau socio-économique et scolaire des parents :

31,9% des pères de notre échantillon étaient des commerçants.

Maiga.B trouvait un résultat similaire avec 31,6% dans le même service.

63,9% des mères étaient ménagères.

Maiga.B et Doumbia.M trouvaient respectivement 66,9% et 53,3%.

33,3% des pères de notre échantillon étaient non scolarisés contre 52,8% des mères.

Maiga.B trouvait 41,8% des pères non scolarisés contre 53,7 des mères dans le même service.

Sy.O trouvait 55% des pères non scolarisés contre 68,2% des mères dans le même service.

30,6% des pères avaient un niveau d'instruction primaire contre 24,4 de mères.

73,3% des parents avaient un niveau de vie considéré comme faible selon les critères énumérés ci-dessus dans notre méthodologie.18,3% ont été jugés moyens et 8,3% bons.

MAIGA.B avait trouvé 45,8% des parents avec un niveau de vie faible, 29,6% avec un niveau de vie moyen et 24,6% avec un niveau de vie bon.

Ces résultats traduisent un appauvrissement grandissant de nos populations.

### **VI.3 Motifs de consultation, responsable de décision, prise en charge du traitement :**

La fièvre constituait le premier motif de consultation des patients de notre échantillon avec 68,4%. La toux ou les difficultés respiratoires représentait 28,7%, la diarrhée 13,6%, les convulsions/coma 10,6%.

Maiga.B trouvait respectivement 64,8%, 33,7% et 21,7% pour la fièvre, la toux ou les difficultés respiratoires et la diarrhée.

Doumbia .M trouvait respectivement 53%, 38,6% et 18,3% pour la fièvre, la toux ou les difficultés respiratoires et la diarrhée.

Ces résultats sont concordants avec les nôtres.

Les autres motifs étaient : cris plaintifs /refus de téter 8,6% ; douleur abdominale 5,3% ; vomissements 3,1%.

A l'hôpital Saint Luc en France, les cinq premiers motifs de consultation pédiatrique étaient en 1996 respectivement le Paludisme d'importation 41%, les infections respiratoires 10,2%, l'anémie 5,5%, la dermatose 3,6% et la diarrhée 3% contre 35% pour le paludisme d'importation, 12% pour les infections respiratoires, 5,1% pour l'anémie, 3,2% pour la dermatose et 3% pour la diarrhée en 1997.

Ces différences de résultats peuvent être expliquées par la situation géographique et les conditions socio-économiques.

Dans notre étude la décision de consulter a été prise par la mère dans 45,6% des cas, le père dans 37,8% des cas, les grands-parents dans seulement 3,3% des cas.

Par contre MAIGA.B avait trouvé que cette décision était prise dans 68,1% des cas par le père, 21,7% des cas par la mère et 3,6% des cas par les grands-parents.

Ces résultats montrent que les femmes sont de plus en plus impliquées dans les prises de décision dans le foyer.

Dans notre étude le père a pris en charge les frais du traitement dans 86,7% des cas, la mère dans 5,8% des cas.

Maiga.B a trouvé des résultats concordants avec 83,3% pour le père et 7% pour la mère.

Ces chiffres s'expliquent en grande partie par le rôle de chef de famille attribué au père par notre législation.

#### **VI.4 Moyens thérapeutiques :**

70,6% de nos patients avait déjà reçu des soins avant d'arriver à l'hôpital.

Maiga.B avait trouvé un pourcentage plus élevé avec 83,6%.

L'automédication était le premier moyen de recours thérapeutique dans 25% des cas suivie des soins modernes (22,8% ), des médicaments traditionnels (22,2% ).

Cette situation peut s'expliquer par le faible niveau socio-économique et l'analphabétisme de nos populations.

#### **VI.5 Diagnostic retenu :**

Les infections respiratoires aiguës constituaient le premier diagnostic retenu avec 27,2% des cas suivies du paludisme 20,6%, de la diarrhée 8,9%, de la pharyngite 7,5%, des infections néonatales 5,8% et de la malnutrition 4,2%.

Ces résultats sont concordants avec ceux de Maiga.B qui trouvait respectivement 35,5% ; 26,8% ; 8,7% pour les infections respiratoires aiguës, le paludisme et la diarrhée. Les infections néonatales et les méningites suivaient avec respectivement 5,3% et 1,8%.

Par contre Sy.O dans le même service trouvait respectivement 66,4% ; 20,8% ; 27,5% ; 13,2% pour le paludisme, les I.R.A, la méningite et la diarrhée. Ceci peut être dû à la saisonnalité des différentes affections.

32,5% des patients de notre échantillon ont été hospitalisés.

Maiga.B trouvait un résultat similaire (23,6%).

Ceci montre que la majorité des malades consultent pour des pathologies dont la prise en charge est censée être faite à un niveau plus inférieur de la pyramide sanitaire selon le PRODESS.

## **VI.6 Référence :**

Seulement 11,7% des patients de notre échantillon étaient référés.

Maiga.B et Doumbia.M trouvaient des résultats similaires avec respectivement 17,4% et 16,7%.

Ces résultats montrent que la majorité de nos malades consultent d'eux-mêmes au service de Pédiatrie de l'H.G.T ce qui dénote une défaillance de la pyramide sanitaire.

## **VI.7 Prise en charge :**

### **VI.7.1 Qualité de l'accueil :**

54,2% des parents de nos patients trouvaient l'accueil bon.

Ce résultat est similaire à celui de Mme Maiga Naya Coulibaly [13] et de Mariko.S [15] qui trouvaient l'accueil bon respectivement dans 54% et 64,6% des cas dans le même service.

Malgré ces résultats favorables, nous nous sommes rendus compte au cours de notre étude que l'accueil pose de nombreux problèmes dans le service de consultation externe.

VI.7.2 Temps d'attente :

66,7% des parents ont jugé le temps d'attente long ou très long.

Maiga.B trouvait un résultat similaire avec 63,4%.

Cette critique du temps d'attente a toute sa justification vu le nombre élevé de consultation journalier par rapport au nombre de personnels.

7.3 Satisfaction des parents :

74,7% des parents jugeait la prise en charge satisfaisante.

Mariko.S [15] trouvait un résultat similaire avec 74,9%.

## VII- CONCLUSION

Notre étude effectuée de Mars 2004 à Février 2005 dans le service de Pédiatrie de L'H.G.T a montré que sur 360 patients vus en consultation externe :

-64,4% des patients étaient des garçons. Les moins de cinq ans étaient les plus nombreux avec 85,8% ; 21,4% des patients résidaient en commune V.

-Seulement 11,7% des patients étaient référés.

-32,5% des patients étaient hospitalisés

-L'automédication a été la première intention thérapeutique avec 25%

-La fièvre a été le premier motif de consultation avec 68,4%

-Les infections respiratoires constituaient le premier diagnostic retenu avec 24,4%.

-66,7% des patients ont trouvé le temps d'attente long ou très long.

## **VIII- RECOMMANDATIONS**

### **VIII.1 Aux usagers :**

- Avoir confiance aux médicaments génériques car ils sont aussi efficaces que les autres formes galéniques (spécialités)
- Prévenir la maladie en adoptant certaines mesures d'hygiène et d'alimentation
- Fréquenter les structures périphériques pour les pathologies considérées comme non urgentes afin d'avoir une orientation thérapeutique.
- Utiliser des moyens physiques (enveloppement humide) pour les enfants fébriles avant d'arriver à l'hôpital.

### **VIII.2 Aux agents socio-sanitaires**

- Mettre un accent particulier sur la prévention des maladies en préconisant la vaccination et les CCC.

### **VIII.3 Aux autorités**

- Expliquer clairement aux usagers et même personnels socio-sanitaires ce que veut la pyramide sanitaire
- Formation en qualité et quantité du personnel de centre de santé périphérique afin de soulager le fardeau des structures de troisième niveau
- La nécessité d'un hôpital pédiatrique paraît évidente afin de permettre une prise en charge améliorée de l'enfant malade.

## **IX- BIBLIOGRAPHIE**

- 1- ACC /SCN 1997.Effective programmes in Africa for improving nutrition, SCN news, N° 14, July 1997.
- 2- BELEG MARTIN NESTOR : IRA basses de l'enfant : modalités de prise en charge et coût de traitement à Yaoundé *Thèse Médecine 1997*
- 3- Bureau régional de l'OMS de l'Afrique PCIME 1999, V2, N°1 Edition
- 4- Cellule de planification et de statistique du MSSPA EDSM II Décembre 1996
- 5- Coulibaly SM : Morbidité et Mortalité dans le service de Pédiatrie CHU Gabriel Touré 1999 – 2000 *Thèse Médecine Bamako 2001 M – 24*
- 6- DOGARER & COLL : Données de la coprologie dans maladies diarrhéiques chez les enfants de moins de 5 ans en Côte d'Ivoire et implication thérapeutique de première intention *Afr. . Med ; 1990, 29, 281 : 13-17*
- 7- Doumbia M N : PCIME dans le service de consultation externe pédiatrique de l'hôpital Gabriel Touré *Thèse Médecine Bamako 2001*
- 8- EDS 1991 – Direction nationale du deuxième recensement général de la population et de l'habitat de Yaoundé
- 9- F.CORRARD : Moyens de lutte contre la fièvre : les bains tièdes restent-ils indiqués ? *Arch. .Pédiatrie 2002-N°9 Page 311 à 315*
- 10- Guindo. H : Epidémiologie du paludisme et dynamique de la chloroquinorésistance *Thèse Pharmacie ; Bamako 1998, N° 24 .*
- 11- <http://www.asnom.org/540-pediatrie> . ht ml
- 12- Leoung G.S., Stanford J.F., GIORDANO M.F et al. Trimethoprim-Sulfamethoxazole(TMP-SMZ) dose escalation versus direct rechallenge for pneumocystis carinii pneumoniae prophylaxis in HIV-infected patients with previous adverse reaction to TMP-SMZ. *J .Infect Dis 2001; 184:992-997.*

- 13- Madame Maiga Naya Coulibaly: Contribution à l'amélioration de la qualité de l'accueil à l'hôpital Gabriel Touré de Bamako(Mali) : cas du service de pédiatrie. *Mémoire de DESS Dakar 2003.*
- 14- Maiga.B: Etude de la référence dans le service de Pédiatrie de l'HGT. *Thèse Médecine Bamako 2003.*
- 15- Mariko.S : Qualité de la prise en charge des six premières pathologies, niveau de satisfaction des parents .*Thèse Médecine Bamako 2003.*
- 16- Ministère de la santé DNSP, programme national d'accès aux ARV « IMAARV » plan d'action, Janvier 2001.
- 17- Ministère de la santé, de la solidarité et des personnes âgées: déclaration de politique sectorielle de santé et de population ; édition 1995.
- 18- Mohamed.A, Issaka.N, Flabou.B. Test de dépistage du VIH. In : cellule de planification et de statistique du ministère de la santé(CPS/MS), DNSI et ORC Macro.2002.EDSM 2001. Claverton, Maryland USA :CPS/MS, DNSI et ORC Macro. Pp 279-287.
- 19- MSSPA/DNSP/DSFC/PNL.MD : Etude de la prise en charge des cas de diarrhée dans les structures de santé au Mali 1998.
- 20- Munderi.P, Van Praag.E, Vella.S, initiative VIH/SIDA et infections sexuellement transmissibles : sécurité et efficacité des traitements ARV chez l'adulte plus particulièrement en situation de ressources limitées.Che ;Genève : OMS-département VIH/SIDA ;DA.2004, 34p.
- 21- Murray CJL& Lopez AD. (1996). The global burden of disease, harvard university press, Cambridge, USA, 1996.
- 22- OMS, IRA chez l'enfant, leur traitement dans les petits hôpitaux. *Manuel à l'usage des Médecins.*
- 23- OMS :IRA de l'enfant WHO/ARI/90 :17
- 24- OMS :Réduire la mortalité due aux principales maladies mortelles de l'enfance. *Aide-mémoire, 1997 ;N°178.*
- 25- Oni et al ; 1993 ;71(6) : 703-12 ;WHO, 1998.

- 26- ONU SIDA/OMS. Rapport sur l'épidémiologie mondiale du SIDA : 4<sup>ème</sup> rapport mondial ; Juillet 2004. Genève 2004.
- 27- Population mondiale 2000. Population de référence bureau 1875 Connecticut, Ave NW, 520 Washington, DC 2000 95728 Etats Unis.
- 28- Revue Maghrébine de Pédiatrie 1991, 6 :10-4.
- 29- SY.D : Etude clinique, épidémiologique des méningites purulentes dans le service de pédiatrie de l'H.G.T : *Thèse Médecine Bamako, 1999-M-42.*
- 30- Sy.O : Morbidité et Mortalité dans le service de pédiatrie B de l'H.G.T. *Thèse Médecine Bamako 2003.*
- 31- UNICEF, **La situation des enfants dans le monde 1998 ;** [www.unicef.org](http://www.unicef.org) .
- 32- [WWW.membres.lycos.fr/hslc/consult.html](http://WWW.membres.lycos.fr/hslc/consult.html) .

## FICHE SIGNALETIQUE

Nom : SISSOKO  
Prénom : Seydou  
Titre de la thèse : Motifs de consultation dans le service de Pédiatrie de l'Hôpital Gabriel Touré  
Année universitaire : 2005-2006  
Ville de soutenance : Bamako  
Pays d'origine : MALI  
Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine, de Pharmacie et D'odontostomatologie  
Secteur d'intérêt : Santé Publique, Pédiatrie

### Résumé :

Notre étude a été transversale prospective et s'est déroulée du 1<sup>er</sup> Mars 2004 au 28 Février 2005.

Elle a porté sur 360 patients âgés de 0- 15 ans vus en consultation externe.

L'objectif principal était d'étudier les motifs de consultation dans le service de Pédiatrie de l'HGT.

Il ressort de notre étude que :

- 64,4% des patients étaient des garçons. Les enfants de moins de cinq (5) ans ont été les plus nombreux avec 85,8%.
- 11,7% des patients ont été référés.
- La fièvre a été le premier motif de consultation avec 68,4%.
- Les infections respiratoires aiguës ont été le premier diagnostic retenu avec 24,4%.
- 32,5% des patients ont été hospitalisés.
- L'automédication a été le premier recours thérapeutique avec 25%.
- 66,7% des patients ont trouvé le temps d'attente long ou très long.

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 !**