

UNIVERSITE DE BAMAKO

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

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2007-2008

N..... /

Thèse

**MORBIDITE ET MORTALITE
DANS LE SERVICE DE PEDIATRIE DE
L'HOPITAL REGIONAL DE SIKASSO
DE 2002 à 2004**

**Présentée et soutenue publiquement le/.....2008
devant la Faculté de Médecine , de Pharmacie et d'Odonto-
Stomatologie**

**Par monsieur Lamine Bakayoko
Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)**

JURY

**Président : Pr. Mamadou Marouf KEITA
Membre : Dr. Hamadoun SANGHO
Co-directeur: Dr. Moussa Eugène DEMBELE
Directeur : Pr. Toumani SIDIBE**

DEDICACES

Je dédie ce travail à :

- Allah le tout puissant et miséricordieux et au prophète Mohamed (paix et salut sur lui) qui ont fait que je sois de ce monde, et qui m'ont apporté soutien et courage nécessaires pour l'accomplissement de ce travail ainsi que de mes actions quotidiennes ;
- Mon père Bakary BAKAYOKO, voila enfin le jour tant attendu et cela avec beaucoup de patience. Ce travail est l'aboutissement de tous tes sacrifices consentis à ma personne. Qu'il m'offre l'occasion de m'inspirer d'avantage de tes vertus en témoignage de ma reconnaissance et de mon affection ;
- Ma mère Doussouba DAMBA, je dois ma réussite à ta générosité, ton amour pour le prochain, ton courage, tes sacrifices. Il manque toujours de mots justes pour qualifier une mère. Puisse ce travail te donner réconfort et fierté mais aussi le témoignage de mon grand amour ;
- Mon épouse Madame BAKAYOKO Mâh COULIBALY, à qui je renouvelle ici tout mon amour et toute ma fidélité ;
- Ma fille Doussouba junior, à qui je souhaite une très longue vie pleine de santé et de bonheur ;
- Ma tante Aminata SISSOKO, tant d'années passées ensemble, soutien et disponibilité ne m'ont jamais fait défaut. Que ce travail m'offre l'occasion de vous réitérer mon affection et ma profonde gratitude ;
- Mes frères, sœurs, oncles, cousins, cousines et tantes : puisse le lien de sang nous unir d'avantage ;
- Mes amis : Docteur Seydou FANE, Boury, Albert, l'interne Koffi : votre disponibilité et votre soutien moral m'ont jamais fait défaut ;
- Tous ceux qui oeuvrent inlassablement pour la survie de l'enfant.

A notre Maître et Président du Jury :

Professeur Mamadou Marouf KEITA.

Professeur Honoraire Agrégé de Pédiatrie à la FMPOS.

Chef de Service de la Pédiatrie du CHUGT.

Président de l'Association Malienne des pédiatres.

Président du Comité d'éthique de la FMPOS.

Honorable Maître

Nous sommes très heureux de l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider le jury de cette thèse. Votre simplicité et votre modestie font de vous un homme admirable. Dès nos premiers pas dans cette faculté, nous avons été impressionnés par votre sens élevé de la personnalité humaine.

Vos qualités d'homme de science, de culture, d'enseignant chercheur font de vous un exemple à suivre.

Qu'il nous soit permis ici cher maître de vous exprimer nos sentiments d'estime et de profond respect

A notre Maître et Membre du Jury :

Docteur Hamadoun SANGHO.

Spécialiste en santé publique.

Assistant chef de Clinique en santé publique à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.

Directeur du CREDOS.

Cher Maître,

Votre calme, votre rigueur scientifique, vos qualités de bon enseignant nous ont motivé à aller vers vous pour juger ce travail.

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de participer à ce jury, a attiré notre attention. Nous vous assurons de notre respect et de notre profonde reconnaissance.

A notre Maître et Directeur de thèse :
Professeur Toumani SIDIBE.
Professeur agrégé de pédiatrie à la FMPOS
Chef de Service de pédiatrie "B" au « CHUGT »
Directeur National de la santé.

Cher Maître,

Votre disponibilité constante, votre amour du travail bien fait, votre humanisme, votre attention soutenue à nos suggestions et votre sens de l'organisation nous ont marqué tout au long de cette étude.

Votre enseignement clair et concis fait de vous un maître sûr et respecté. Nous sommes fiers d'être parmi vos élèves.

Veillez trouver ici l'assurance de notre sincère gratitude et de notre profond respect.

A notre Maître et co-directeur de thèse :
Docteur Moussa Eugène DEMBELE.
Spécialiste en pédiatrie.
Chef du service de pédiatrie de l'Hôpital de Sikasso.

Cher Maître,

Votre simplicité, votre disponibilité, votre rigueur et surtout votre grande ouverture nous ont rempli d'admiration.

A l'ombre de vos pas, nous avons appris l'art d'exercer la science médicale.

Trouvez ici l'expression de notre grande reconnaissance et de notre fidèle attachement.

Mes remerciements à :

- Tout le personnel de la pédiatrie de l'hôpital de Sikasso :

Docteur Moussa Eugène DEMBELE, les internes CISSE et BALLO, Mme THERA (Major), Mme TOURE Catherine, Mme Rokia, Mme DIALLO Ferima, Mme Adjara, Mr CISSE, Mlle Fatoumata Bintou TRAORE (Batos), le planton Liverpool ;

- mes camarades internes de l'hôpital de Sikasso en souvenir des moments agréables passés ensemble ;
- mon promotionnaire, Docteur DEMBELE Moussa N ;
- mon frère et ami l'infirmier Kalilou COULIBALY.

SOMMAIRES

I.	INTRODUCTION.....	1
II.	OBJECTIFS.....	4
III.	GENERALITES.....	5
IV.	METHODOLOGIE.....	12
V.	RESULTATS.....	16
VI.	COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	39
VII.	CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS.....	50
VIII.	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	
IX.	ANNEXES.....	

ABREVIATIONS

CMDT : Compagnie Malienne pour le Développement du Textile.

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CSREF : Centre de Santé de Référence

E : Effectif

ENMP : Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie

EDSM : Enquête Démographique et de Santé Mali

HGT : Hôpital Gabriel Touré

HRS : Hôpital Régional de Sikasso

IRA : Infection Respiratoire Aigue

INPS : Institut National de Prévoyance Sociale

MPC : Malnutrition Protéino-Calorique

ONG : Organisation Non Gouvernementale

PRODESS : Programme de Développement Sanitaire

PDDSS : Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social

Nbre : Nombre

INTRODUCTION

I-INTRODUCTION :

La santé apparaît comme un problème brûlant dans le tiers monde car elle évolue avec le niveau de développement socio-économique des populations.

Les niveaux, tendances et caractéristiques de la morbidité et de la mortalité des enfants, sont fonction des conditions sanitaires, environnementales, socio-économiques et culturelles qui prévalent dans une population et dans ses diverses couches sociales.

Au Mali, les problèmes liés à la santé de l'enfant et de la mère figurent parmi les actions de priorité de santé retenues par les autorités.

La morbidité chez les enfants au Mali, est dominée par : le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques, la malnutrition, la rougeole surtout chez les enfants de moins de cinq ans.¹

Des enquêtes réalisées au Mali (EDSM-II, EDSM-III, et EDSM-IV) ont mis en évidence une baisse régulière de la mortalité infantile au cours des 20 dernières années, passant de 152 décès pour 1000 naissances vivantes autour de l'année 1983 à 113 décès pour 1000 naissances vivantes autour de l'année 1998, et à 96 décès pour 1000 naissances vivantes en 2006.

Bien que le niveau de la mortalité infanto juvénile enregistré au Mali reste l'un des plus élevés de la sous région, il n'en demeure pas moins qu'il a diminué de façon très régulière depuis quinze ans.

De 1988 à 1998 la mortalité infanto juvénile est passée de 251 à 229 décès pour 1000 naissances vivantes. La mortalité infantile est passée de 129‰ à 113‰, soit une baisse de près de 12%.

¹ MSSPA.
Division Santé Familiale et Communautaire, Bamako, Page 26

Au cours de la même période, la mortalité juvénile a connu une baisse de 6%, passant de 139‰ à 131‰.

En outre, on notera que l'essentiel de la baisse de la mortalité infantile est la conséquence de la baisse de la mortalité néonatale, qui est passée de 78‰ 10 à 14 ans avant l'enquête à 57‰ au cours de la période la plus récente², et à 46 décès pour 1000 naissances vivantes en 2006 avec EDSM IV (28).

D'une manière générale, on notait que l'amélioration des conditions sanitaires dont bénéficiaient au premier plan les populations vulnérables ainsi que la relance économique, avaient contribué à la diminution du niveau de la mortalité des enfants.

Des enquêtes réalisées permettaient d'obtenir des informations sur les décès d'enfants :

- une enquête réalisée au Mali a montré que le quotient de mortalité infantile était estimé à 139‰ en 1993 à 129‰ de 1995 à 1996³ ;

- en 1983, Fatoumata Nafou a trouvé un taux de mortalité infantile de 118‰ dans le cercle de Kolokani [24] ;

- en 1985, le projet Mali-Sud a mené une enquête sanitaire en zone CMDT. Le quotient de mortalité infantile a été estimé entre 102‰ et 132‰ dans la zone Nord et entre 119 et 147‰ dans la zone Sud [10] ;

- une étude réalisée par TALL dans l'unité de réanimation pédiatrique de l'HGT à propos de 374 cas, a trouvé un taux de mortalité néonatale de 34,07%, un taux de mortalité chez les nourrissons et grands enfants de 70,17%. Les pathologies les plus rencontrées étaient : Les infections néonatales (36,5%), la prématurité (23,03%), la souffrance fœtale (23,03%), le paludisme (26,35%), la méningite (19,28%), les IRA (24,56%).

Les pathologies létales d'après TALL ont été : la prématurité, la souffrance fœtale, la méningite, le paludisme [31].

² Enquête Démographique et de santé Mali 2001, page 167

³ Enquête Démographique et de santé Mali 2001, page 168

L'étude de KONE en 1989 dans le service de pédiatrie de l'HGT a trouvé un taux de mortalité hospitalière de 23,46%. Les principales causes d'hospitalisation étaient: Les gastro-entérites, les IRA, le paludisme et la MPC [15].

En 1999 Coulibaly Souleymane Moussa a trouvé comme pathologies les plus rencontrées dans le service de pédiatrie de l'HGT : le paludisme (25,7%) dont (16,8%) pour paludisme grave et (8,9%) pour accès palustre simple, la prématurité (11,9%), les infections respiratoires, (9,7%), la diarrhée (8,1%), la souffrance foetale (8,0%), la méningite (7,3%) (19).

Le taux de mortalité hospitalière globale était de 21,29% [27].

En 2000 Coulibaly Souleymane Moussa a trouvé comme pathologies les plus fréquentes : le paludisme (27,7%) [dont (20,4%) pour le paludisme grave et (7,3%) pour l'accès palustre simple)], les infections respiratoires (13,8%), les infections néonatales (11,4%), la prématurité (9%), la souffrance foetale (7,12%), la diarrhée (7,1%), la méningite (5,7%) (40). Le taux de mortalité hospitalière globale était de 17,60% [47].

Une étude faite en 2001 -2002 par Ousmane Sy a trouvé la malnutrition isolée comme première cause de mortalité (31,7% des décès), suivie du paludisme (23,9% des décès) et la diarrhée (20,4% des décès) [30].

Les pathologies les plus létales étaient : l'infection VIH/Sida, la malnutrition, et la diarrhée.

Il a trouvé aussi que plus le niveau de vie était faible, plus le taux de décès était élevé soit 10,3% de décès pour le niveau de vie très faible et 3,7% pour le niveau de vie bon [32].

Une analyse de ces différents résultats obtenus tant à Bamako que dans certaines localités du Mali permet d'affirmer que la mortalité et la morbidité dues aux affections courantes restent toujours élevées. D'où l'intérêt de notre étude qui pour la première fois se réalisera dans un hôpital régional doté d'une structure pédiatrique.

OBJECTIFS

II- OBJECTIFS :

1-) Objectif général :

Etudier la morbidité et la mortalité dans le service de pédiatrie de l'hôpital Régional de Sikasso de 2002 à 2004.

2-) Objectifs Spécifiques :

- Déterminer les caractéristiques sociodémographiques de la population cible hospitalisée en pédiatrie de l'hôpital de Sikasso ;
- Déterminer la prévalence des principales pathologies rencontrées en hospitalisation pédiatrique de l'hôpital de Sikasso de 2002 à 2004 ;
- Etablir les taux de létalité des principales pathologies prises en charge en hospitalisation ;
- Déterminer les indicateurs de performance du service de pédiatrie de l'hôpital Régional de Sikasso ;
- Déterminer les insuffisances de recueil et d'analyse des données statistiques ;
- Formuler des recommandations.



GENERALITES

III- GENERALITES :

A- Rappel de quelques définitions :

1.) *La mortalité* : Elle se définit comme étant l'action de la mort sur une population exposée en un lieu dans un espace de temps déterminé.

a. La mortalité infantile se définit comme étant le décès survenant chez les enfants âgés de 0 à 1 an.

Selon Fender P. Coll, la mortalité infantile est classiquement considérée comme un indicateur du développement socio économique d'un pays et est ainsi corrélée à certains indicateurs économiques tels que le produit intérieur brut par habitant.

Le taux de mortalité infantile est égal au rapport entre le nombre de décès survenus chez les enfants âgés de moins d'un an au cours d'une année et le nombre de naissances vivantes au cours de la même année multiplié par mille.

La mortalité infantile comprend 3 composantes :

-Mortalité Néonatale Précoce

Taux de mortalité néonatale précoce :

Nombre de décès d'enfants avant l'âge de 7 jours x1000

Nombre total de naissances vivantes pendant la même année

-Mortalité Néonatale Tardive

Taux de mortalité néonatale tardive :

Nbre de décès d'enfants de 7 à 27 jours x1000

Nbre total de naissances vivantes pdt la même année

-Mortalité post natale :

Taux de mortalité post natale :

Nbre de décès d'enfants âgés de 28 jours et plus mais moins d'un an pdt l'année x1000

Nbre total de naissances vivantes pdt la même année

b. La mortalité juvénile concerne les décès survenus chez les enfants âgés de 1- 4 ans ; son taux est égal au rapport entre le nombre de décès d'enfants âgés de 1- 4 ans pendant une période et la population moyenne d'enfants âgés de 1 – 4 ans au cours de la même période.

c. La mortalité infanto juvénile comprend la mortalité infantile et la mortalité juvénile.

Elle mesure le nombre de décès survenant entre 0 -4 ans ; son taux est égal au rapport entre le décès survenant pendant une période donnée d'enfant de 0 à 4 ans et la population moyenne d'enfants de 0 à 4 ans.

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

L'indice de morbidité est habituellement calculé pour les maladies non infectieuses.

C'est le nombre d'individus ayant contracté une maladie donnée pour cent mille habitants. La morbidité peut être quantifiée par quatre types d'indicateurs :

- l'indice ;
- la prévalence ;
- la durée d'exposition ;
- la létalité.

B- Situation sanitaire actuelle du Mali :

La situation sanitaire de la population du Mali, reflet du niveau actuel de développement socio-économique, reste préoccupante, malgré les fluctuations de la part des dépenses de santé dans le budget de l'Etat qui est passé de 5,28% en 1992 à 6,63% en 2001.

Au Mali, les niveaux de morbidité et de mortalité sont élevés et cela s'explique surtout par :

- une insuffisance de la couverture sanitaire (63% de la population réside à moins de 15 km d'un centre de santé de premiers contacts offrant le paquet minimum d'activités) ;
- une insuffisance des ressources financières allouées au secteur au regard des besoins de la politique sectorielle et du programme quinquennal de développement sanitaire et social (PRODESS) ;
- un environnement naturel insalubre et propice à la transmission des maladies infectieuses et parasitaires du fait d'une hygiène individuelle déficiente et des comportements très souvent inadéquats face à l'environnement ;
- une insuffisance de l'accès à l'eau potable des populations ;
- des habitudes sur le plan nutritionnel qui ont pour conséquences des apports nutritionnels non équilibrés déficients aussi bien en quantité qu'en qualité (fer, iode, vitamine A), ce qui provoque des maladies et des carences ;
- la persistance de certaines coutumes et traditions souvent néfastes pour la santé ;

- un faible niveau d’alphabétisation, d’instruction et d’information de la population ;
- une insuffisance de la participation des communautés de base à l’action sanitaire ;
- une insuffisance en nombre et en qualité du personnel sanitaire et social.

Compte tenu de ces insuffisances, le gouvernement a pris des mesures qui figurent représentés désormais un secteur d’investissement qui obéit à la loi de l’utilisation rationnelle des ressources afin d’assurer la pérennité du développement sanitaire, la prise en compte dans la planification des ressources disponibles et la mobilisation de tous les acteurs : Etat, organisations non gouvernementales (ONG) et populations. Fort des résultats de cette politique sectorielle, un plan décennal de développement sanitaire et social (PDDSS 1998-2007) et un programme quinquennal de développement sanitaire et social (PRODESS 1998 - 2002) basés sur les mêmes stratégies et orientations, ont été élaborés et adoptés en 1998⁴.

C- Principales affections morbides :

- Paludisme :

Près de six cent mille enfants meurent chaque année du paludisme, la plupart en Afrique au sud du Sahara (31).

Chaque année dans le monde entier, entre trois cent à cinq cent millions de cas cliniques de paludisme 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 de moins de 5ans. Le paludisme touche beaucoup plus les enfants parce qu’ils disposent d’une résistance faible et la maladie évolue rapidement (30).

⁴ Enquête Démographique et de santé Mali 2001, page 4-5

Au Mali, le paludisme est classé par les statistiques sanitaires comme la première cause de morbidité et de mortalité infantiles (25).

Une étude faite à Bancoumana a montré que le paludisme représentait 62,62% en 1996 et 72,22% en 1997 de motif de consultation et que les enfants de 0-5 ans faisaient 1 à 1,4 accès par an (15).

-Les IRA : elles constituent la principale cause de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans, tuant, plus de deux millions d'enfants chaque année. Jusqu'à 40% des enfants vus dans les centres de santé souffrent d'IRA et un grand nombre de décès attribués à d'autres causes sont en réalité des décès dus à des IRA passées inaperçues (31).

Selon l'OMS, 30 à 60% des consultations pédiatriques dans les services de santé et 30 à 40% des hospitalisations peuvent être imputées aux seules IRA (32).

-La diarrhée : plus de deux millions d'enfants meurent chaque année de maladies diarrhéiques dans les pays en développement. Ces maladies peuvent être provoquées par une grande diversité d'infections, en particulier dues à la consommation d'aliments et d'eaux contaminés (31).

Suivant les recommandations de l'OMS, pour lutter contre les effets de la déshydratation qu'elles entraînent en particulier chez l'enfant, le ministère de la santé a mis en place un programme de thérapie par réhydratation orale (TRO) en conseillant l'utilisation de sachets de sels de réhydratation par voie orale (SRO) ou une solution préparée à la maison avec de l'eau, du sel et du sucre(25).

-La malnutrition :

Si la malnutrition est rarement mentionnée comme la cause directe, elle n'en

contribue pas moins pour plus de la moitié des décès de l'enfant.

Les problèmes d'accès aux aliments ne sont pas la cause de la malnutrition. Des pratiques alimentaires médiocres ou une infection et parfois les deux constituent des facteurs majeurs (31).

Au Mali, près de quatre enfants de moins de cinq ans sur dix vivants avec leur mère accusent un retard de croissance et la moitié d'entre eux sous une forme sévère.

Près de deux fois plus d'enfants accusent un retard de croissance en milieu rural qu'en milieu urbain (25).

-la rougeole : elle continue de toucher plus de quarante millions d'enfants et de tuer plus 800000 enfants de moins de 5 ans chaque année. Cela revient à dire que 2000 jeunes enfants meurent chaque jour de la rougeole souvent associée à une diarrhée ou à une Pneumonie (31). [SY Ousmane. *Morbidité mortalité dans le service de Pédiatrie B du CHU G. T. Thèse de med., Bamako, 2003, 50 P.*].

D –Indicateurs de performance :

On peut citer entre autres : Le séjour hospitalier moyen, le taux d'occupation et l'intervalle de rotation des lits, le taux de référence vers d'autres structures, la proportion d'abandon.

$$\text{-Le taux d'occupation} = \frac{\text{Nombre de journées réalisées} \times 100}{\text{Nombre de lits} \times \text{temps d'étude}}$$

$$\text{-Intervalle de rotation} = \frac{(\text{temps d'étude} \times \text{lits}) - (\text{journées réalisées})}{\text{Nombre total des hospitalisés}}$$

$$\text{-Taux de référence} = \frac{\text{Nombre de transfert} \times 100}{\text{Nombre total des hospitalisés}}$$

$$\text{-Proportion d'abandon} = \frac{(\text{sortie contre avis médical} + \text{évasion}) \times 100}{\text{Nombre total des hospitalisés}}$$

$$\text{-Durée moyenne de séjour} = \frac{\text{Nombre de journées réalisées}}{\text{Nombre total des hospitalisés}}$$

La connaissance des indicateurs de performance d'un service est capitale pour la bonne organisation de ses activités car ils permettent d'exprimer les besoins réels notamment le nombre de lits, de médecins, d'infirmiers, et comparer les mois ou les années, les différentes unités au sein d'un même service en terme de performance etc....

Leur fiabilité nécessite que chaque service s'y investisse pour une tenue et un remplissage corrects des registres prévus à cet effet.



Méthodologie

IV- Méthodologie :

A- CADRE D'ETUDE :

L'étude s'est déroulée au Mali, dans la région de Sikasso (Sikasso ville).

- **SIKASSO** : Capitale de la troisième région administrative et économique du Mali est située au sud-est de la république à quarante (40) km du Burkina Faso à l'est et à 80 km de la Côte d'Ivoire au sud.

La saison des pluies dure en moyenne 5 à 6 mois avec plus de 90 jours de pluies par an ; et s'étend de Mai à Octobre.

La commune urbaine de Sikasso couvre une superficie de 27 500 km² et est composée de 15 quartiers et de 28 villages.

Comme infrastructures sanitaires Sikasso dispose :

- des cscom au nombre de 6;
- du csrefde Sikasso ;
- de l'hôpital régional de Sikasso ;
- des structures para publiques : INPS, ONG, les privés.

La région de Sikasso a une population de 1 780 042 habitants dont 49,4% ont moins de 15 ans (DNSI 1998).

- **Hôpital régional de Sikasso** : Situé dans le quartier administratif en plein centre de la ville et d'accès facile, l'hôpital de Sikasso est devenu une structure sanitaire de premier recours des soins ordinaires au détriment de ses objectifs à savoir un hôpital de dernier recours situé au sommet de la pyramide sanitaire de la 3^{ème} région.

L'hôpital comporte :

- le bloc des urgences ;
- un service de médecine ;
- un service de chirurgie ;
- un service de réanimation ;

- la kinésithérapie ;
- un service d'ophtalmologie ;
- un service de radiologie ;
- un service d'odontostomatologie ;
- un service de gynéco obstétrique maternité centrale ;
- un service d'ORL ;
- un service de pédiatrie ;
- un laboratoire central et une pharmacie ;
- les services sociaux et administratifs.

Toutes ces structures sont coordonnées et gérées par une direction administrative assistée par une division technique.

L'hôpital couvre une superficie de 4 hectares et est limité :

- au sud par le grand marché ;
- au sud ouest par le centre social de la mission catholique ;
- au nord ouest par le dispensaire central du service socio sanitaire ;
- à l'est par le groupe scolaire A et B ; la BNDA et la poste.

➤ **Le service de pédiatrie de l'HRS :**

&-Le bâtiment : Le service de pédiatrie est composé de 2 bâtiments :

- *Le premier est composé de 4 salles :*
 - deux bureaux pour médecins ;
 - un bureau pour le major ;
 - une salle de consultation.
- Le 2^{ème} est constitué de 7 unités :
 - 3 unités d'hospitalisations dont une à usage de réanimation ;
 - une unité de soin ;
 - une unité à usage de salle de garde pour infirmiers ;
 - une unité de réception ;
 - un bureau pour médecin.

&-Les activités du service :

- La prise en charge des malades :

- La consultation externe : Elle est payante (500 F CFA).

La plupart des malades viennent d'eux mêmes en consultation. Par contre certains sont référés par les centres périphériques de la commune urbaine et de l'intérieur de la région.

- L'hospitalisation et la gestion des malades hospitalisés : A noter que l'hospitalisation est gratuite.

- La formation pratique des étudiants des différentes écoles de santé.

&-Le personnel : Il est au nombre de 12 dont :

- trois médecins : un pédiatre et deux généralistes expatriés (Cubain et Chinois) ;
- un major ;
- cinq infirmiers dont un infirmier d'état et 4 infirmiers du premier cycle ;
- deux aides soignantes ;
- un manœuvre.

Le service bénéficie également du concours des stagiaires des différentes écoles de formation sanitaire.

B- CRITERES D'INCLUSION :

Il s'agit d'un échantillon exclusif de tous les enfants âgés de 0 à 15 ans dont les noms figurent sur les dossiers d'hospitalisation de 2002 à 2004.

C- CRITERES D'EXCLUSION :

Sont exclus tous les enfants de 0 à 15 ans ne figurant pas sur les dossiers d'hospitalisation.

D- TYPE ET DUREE DE L'ETUDE :

Il s'agit d'une étude rétrospective qui s'est étendue de janvier 2002 à décembre 2004 et qui a concerné des enfants de 0 à 15 ans hospitalisés en pédiatrie de l'hôpital de Sikasso au cours de cette période.

E- COLLECTE DES DONNEES :

Il y a trois types de registre et des dossiers d'hospitalisation dans le service de pédiatrie de l'HRS :

- registre de consultation ;
- registre d'hospitalisation ;
- registre de garde ;
- des dossiers d'hospitalisation.

F- ANALYSE DES DONNEES :

Les données ont été saisies et analysées sur le Logiciel EPI6 INFO.

RESULTATS

V - RESULTATS

Notre étude a concerné 4045 enfants hospitalisés à la pédiatrie de l'HRS de 2002 à 2004.

A- Caractéristiques Sociodémographiques :

TABLEAU-I : REPARTITION DES MALADES SELON L'UNITE.

Année Unité	2002		2003		2004	
	E	%	E	%	E	%
Unité I	879	67,15	978	65,11	535	43,35
Unité II	430	32,85	524	34,88	438	35,49
Unité III	-	-	-	-	261	21,15
Total	1309	100	1502	100	1234	100

Il ressort de ce tableau que la majorité des enfants étaient hospitalisés par l'unité I avec 67,15% en 2002 ; 65,11% en 2003 ; et 43,35% en 2004.

TABLEAU-II : REPARTITION DES MALADES SELON LE MOIS.

Année Mois	2002		2003		2004	
	E	%	E	%	E	%
Janvier	88	6,72	64	4,26	81	6,56
Février	68	5,19	66	4,39	70	5,67
Mars	74	5,65	58	3,86	58	4,70
Avril	46	3,51	53	3,52	88	7,13
Mai	73	5,57	44	2,92	70	5,67
Juin	65	4,96	128	8,52	105	8,50
Juillet	112	8,55	138	9,18	92	7,45
Août	204	15,58	150	9,98	118	9,56
Septembre	191	14,59	155	10,31	111	9,00
Octobre	165	12,60	265	17,64	200	16,20
Novembre	100	7,63	176	11,71	148	12,00
Décembre	123	9,39	205	13,64	93	7,53
Total	1309	100	1502	100	1234	100

La majorité des hospitalisations se faisaient entre Juin et Décembre sauf en 2002 (Juillet et Décembre).

TABLEAU-III: REPARTITION DES MALADES SELON LE SEXE.

Année \ Sexe	2002		2003		2004	
	E	%	E	%	E	%
Masculin	720	55	833	55,46	727	59,00
Féminin	585	45	669	44,54	507	41,00
Total	1309	100	1502	100	1234	100

Le sexe masculin était le plus représenté avec un sexe ratio de 1,23 en 2002 ; 1,24 en 2003 ; et 1,43 en 2004.

TABLEAU-IV : REPARTITION DES MALADES SELON LE GROUPE D'AGE.

Année \ Groupe d'âge	2002		2003		2004	
	E	%	E	%	E	%
< 2mois	328	25,05	119	7,92	155	12,56
2 à 11 mois	367	28,03	310	20,63	278	22,53
1 à 4ans	402	30,71	791	52,66	613	49,67
5 à 9ans	135	10,31	150	9,98	138	11,18
10 ans et plus	77	5,88	132	8,78	50	4,05
Total	1309	100	1502	100	1234	100

Parmi les hospitalisés, les enfants de moins de cinq ans étaient les plus touchés avec 83,79% en 2002 ; 81,21% en 2003 ; 84,76% en 2004.

TABLEAU-V : REPARTITION DES MALADES SELON L'UNITE ET LE GROUPE D'AGE.

a) Année 2002 :

Groupe d'âge \ Unité	<2mois		2 -11 moins		1-4 ans		5-9ans		≥ 10ans		Total	
	E	%	E	%	E	%	E	%	E	%	E	%
Unité I	221	67,38	244	66,49	366	91,04	11	8,15	37	48,05	879	67,15
Unité II	107	32,62	123	33,51	36	8,96	124	91,85	40	51,95	430	32,85
Total	328	100	367	100	402	100	135	100	77	100	1309	100

b) Année 2003 :

Groupe d'âge / Unité	<2mois		2 -11 moins		1-4 ans		5-9ans		≥ 10ans		Total	
	E	%	E	%	E	%	E	%	E	%	E	%
Unité I	86	72,27	203	65,48	487	61,57	103	68,67	99	75	978	65,11
Unité II	33	27,73	107	34,52	304	38,43	47	31,33	33	25	524	34,89
Total	119	100	310	100	791	100	150	100	132	100	1502	100

c) Année 2004 :

Groupe d'âge / Unité	<2mois		2-11 moins		1-4ans		5-9ans		≥ 10ans		Total	
	E	%	E	%	E	%	E	%	E	%	E	%
Unité I	85	54,84	128	46,04	328	53,51	87	63,04	25	50	653	52,91
Unité II	25	16,13	55	19,78	86	14,03	27	19,57	15	30	208	16,86
unité III	45	29,03	95	34,18	199	32,46	24	17,39	10	20	373	30,23
Total	155	100	278	100	613	100	138	100	50	100	1234	100

Dans ces tableaux ,on constate que la majorité des enfants de moins de 2 mois étaient hospitalisés en unité I avec 67,37% des cas en 2002 ; 72,26% en 2003 ; et 54,83%en 2004.

TABLEAU-VI : REPARTITION DES MALADES SELON LA RESIDENCE.

Année / Provenance	2002		2003		2004	
	E	%	E	%	E	%
Commune urbaine de Sikasso	989	75,55	1393	92,74	1067	86,46
Hors Commune urbaine de Sikasso	235	17,95	84	5,59	137	11,10
Hors cercle de Sikasso	85	6,50	25	1,66	30	2,43
Total	1309	100	1502	100	1234	100

La majorité des enfants hospitalisés venaient de la commune urbaine de Sikasso avec 75,55 % en 2002 ; 92,74% en 2003 et 86,46% en 2004.

TABLEAU-VII : REPARTITION DES MALADES SELON LA DUREE DE SEJOUR.

Année Durée	2002		2003		2004	
	E	%	E	%	E	%
<2jours	448	34,22	189	12,58	113	9,15
2 à 3 jours	693	52,94	954	63,51	780	63,20
4 à 7 jours	102	7,79	268	17,84	270	21,88
> 7jours	66	5,04	91	6,05	71	5,75
Total	1309	100	1502	100	1234	100

On constate que la majorité des enfants hospitalisés ont eu une durée de séjour inférieure à 4 jours. La durée moyenne de séjour était de 2,34 jours en 2002 ; 1,82 jour en 2003 ; et 2,63 jours en 2004.

B- Morbidité :

TABLEAU VIII : REPARTITION DES MALADES SELON LA PATHOLOGIE.

Année \ Pathologie	2002		2003		2004	
	E	%	E	%	E	%
Paludisme grave	941	71,88	866	57,65	958	77,63
Accès palustre simple	40	3,05	28	1,86	17	1,37
Asthme	19	1,45	18	1,19	12	0,97
Bronchiolites	22	1,68	112	7,45	40	3,24
Cardiopathies congénitales	11	0,84	16	1,06	7	0,56
Diarrhée aiguë	24	1,83	51	3,39	23	1,86
Diarrhée chronique	23	1,75	37	2,46	21	1,70
Diarrhée + déshydratation sévère	27	2,06	45	2,99	18	1,46
Drépanocytose	8	0,61	10	0,66	6	0,48
fièvre typhoïde	14	1,06	27	1,79	6	0,48
Infection néonatale	52	3,97	44	2,92	19	1,54
Intoxication	6	0,45	10	0,66	10	0,81
Malnutrition	45	3,43	64	4,26	24	1,94
Méningite	20	1,52	30	1,99	20	1,62
Néphropathies	4	0,30	14	0,93	6	0,48
Prématurité	30	2,29	42	2,79	21	1,70
Souffrance néonatale	23	1,75	51	3,39	15	1,21
Tétanos	-	-	4	0,26	3	0,24
Tumeurs	-	-	5	0,33	2	0,16
Autres	-	-	28	1,86	6	0,48
Total	1309	100	1502	100	1234	100

En 2003 et 2004 la grande majorité des enfants ont été hospitalisés pour paludisme (59,51%-79%), ensuite venaient les diarrhées (8,84%-5,02%), les bronchiolites (7,45%-3,24%), la malnutrition (4,26%-1,94%).

En 2002 en plus du paludisme (74,93%) et les diarrhées (5,64%), venaient les infections néonatales (3,97%), la malnutrition (3,43%), la prématurité (2,29%), la souffrance néonatale (1,75%), la méningite (1,52%), la fièvre typhoïde (1,06%).

TABLEAU-IX : REPARTITION DES MALADES SELON LA PATHOLOGIE ET LE GROUPE D'AGE.

a) Année 2002 :

Groupe d'âge / Pathologie	<2mois		2-11 moins		1-4ans		5-9ans		≥ 10ans		Total	
	E	%	E	%	E	%	E	%	E	%	E	%
Paludisme grave	200	60,98	278	75,75	310	77,11	93	68,89	60	77,92	941	71,89
Accès palustre simple	5	1,52	20	5,45	6	1,49	9	6,67	-	-	40	3,06
Asthme	-	-	-	-	5	1,24	5	3,70	9	11,67	19	1,45
Bronchiolites	8	2,44	9	2,45	5	1,24	-	-	-	-	22	1,68
Cardiopathies congénitales	4	1,22	3	0,82	4	1	-	-	-	-	11	0,84
Diarrhée aiguë	-	-	16	4,36	4	1	4	2,96	-	-	24	1,83
Diarrhée chronique	-	-	3	0,82	14	3,48	5	3,70	1	1,30	23	1,76
Diarrhée + déshydratation sévère	-	-	13	3,54	8	2	6	4,44	-	-	27	2,06
Drépanocytose	-	-	-	-	3	0,75	4	2,96	1	1,30	8	0,61
Fièvre typhoïde	-	-	-	-	6	1,49	4	2,96	4	5,19	14	1,07
Infection néonatale	52	15,85	-	-	-	-	-	-	-	-	52	3,97
Intoxications	-	-	2	0,54	4	1	-	-	-	-	6	0,46
Malnutrition	-	-	15	4,09	30	7,46	-	-	-	-	45	3,44
Méningite	6	1,83	8	2,18	3	0,75	3	2,22	-	-	20	1,53
Néphropathies	-	-	-	-	-	-	2	1,48	2	2,60	4	0,31
Prématurité	30	9,15	-	-	-	-	-	-	-	-	30	2,29
Souffrance néonatale	23	7,01	-	-	-	-	-	-	-	-	23	1,76
Tétanos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tumeurs	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	328	100	367	100	402	100	135	100	77	100	1309	100

Dans ce tableau, pour les principales tranches d'âges, le paludisme grave prédominait avec 60,98% pour les moins de 2 mois ;75,75% de 2-11 mois ; 77,11% de 1-4ans ;68,89% de 5-9ans ;et 77,92% de 10ans et plus.

b) Année 2003 :

Groupe d'âge Pathologie	<2mois		2-11 moins		1-4ans		5-9ans		≥ 10ans		Total	
	E	%	E	%	E	%	E	%	E	%	E	%
Paludisme grave	98	29,52	212	58,72	372	71,26	88	59,06	96	69,56	866	57,66
Accès palustre simple	8	2,41	3	0,83	6	1,15	4	2,68	7	5,07	28	1,86
Asthme	8	2,41	3	0,83	4	0,77	2	1,34	1	0,72	18	1,19
Bronchiolites	66	19,88	38	10,53	4	0,77	2	1,34	2	1,44	112	7,46
Cardiopathies congénitales	-	-	7	1,94	8	1,54	1	0,67	-	-	16	1,07
Diarrhée aiguë	-	-	31	8,59	12	2,30	5	3,36	3	2,17	51	3,39
Diarrhée chronique	-	-	9	2,49	12	2,30	13	8,72	3	2,17	37	2,46
Diarrhée + déshydratation sévère	-	-	23	6,37	15	-	7	4,69	-	-	45	2,99
Drépanocytose	-	-	-	-	4	0,77	2	1,34	4	2,89	10	0,66
Fièvre typhoïde	-	-	-	-	13	2,87	8	5,36	6	4,35	27	1,79
Infection néonatale	44	13,25	-	-	-	-	-	-	-	-	44	2,93
Intoxications	-	-	2	0,55	3	0,57	2	1,34	3	2,17	10	0,66
Malnutrition	-	-	16	4,43	48	9,19	-	-	-	-	64	4,26
Méningite	13	3,91	6	1,66	5	0,96	4	2,68	2	1,44	30	1,99
Néphropathies	-	-	-	-	6	1,15	5	3,36	3	2,17	14	0,93
Prématurité	42	12,65	-	-	-	-	-	-	-	-	42	2,79
Souffrance néonatale	51	15,36	-	-	-	-	-	-	-	-	51	3,39
Tétanos	2	0,60	1	0,28	-	-	-	-	1	0,72	4	0,27
Tumeurs	-	-	-	-	1	0,19	1	0,67	3	2,17	5	0,33
Autres	-	-	10	2,77	9	1,72	5	3,36	4	2,89	28	1,86
Total	332	100	361	100	522	100	149	100	138	-	1502	100

Dans ce tableau, le paludisme grave prédominait aussi pour les principales tranches d'âges avec 29,52% pour les moins de 2 mois ; 58,72% de 2-11mois ; 71,26% de 1-4ans ; 59,06% de 5-9ans ; 69,56% de 10ans et plus.

c) Année 2004 :

Groupe d'âge / Pathologie	<2mois		2-11 moins		1-4ans		5-9ans		≥ 10ans		Total	
	E	%	E	%	E	%	E	%	E	%	E	%
Paludisme grave	75	48,39	177	63,21	551	90,18	117	83,57	38	79,16	958	77,63
Accès palustre simple	7	4,52	5	1,78	3	0,49	2	1,43	-	-	17	1,37
Asthme	-	-	-	-	5	0,81	4	2,86	3	6,25	12	0,97
Bronchiolites	10	6,45	20	7,14	10	1,63	-	-	-	-	40	3,24
Cardiopathies congénitales	3	1,94	2	0,71	1	0,16	1	0,71	-	-	7	0,56
Diarrhée aiguë	-	-	20	7,14	2	0,32	1	0,71	-	-	23	1,86
Diarrhée chronique	-	-	17	6,07	3	0,49	1	0,71	-	-	21	1,70
Diarrhée + déshydratation sévère	-	-	13	4,64	5	0,81	-	-	-	-	18	1,45
Drépanocytose	-	-	-	-	3	0,49	2	1,43	1	2,08	6	0,48
Fièvre typhoïde	-	-	-	-	3	0,49	1	0,71	2	4,16	6	0,48
Infection néonatale	19	12,26	-	-	-	-	-	-	-	-	19	1,53
Intoxications	-	-	-	-	5	0,81	3	2,14	2	4,16	10	0,81
Malnutrition	-	-	13	4,64	11	1,80	-	-	-	-	24	1,94
Méningite	5	3,23	11	3,92	3	0,49	1	0,71	-	-	20	1,62
Néphropathies	-	-	-	-	3	0,49	2	1,43	1	2,08	6	0,48
Prématurité	21	13,54	-	-	-	-	-	-	-	-	21	1,70
Souffrance néonatale	15	9,67	-	-	-	-	-	-	-	-	15	1,21
Tétanos	-	-	-	-	-	-	2	1,43	1	2,08	3	0,24
Tumeurs	-	-	-	-	2	0,32	-	-	-	-	2	0,16
Autres	-	-	2	0,71	1	0,16	3	2,14	-	-	6	0,48
Total	155	100	280	100	611	100	140	100	48	100	1234	100

Le paludisme grave prédominait ici pour les principales tranches d'âges avec 48,39% pour les moins de 2 mois ; 63,21% de 2-11mois ; 90,18% de 1-4ans ; 83,57% de 5-9ans ; 79,16% de 10ans et plus.

En plus il ressort de ces différents tableaux, qu'en ce qui concerne les pathologies prises en charge, les enfants de moins de 5 ans étaient les plus touchés.

TABLEAU-X : REPARTITION DES MALADES SELON LA FORME DU PALUDISME GRAVE.

Année / Forme paludisme grave	2002		2003		2004	
	E	%	E	%	E	%
Anémique	198	21,04	365	42,14	295	30,79
Neurologique	655	69,60	437	50,46	587	61,27
Anémique et neurologique	88	9,35	64	7,39	76	7,93
Total	941	100	866	100	958	100

Dans ce tableau, parmi les enfants atteints de paludisme grave, la forme neurologique prédominait avec 69,60% en 2002 ; 50,46% en 2003 ; et 61,27% en 2004.

TABLEAU-XI : REPARTITION DES HOSPITALISES ET DES CAS DE PALUDISME SELON LE MOIS.

Mois	Total des hospitalisés			Total cas paludisme			Pourcentage (%)		
	2002	2003	2004	2002	2003	2004	2002	2003	2004
Janvier	88	64	81	36	20	76	40,90	31,25	93,82
Février	68	66	70	36	36	52	52,94	54,54	74,28
Mars	74	58	58	44	34	40	59,45	58,62	68,96
Avril	46	53	88	26	22	35	56,52	41,50	39,77
Mai	73	44	70	38	20	38	52,05	45,45	54,28
Juin	65	128	105	28	86	75	43,07	67,18	71,42
Juillet	112	138	92	104	93	80	92,85	67,39	86,95
Août	204	150	118	193	101	100	94,60	67,33	84,74
Septembre	191	155	111	145	87	95	75,91	47,16	85,58
Octobre	165	265	200	136	125	169	82,42	62,50	84,50
Novembre	100	176	148	87	110	125	87,00	78,04	84,45
Décembre	123	205	93	108	160	90	87,80	59,52	96,77
Total	1309	1502	1234	981	894	975	74,94	59,52	79,01

Dans ce tableau, le paludisme occupait une place importante dans les hospitalisations de la pédiatrie ; et prédominait surtout pendant la période allant de juin en décembre sauf en 2002 (juillet – décembre).

TABLEAU-XII : REPARTITION DES MALADES PAR MOIS SELON LA FORME DE PALUDISME GRAVE.

a) Année 2002 :

Mois	Anémique		Neurologique		Anémique et neurologique		Total	
	E	%	E	%	E	%	E	%
Janvier	7	3,53	18	2,74	2	2,27	27	2,86
Février	9	4,54	27	4,12	-	-	36	3,82
Mars	11	5,55	30	4,58	3	3,41	44	4,67
Avril	4	2,02	16	2,44	4	4,54	24	2,55
Mai	6	3,03	30	4,58	2	2,27	38	4,03
Juin	8	4,04	14	2,13	6	6,82	28	2,97
Juillet	34	17,17	51	7,78	16	18,18	101	10,73
Août	26	13,13	148	22,59	11	12,50	185	19,65
Septembre	33	16,66	100	15,26	10	11,36	143	15,19
Octobre	29	14,64	95	14,50	12	13,63	136	14,45
Novembre	18	9,09	47	7,17	10	11,36	75	7,97
Décembre	13	6,56	79	12,06	12	13,63	104	11,05
Total	198	100	655	100	88	100	941	100

Ici sur toute l'année, la forme neurologique prédominait les autres formes, suivie de la forme anémique, et mixte (anémique et neurologique).

b) Année 2003 :

Mois	Anémique		Neurologique		Anémique et neurologique		Total	
	E	%	E	%	E	%	E	%
Janvier	6	1,64	10	2,29	2	3,12	18	2,08
Février	16	4,38	14	3,20	3	4,69	33	3,81
Mars	10	2,73	18	4,12	4	6,25	32	3,69
Avril	8	2,19	12	2,75	2	3,12	22	2,54
Mai	7	1,91	12	2,75	1	1,56	20	2,31
Juin	40	10,95	39	8,92	1	1,56	80	9,24
Juillet	30	8,21	60	13,73	1	1,56	91	10,51
Août	49	13,42	40	9,15	7	10,94	96	11,09
Septembre	80	21,91	20	4,57	17	26,56	117	13,51
Octobre	64	17,53	26	5,95	15	23,44	105	12,12
Novembre	10	2,73	83	19	2	3,12	95	10,97
Décembre	45	12,32	103	23,57	9	14,06	157	18,13
Total	365	100	437	100	64	100	866	100

La forme neurologique et la forme anémique prédominaient dans ce tableau.

c) Année 2004 :

Mois	Anémique		Neurologique		Anémique et neurologique		Total	
	E	%	E	%	E	%	E	%
Janvier	17	5,76	29	4,94	14	18,42	60	6,26
Février	22	7,46	23	3,92	5	6,58	50	5,22
Mars	10	3,39	27	4,60	3	3,95	40	4,17
Avril	5	1,69	15	2,56	10	13,16	30	3,13
Mai	12	4,07	20	3,40	1	1,31	33	3,44
Juin	22	7,46	60	10,22	4	5,26	86	8,98
Juillet	25	8,47	54	9,20	1	1,31	80	8,35
Août	22	7,46	70	11,92	8	10,53	100	10,44
Septembre	38	12,88	50	8,52	7	9,21	95	9,91
Octobre	49	16,61	100	17,04	20	26,31	169	17,64
Novembre	35	11,86	89	15,16	1	1,31	125	13,05
Décembre	38	12,88	50	8,52	2	2,63	90	9,39
Total	295	100	587	100	76	100	958	100

Dans ce tableau, la forme neurologique prédominait les autres formes sur toute l'année.

Dans ces différents tableaux, la forme neurologique était la plus fréquente ; et prédominait sur toute l'année sauf en 2003.

TABLEAU-XIII : REPARTITION DES MALADES SELON LE TYPE DE MALNUTRITION.

Année / Type de malnutrition	2002		2003		2004	
	E	%	E	%	E	%
Kwashiorkor	11	24,44	20	31,25	8	33,33
Kwashiorkor + Marasme	1	2,22	4	6,25	4	16,66
Marasme	33	73,33	40	62,50	12	50,00
Total	45	100	64	100	24	100

Parmi les malnutritions, le marasme prédominait avec 73,33% des cas en 2002 ; 62,50% en 2003 ; et 50% en 2004.

TABLEAU- IVX : REPARTITION DES MALADES SELON LE GROUPE D'AGE ET LE TYPE DE MALNUTRITION.

a) Année 2002 :

Groupe d'âge	Types de malnutrition			Total
	Kwashiorkor	Kwashiorkor + Marasme	Marasme	
< 2 mois	-	-	-	-
2à 11 mois	5	-	14	19
1 à 4 ans	6	1	15	22
5 à 9 ans	-	-	4	4
10 ans et plus	-	-	-	-
TOTAL	11	1	33	45

b) Année 2003 :

Groupe d'âge	Types de malnutrition			Total
	Kwashiorkor	Kwashiorkor + Marasme	Marasme	
< 2 mois	-	-	-	-
2à 11 mois	12	2	17	31
1 à 4 ans	8	2	23	33
5 à 9 ans	-	-	-	-
10 ans et plus	-	-	-	-
TOTAL	22	4	40	64

c) Année 2004 :

Groupe d'âge	Types de malnutrition			Total
	Kwashiorkor	Kwashiorkor + Marasme	Marasme	
< 2 mois	-	-	-	-
2à 11 mois	3	3	5	11
1 à 4 ans	5	1	7	13
5 à 9 ans	-	-	-	-
10 ans et plus	-	-	-	-
TOTAL	8	4	12	24

Les malnutritions prédominaient surtout chez les moins de 5 ans.

TABLEAU-XV : REPARTITION DES MALADES SELON LE GERME DE LA MENINGITE.

Année / Germe	2002		2003		2004	
	E	%	E	%	E	%
Haemophilus influenzae	11	55	16	53,33	12	60
Méningocoque	7	35	10	33,33	6	30
Pneumocoque	2	10	4	13,33	2	10
Total	20	100	30	100	20	100

Parmi les enfants hospitalisés pour méningite, l'haemophilus influenzae était en cause avec 55% des cas en 2002 ; 53,33% en 2003; et 60% en 2004.

TABLEAU-XVI : REPARTITION DES MALADES ATTEINTS DE MENINGITE SELON LE GROUPE D'AGE ET LE GERME EN CAUSE.

Groupe d'âge	Haemosphilus inf			Méningocoque			Pneumocoque		
	2002	2003	2004	2002	2003	2004	2002	2003	2004
<2 mois	3	8	4	-	-	-	-	-	-
2 à 11 mois	6	5	6	3	3	2	-	-	-
1 à 4 ans	2	3	2	2	5	4	-	2	-
5 à 9 ans	-	-	-	2	2	-	2	2	2
10 ans et plus	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	11	16	12	7	10	6	2	4	2

L'haemophilus influenzae prédominait surtout avant un an.

Le méningocoque était inexistant avant 2 mois et entre 10 ans et plus.

Le pneumocoque prédominait surtout entre 5 et 9 ans.

C- Devenir des malades :

TABLEAU-XVII : REPARTITION DES MALADES SELON LE DEVENIR.

Année / Devenir	2002		2003		2004	
	E	%	E	%	E	%
Sortie autorisée	1039	79,37	1277	85	968	78,44
Décès	231	17,64	201	13,38	203	16,45
Evasion	30	2,29	14	0,93	56	4,53
Transfert interne	3	0,22	2	0,13	3	0,24
Transfert externe	6	0,45	8	0,53	4	0,32
Total	1309	100	1502	100	1234	100

Le taux de mortalité était de :

- 17,64% en 2002 ;
- 13,38% e, 2003 ;
- 16,45% en 2004.

Parmi les hospitalisés ayant bénéficié d'une sortie autorisée, on notait :

- 79,37% en 2002 ;
- 85% en 2003 ;
- 78,44% en 2004.

TABLEAU-XVIII : REPARTITION DES MALADES SELON LE GROUPE D'AGE ET LE DEVENIR.

a) Année 2002 :

Groupe d'âge	Devenir					Total
	Sortie autorisée	Décès	Évasion	Transfert interne	Transfert externe	
< 2 mois	225	83	17	2	1	328
2 à 11 mois	275	80	9	1	2	367
1 à 4 ans	348	50	2	-	2	402
5 à 9 ans	123	12	-	-	-	135
10 ans et plus	68	6	2	-	1	77
Total	1039	231	30	3	6	1309

b) Année 2003 :

Groupe d'âge	Devenir					Total
	Sortie autorisée	Décès	Évasion	Transfert interne	Transfert externe	
< 2 mois	49	67	3	-	-	119
2 à 11 mois	190	117	2	1	-	310
1 à 4 ans	778	5	4	1	3	791
5 à 9 ans	138	7	3	-	2	150
10 ans et plus	122	5	2	-	3	132
Total	1277	201	14	2	8	1502

c) Année 2004 :

Groupe d'âge	Devenir					Total
	Sortie autorisée	Décès	Évasion	Transfert interne	Transfert externe	
< 2 mois	663	134	10	-	-	807
2 à 11 mois	156	56	29	2	2	245
1 à 4 ans	34	4	6	-	1	45
5 à 9 ans	95	6	6	-	1	108
10 ans et plus	20	3	5	1	-	29
Total	968	203	56	3	4	1234

Dans ces tableaux, parmi les tranches d'âge, la mortalité était la plus élevée chez les moins d'1an avec 163 décès sur 231 en 2002 ; 184 décès sur 201 en 2003 ; 190 décès sur 203 en 2004.

TABLEAU-IXX : REPARTITION DES DECES PAR UNITE.

Année \ Unité	2002		2003		2004	
	E	%	E	%	E	%
Unité I	63	27,27	65	32,33	43	21,18
Unité II	168	72,72	136	67,66	94	46,30
Unité III	-	-	-	-	66	32,51
Total	231	100	201	100	203	100

La mortalité était plus élevée en unité II avec 72,72% en 2002 ; 67,66% en 2003 ; et 46,30% en 2004.

TABLEAU-XX : REPARTITION DES MALADES SELON LA CAUSE DE DECES.

Cause de décès	2002		2003		2004	
	E	%	E	%	E	%
Paludisme grave	113	48,91	98	48,75	106	52,21
Accès palustre simple	-	-	-	-	-	-
Asthme	-	-	2	0,99	-	-
Bronchiolites	7	3,03	12	5,97	8	3,94
Cardiopathies congénitales	3	1,29	3	0,59	3	1,47
Diarrhée aiguë	13	5,62	4	1,99	9	4,43
Diarrhée chronique	12	5,19	3	0,59	7	3,44
Diarrhée + déshydratation sévère	15	6,49	3	0,59	9	4,49
Drépanocytose	2	0,86	4	1,99	2	0,98
fièvre typhoïde	4	1,73	-	-	1	0,49
Infection néonatale	5	2,16	13	6,46	9	4,43
Intoxications	-	-	-	-	1	0,49
Malnutrition	31	13,41	20	9,95	15	7,38
Méningite	5	2,16	14	6,96	7	3,44
Néphropathies	2	0,86	3	0,59	2	0,98
Prématurité	13	5,62	15	7,46	11	5,41
Souffrance néonatale	6	2,59	5	2,48	7	3,44
Tétanos	-	-	1	0,49	2	0,98
Tumeurs	-	-	1	0,49	1	0,49
Autres	-	-	-	-	3	1,47
Total	231	100	201	100	203	100

Les principales causes de décès des enfants hospitalisés étaient : le paludisme grave, les diarrhées, la malnutrition, la prématurité, les infections néonatales, les bronchiolites, la méningite, la souffrance néonatale.

TABLEAU-XXI : REPARTITION DES DECES LE JOUR DE L'ADMISSION DANS LA MORTALITE GLOBALE.

Unité	Nombre total de décès			Nombre de décès le jour de l'admission			Pourcentage (%)		
	2002	2003	2004	2002	2003	2004	2002	2003	2004
Unité I	63	65	43	12	14	12	19,04	21,53	27,20
Unité II	168	136	94	36	36	43	21,42	26,47	45,74
Unité III	-	-	66	-	-	25	-	-	37,87
Total	231	201	203	48	50	80	20,77	24,87	39,40

Le jour de l'admission, 48 décès sur 231 s'étaient produits à la pédiatrie de l'hôpital de Sikasso en 2002 ; 50 décès sur 201 en 2003 ; 80 décès sur 203 en 2004. Ce taux était plus élevé en unité II.

TABLEAU-XXII : REPARTITION DES DECES PAR GROUPE D'AGE.

Groupe d'âge	Total malades (A)						Décès (B)						Taux de mortalité [(B/A) x 100]		
	2002		2003		2004		2002		2003		2004		2002	2003	2004
	E	%	E	%	E	%	E	%	E	%	E	%			
2mois	328	25,06	119	7,92	155	12,56	83	35,93	67	33,33	134	66	25,30	56,30	86,45
2 à 11mois	367	28,04	310	20,64	278	22,53	80	34,63	117	58,21	56	27,59	21,79	37,74	20,14
1 à 4ans	402	30,71	791	52,66	613	49,68	50	21,64	5	2,49	4	1,97	12,43	0,63	0,65
5 à 9ans	135	10,31	150	9,99	138	11,18	12	5,19	7	3,48	6	2,96	8,88	4,66	4,34
10ans et plus	77	5,88	132	8,79	50	4,05	6	2,59	5	2,49	3	1,48	7,79	3,78	6,00
Total	1309	100	1502	100	1234	100	231	100	201	100	203	100	17,64	13,38	16,45

Le taux de mortalité était plus élevé chez les enfants de mois de 2 mois avec 25,30% en 2002 ; 56,30% en 2003 ; 86,45% en 2004.

D- Létalité :**TABLEAU-XXIII : LETALITE PAR AFFECTION.****a) Année 2002 :**

Pathologie	Total cas	Décès	Taux létalité (%)
Paludisme grave	941	113	12
Accès palustre simple	40	-	-
Asthme	19	-	-
Bronchiolites	22	7	31,81
Cardiopathies congénitales	11	3	27,27
Diarrhée aiguë	24	13	54,16
Diarrhée chronique	23	12	52,17
Diarrhée +deshy-sévère	27	15	55,55
Drépanocytose	8	2	25,00
Fièvre typhoïde	14	4	28,57
Infection néonatale	52	5	9,61
Intoxications	6	-	-
Malnutrition	45	31	68,88
Méningite	20	5	25,00
Néphropathies	4	2	50,00
Prématurité	30	13	43,33
Souffrance néonatale	23	6	26,08
Tétanos	-	-	-
Tumeurs	-	-	-
Autres	-	-	-
Total	1309	231	-

Les pathologies les plus létales en 2002 étaient : la malnutrition (68,88%) , les diarrhées (54,05%), les néphropathies(50%), la prématurité (43,33%), les bronchiolites (31,81%).

b) Année 2003:

Pathologie	Total cas	Décès	Taux létalité (%)
Paludisme grave	866	98	11,31
Accès palustre simple	28	-	-
Asthme	18	2	11,11
Bronchiolites	112	12	10,71
Cardiopathies congénitales	16	3	18,75
Diarrhée aiguë	51	4	7,84
Diarrhée chronique	37	3	8,10
Diarrhée +deshy-sévère	45	3	6 ;66
Drépanocytose	10	4	40,00
Fièvre typhoïde	27	-	-
Infection néonatale	44	13	29,54
Intoxications	10	-	-
Malnutrition	64	20	31,25
Méningite	30	14	46,66
Néphropathies	14	3	21,42
Prématurité	42	15	35,71
Souffrance néonatale	51	5	9,80
Tétanos	4	1	25,00
Tumeurs	5	1	20,00
Autres	28	-	-
Total	1502	201	13,38

En 2003 les pathologies les plus létales étaient : la méningite (46,66%), la drépanocytose (40%), la prématurité (35,71%), la malnutrition (31,25%), l'infection néonatale (29,54%).

c) Année 2004:

Pathologie	Total cas	Décès	Taux létalité (%)
Paludisme grave	958	106	11,06
Accès palustre simple	17	-	-
Asthme	12	-	-
Bronchiolites	40	8	20,00
Cardiopathies congénitales	7	3	42,85
Diarrhée aiguë	23	9	39,13
Diarrhée chronique	21	7	33,33
Diarrhée + deshy-sévère	18	9	50,00
Drépanocytose	6	2	33,33
Fièvre typhoïde	6	1	16,66
Infection néonatale	19	9	47,36
Intoxications	10	1	10,00
Malnutrition	24	15	62,50
Méningite	20	7	35,00
Néphropathies	6	2	33,33
Prématurité	21	11	52,38
Souffrance néonatale	15	7	46,66
Tétanos	3	2	66,66
Tumeurs	2	1	50,00
Autres	6	3	50,00
Total	1234	203	16,45

Les pathologies les plus létales en 2004 étaient : la malnutrition (62,50%), la prématurité (52,38%), les diarrhées (40,32%), la méningite (35%), les infections néonatales (47,36%), le tétanos (66,66%), les tumeurs (50%), la souffrance néonatale (46,66%).

E- Indicateurs de performance du service :

TABLEAU-XXIV : REPARTITION DES MALADES SELON LA DUREE MOYENNE DE SEJOUR PAR PATHOLOGIE

Pathologie	Effectif			Nombre de jours consacrés			Durée de séjour		
	2002	2003	2004	2002	2003	2004	2002	2003	2004
Paludisme grave	941	866	958	1807	1150	1223	1,92	1,32	1,27
Accès palustre simple	40	28	17	102	123	180	2,55	4,39	10,58
Asthme	19	18	12	53	52	22	2,78	2,88	1,83
Bronchiolites	22	112	40	98	264	131	4,45	2,35	3,27
Cardiopathies congénitales	11	16	7	93	83	45	8,45	5,18	6,42
Diarrhée aiguë	24	51	23	120	222	120	5,00	4,35	5,21
Diarrhée chronique	23	37	21	157	278	315	6,82	7,51	15
Diarrhée +deshy-sévère	27	45	18	103	98	108	3,81	2,17	6
Drépanocytose	8	10	6	23	21	25	2,87	2,10	4,16
Fièvre typhoïde	14	27	6	78	43	33	5,57	1,59	5,50
Infection néonatale	52	44	19	96	48	224	1,81	1,09	11,78
Intoxications	6	10	10	27	13	70	4,5	1,30	7
Malnutrition	45	64	24	113	85	113	2,51	1,32	4,70
Méningite	20	30	20	107	76	323	5,35	2,53	16,17
Néphropathies	4	14	6	24	34	94	6	2,42	15,66
Prématurité	30	42	21	34	73	77	1,13	1,73	3,66
Souffrance néonatale	23	51	15	32	36	69	1,39	0,70	4,60
Tétanos	-	4	3	-	18	40	-	4,5	13,33
Tumeurs	-	5	2	-	8	25	-	1,60	12,5
Autres	-	28	6	-	20	15	-	0,71	2,5

Un enfant atteint de paludisme grave faisait moins de 2 jours dans le service de pédiatrie de l'hôpital de Sikasso. Les pathologies ayant la plus longue durée de séjour étaient : Cardiopathies congénitales (8,45 jours) en 2002 ; la diarrhée chronique (7,51 jours) en 2003 ; la méningite (16,17 jours) en 2004.

TABLEAU-XXV : INDICATEURS DE PERFORMANCE PAR UNITE**a) Année 2002-2003 :**

Indicateurs	Unité I		Unité II		Total	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Total journée réalisée (jours)	1833	1680	1234	1065	3067	2745
Taux d'occupation (%)	22,82%	28,76%	15,36%	18,23%	38,19%	47%
Intervalle de rotation (jours)	7,05	4,25	15,80	9,11	3,79	2,06
Durée moyenne de séjour (jours)	2,08	1,71	2,86	2,03	2,34	1,82
Taux de mortalité (%)	7,16%	6,64%	39,06%	25,95%	17,64%	13,38%
Proportion d'abandon (%)	1,13%	0,61%	4,65%	1,52%	2,29%	0,93%
Proportion de transfert int (%)	0,11%	0,10%	0,46%	0,19%	0,22%	0,13%
Proportion de transfert ext (%)	0,34%	0,20%	0,69%	1,14%	0,45%	0,53%

b) Année 2004 :

Indicateurs	Unité			Total
	Unité I	Unité-II	Unité-III	
Total journée réalisée (jours)	1486	1071	695	3252
Taux d'occupation (%)	20,30%	14,63%	9,49%	44,42%
Intervalle de rotation (jours)	10,90	14,26	25,38	3,29
Durée moyenne de séjour (jours)	2,77	2,44	2,66	2,63
Taux de mortalité (%)	8,03%	21,46%	25,28%	16,45%
Proportion d'abandon (%)	2,99%	4,33%	8,04%	4,53%
Proportion de transfert int (%)	0,18%	0,22%	0,38%	0,24%
Proportion de transfert ext (%)	0,18%	0,22%	0,76%	0,32%



**COMMENTAIRES ET
DISCUSSIONS**

VI-COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS :

De nombreuses insuffisances demeurent dans le recueil, l'analyse et la diffusion des données statistiques, bases essentielles de toute planification sanitaire (examens complémentaires non demandés, et souvent non faits ; diagnostics souvent non confirmés).

1) Unité :

La majorité des enfants ont été hospitalisés par l'unité I avec 67,15% en 2002 ; 65,11% en 2003 ; 43,35% en 2004.

Sur les 231 décès enregistrés en 2002, 48 ont été faits le jour de l'admission soit 20,77%.

Les décès le jour de l'admission en 2003, étaient en hausse par rapport à l'année 2002 ; et ceux de 2004 étaient en hausse par rapport à 2003.

On avait respectivement 50 décès le jour de l'admission sur 201 décès en tout en 2003 ; et 80 décès sur 203 en 2004.

Ces taux étaient plus importants dans l'unité II, où 36 des 168 décès s'étaient déroulés le jour de l'admission en 2002, soit 21,42% ; en 2003 on avait 26,47% ; et en 2004 : 45,74%.

Le taux de mortalité était plus élevé en unité II où on a observé 39,06% en 2002.

2) Mois : La majorité des hospitalisations pédiatriques se faisaient entre juin et décembre sauf en 2002 où c'était de juillet à décembre.

Cette grande affluence pourrait s'expliquer par le fait qu'elle corresponde à la période de haute transmission du paludisme.

3) Sexe :

De 2002 à 2004, le sexe masculin prédominait surtout avec 55% pour un sexe ratio de 1,23 en 2002 ; 55,46% pour un sexe ratio de 1,24 en 2003 ; 59% pour un sexe ratio de 1,43 en 2004.

4) Groupe d'âge :

Les enfants de moins de 2 mois représentaient 25,05% des hospitalisations en 2002 ; 7,92% en 2003 ; 12,56% en 2004.

Le taux de mortalité des enfants de moins de 2 mois était de 25,30% en 2002 ; alors qu'il était de 21,79% de 2 à 11 mois ; et de 12,43% de 1 à 4 ans.

De 2002 à 2004, on notait une hausse de la mortalité chez les moins de 2 mois ; soit : 25,30% en 2002 ; 56,30% en 2003 ; 86,45% en 2004.

Selon une étude effectuée par Coulibaly Souleymane Moussa dans le service de pédiatrie de l'HGT en 1999 et 2000, le taux de mortalité des moins de 2 mois était de 34,63% ; alors qu'il était de 16,44% de 2 à 11 mois, et de 13,11% de 1 à 4 ans (30).

En 2000, le taux de mortalité des moins de 2 mois était de 30,47% ; alors qu'il était de 13,29% de 2 à 11 mois et de 9,87% de 1 à 4 ans (50).

Une étude effectuée par Kweken au Cameroun en 1987 a montré qu'on observe une chute rapide de risque de mortalité entre les jours qui suivent la naissance et le troisième (ou quatrième) mois : 560 ‰ à 15 jours de naissance contre 108 ‰ seulement au quatrième mois. Ce risque décroît ensuite lentement jusqu'à un minimum qui généralement est observé entre 10 et 15 ans (16).

5) Résidence :

La grande majorité des enfants hospitalisés venaient de la Commune Urbaine de Sikasso (75,55% des cas en 2002 ; 92,74% en 2003 ; 86,46%).

6) Durée de séjour :

La grande majorité des enfants hospitalisés ne dépassaient pas 3 jours dans le service de pédiatrie de l'Hôpital Régional de Sikasso (87,16% en 2002 ; 76,09 % en 2003 ; 72,35% en 2004).

7) Les principales pathologies prises en charge

7.1) *Le paludisme :*

Il était la première cause d'hospitalisation dans le service de pédiatrie de l'Hôpital Régional de Sikasso avec 74,93% des cas en 2002 ; 59,51% en 2003 ; 79% en 2004.

Il représentait la première cause de mortalité avec 48,91% des cas en 2002 ; 48,75% en 2003 ; 52,21% en 2004.

Les létalités étaient de :

-12,00% en 2002;

-11,31% en 2003;

-11,06% en 2004.

Les enfants de moins de 5 ans étaient les plus touchés. La forme neurologique prédominait les autres formes de paludisme grave, et représentait 69,60% des cas en 2002 ; 50,46% en 2003 ; 61,27% en 2004.

L'essentiel des hospitalisations pour le paludisme se faisait entre juillet et décembre correspondant à la période de haute transmission.

Nos résultats étaient supérieurs à ceux de Coulibaly Souleymane Moussa qui a trouvé en 1999 à l'HGT: un taux d'hospitalisation de 25,70% ; une mortalité de 12,30% ; et une létalité de 14,09% (57).

Cette différence du taux de mortalité pourrait s'expliquer par l'absence d'une unité de réanimation performante au service de pédiatrie de l'Hôpital Régional de Sikasso.

L'étude de TALL A en 1999 à l'Hôpital Gabriel Touré de Bamako a trouvé pour le paludisme, 26,35% de taux d'hospitalisation dans l'unité de réanimation pédiatrique avec 73,33% de létalité (32).

Cette différence de létalité pourrait s'expliquer par le fait que son étude s'était limitée à la réanimation où les cas les plus graves étaient pris en charge.

Dans l'étude de Coulibaly M en 1988 dans le service de pédiatrie de l'Hôpital Gabriel Touré de Bamako, le paludisme occupait la deuxième cause d'hospitalisation avec une fréquence de 15% et un taux de létalité de 21% (58).

Selon Fargues, le taux de mortalité du paludisme chez les enfants de 0 à 1 an était de 11,4% à Bamako de 1974 à 1985 (28).

Une étude réalisée à Madagascar par Charieras en 1988, a trouvé un taux d'hospitalisation de 7,29% pour le paludisme chez les enfants de 1 à 5 ans et une létalité globale de 2,38% (6).

7.2) les diarrhées : Elles constituaient la deuxième cause d'hospitalisation pédiatrique dans l'Hôpital Régional de Sikasso avec une fréquence de 5,64% en 2002 ; 8,84% en 2003 ; et 5,02% en 2004. Elles étaient présentes à tout âge mais prédominaient chez les enfants de moins de 5 ans, isolées ou associées à d'autres pathologies. Elles représentaient la deuxième cause de décès chez les enfants avec : 17,30% en 2002 ; 3,17% en 2003 ; et 12,30% en 2004.

Comme létalité on avait : 54,05% en 2002 ; 7,51% en 2003 ; 40,32% en 2004.

Dans l'étude de Coulibaly Souleymane Moussa à l'Hôpital Gabriel Touré de Bamako, elles étaient la cinquième cause d'hospitalisation pédiatrique et de décès en 1999 avec respectivement (8,1% et 6,80%).

La létalité était de 17,90% (61).

Une étude réalisée par Koné M en 1989 a montré que les diarrhées représentaient la première cause d'hospitalisation et de mortalité avec respectivement 18% et 17,63%. La létalité était de 22,83%.(15)

Une étude faite par TESSIER à Dakar sur la mortalité et la morbidité pédiatrique à montré que les diarrhées représentaient 14% des causes d'hospitalisation et occupaient ainsi la première place ; et ce taux atteignait 21% si on ajoutait les diarrhées accompagnant d'autres affections. Elles étaient plus fréquentes chez les enfants de 1 à 23 mois avec 83% des cas (33).

Au Burkina, PHILIPPE FARGUES à trouvé que la diarrhée représentait une cause de mortalité de 25% (27).

On estimait que dans la plupart des pays africains, le taux de mortalité pour la diarrhée était de 15 à 16% (25).

7.3) Les bronchiolites : Elles occupaient la troisième cause d'hospitalisation pédiatrique en 2003 et 2004 avec respectivement 7,45% et 3,24%.

Elles constituaient la septième cause d'hospitalisation pédiatrique en 2002 avec 1,68% des cas.

Elles représentaient la sixième cause de décès en 2003 et 2004.

En 2002 elles étaient la cinquième cause de décès.

La létalité la plus élevée a été observée en 2002 avec 31,81% contre 10,71% en 2003 et 20% en 2004.

Les enfants de moins de 5 ans étaient les plus touchés.

Au CHU de Brazzaville, les affections respiratoires représentaient la quatrième cause de mortalité infantile avec une létalité de 76,3% (8).

Coulibaly Souleymane Moussa en 1999, a montré que les infections respiratoires aiguës (IRA) constituaient la quatrième cause d'hospitalisation (9,7%). Le taux de mortalité était de 6,4% avec une létalité de 14,08% (60).

KONE en 1989 a trouvé qu'il s'agissait de la première cause d'hospitalisation avec 20% des cas. La létalité était de 18% (15).

Une étude faite au CHU de Yopougon a montré que les IRA représentaient 16,17% des hospitalisations ; 85,40% des sujets avaient moins de 5 ans. On notait une recrudescence en Janvier et en saison des pluies (mai, juin, juillet), la durée moyenne d'hospitalisation était de 5 jours. La létalité était de 4,48% et 94,1% des sujets décédés avaient moins de 11 mois (2).

7.4) La malnutrition : Elle représentait la quatrième cause d'hospitalisation pédiatrique avec 3,43% en 2002 ; 4,26% en 2003 ; et 1,94% en 2004.

Le type le plus fréquent était le marasme. Elle occupait la troisième place comme cause de décès en 2002 et 2004 ; et la deuxième cause en 2003.

Les létalités étaient de : 68,88% en 2002 ; 31,25% en 2003 ; et 62,50% en 2004.

Dans le travail de Koné M, elle occupait la troisième cause de mortalité avec 10,26% et une létalité de 36,80%(15).

Une étude faite par Coulibaly Souleymane Moussa en 1999 a montré qu'elle

Constituait 2,43% des décès. La létalité était de 20,43% (64).

Une étude rétrospective effectuée au CHR de Togo a montré que la malnutrition occupait 3,16% des hospitalisations. La létalité était de 18,57% (14).

7.5) La prématurité : Elle occupait la cinquième cause d'hospitalisation pédiatrique en 2002 et 2004 avec respectivement 2,29% et 1,70% ; tandis qu'elle représentait la septième cause en 2003 avec 2,79%.

Elle était la quatrième cause de mortalité pédiatrique en 2002 et 2004 ; et la troisième cause en 2003.

Les létalités étaient de : 43,33% en 2002 ; 35,71% en 2003 ; et 52,38% en 2004.

Certains de nos résultats sont proches de ceux de TALL et de COULIBALY Souleymane Moussa qui ont trouvé respectivement une létalité de 49,32% (32) et 49,24% en 1999 (58). Sangaré en 1991 a trouvé une létalité de 57% (29).

KONE en 1989 et TOURE en 1992 ont trouvé respectivement une létalité de 93% et 61,11% (15) et (36).

L'étude de Traoré en 1990 au service de pédiatrie de l'Hôpital Gabriel Touré de Bamako a trouvé une létalité de 57,14% (34).

CISSE et Coll. au Sénégal (7) et Kaldif et Coll à Tunis (13) ont trouvé que la prématurité était la deuxième cause de mortalité néonatale.

Malgré la disponibilité dans certaines structures sanitaires d'unité de réanimation, la létalité par rapport à la prématurité reste toujours élevée.

7.6) Les infections néonatales :

Elles représentaient : la troisième cause d'hospitalisation pédiatrique en 2002 avec 3,97% ; la sixième cause en 2003 ; et la septième cause en 2004. Elles étaient : la cinquième cause de décès en 2003 et 2004 ; et la septième cause en 2002.

Les létalités étaient de 9,61% en 2002 ; 29,54% en 2003 ; et 47,36% en 2004.

Selon AGBERE et COLL, l'infection néonatale constituait la première cause de mortalité du nouveau né (1).

En Europe où l'environnement est plus ou moins salubre et les grossesses mieux suivies, les infections et la détresse respiratoire venaient en tête des motifs d'hospitalisation (11).

Une étude faite par Coulibaly Souleymane Moussa en 1999, a montré que les infections néonatales représentaient la troisième cause d'hospitalisation avec une fréquence de 10%. Elles occupaient la deuxième cause de mortalité pédiatrique avec 15,8% des décès. La létalité était de 26,44% (59).

7.7) La souffrance néonatale :

Elle constituait : la sixième cause d'hospitalisation pédiatrique en 2002 ; la cinquième en 2003 ; et la huitième en 2004.

Les taux de mortalité étaient de 2,59% en 2002 ; 2,48% en 2003 ; 3,44% en 2004.

Les létalités étaient de 26,08% en 2002 ; 9,80% en 2003 ; et 46,66% en 2004.

Les études de Tall et de Coulibaly Souleymane Moussa (1999) ont trouvé respectivement une létalité de 42,47% (32) et 32,22% (63).

Touré dans sa thèse a trouvé une létalité de 44% (36).

Koné au cours de son étude (1986-1989) a trouvé une létalité de 57,89% (15).

Au CHU de Brazzaville, la souffrance fœtale constituait la première cause d'hospitalisation (23).

Selon Cissé et Coll, 84% des décès survenus chez les nouveau-nés au cours de l'étude étaient dus à la souffrance fœtale (7).

Pour Diallo et Coll, la souffrance fœtale était la deuxième cause de mortalité après la prématurité avec 30,80% des décès (10).

7.8) Les méningites :

Elles représentaient la huitième cause d'hospitalisation pédiatrique en 2002 et 2003 avec respectivement 1,52% et 1,99% ; et la sixième cause en 2004 (1,62%).

Les taux de mortalité étaient de : 2,16% en 2002 ; 6,96% en 2003 ; et 3,44 % en 2004.

Les létalités étaient de 25% en 2002 ; 46,66% en 2003 ; 35,00% en 2004.

Elles étaient fréquentes chez les enfants de moins de 5 ans. Les germes les plus rencontrés étaient l'*haemophilus influenzae*, le méningocoque, le pneumocoque.

Coulibaly Souleymane Moussa a trouvé dans son étude une létalité de 19,51% en 1999 (64).

Tall a trouvé une fréquence de 2,20% pour les méningites néonatales, et 19,28% pour les méningites chez les nourrissons et grands enfants.

La létalité était de 72,72% chez les grands enfants, et 10,12 % chez les nouveau-nés (32).

Touré dans son étude a trouvé 6,5% des cas avec une létalité de 37% (36).

8) Indicateurs de performance du service :

8.1) *La durée moyenne de séjour par principales pathologies :*

Dans notre étude, les durées moyennes de séjour pour les principales pathologies étaient :

- En 2002 : 1,92 jour pour le paludisme grave ;

2,55 jours pour l'accès palustre simple ;

5,13 jours pour les diarrhées ; 1,84 jour pour les infections néonatales ; 2,51 jours pour la malnutrition ; 1,13 jour pour la prématurité ; 1,39 jour pour la souffrance néonatale ; 4,45 jours pour les bronchiolites ; 5,35 jours pour les méningites.

- En 2003 : 1,32 jour pour le paludisme grave ; 4,39 jours pour l'accès palustre simple ; 4,49 jours pour les diarrhées ; 2,35 jours pour les bronchiolites ; 1,32 jour pour la malnutrition ; 0,70 jour pour la souffrance néonatale ; 1,09 jour pour l'infection néonatale ; 1,73 jour pour la prématurité ; et 2,53 jours pour la méningite.

-En 2004 : 1,27 jour pour le paludisme grave ; 10,58 jours pour l'accès palustre simple ; 8,75 jours pour les diarrhées ; 3,27 jours pour les bronchiolites ; la malnutrition avec 4,70 jours ; 3,66 jours pour la prématurité ; 16,15 jours pour les méningites ; 11,78 jours pour les infections néonatales ; 4,60 jours pour les souffrances néonatales.

Coulibaly Souleymane Moussa a trouvé en 1999 dans son étude une durée moyenne de séjour de 4,58 jours pour le paludisme grave (65).

Sanou en 1998 à Ouagadougou a trouvé 3,8 jours le paludisme grave (30).

Elle était de 4,5 jours selon Ousmane en 1998 à Dakar (26)

On notait une hausse des durées moyennes de séjour de l'année 2004 par rapport à

2002 et 2003.

8.2) Indicateurs de performance par unité :

- *En unité-I :*

Le nombre total de journées réalisées était de 1833 jours en 2002 ; 1680 jours en 2003 ; et 1486 jours en 2004.

Les lits étaient occupés à 22,82% en 2002 ; 28,76% en 2003 ; et 20,30% en 2004.

La durée moyenne de séjour était de 2,08 jours en 2002 ; 1,71 jour en 2003 ; et 2,77 jours en 2004.

Le taux de mortalité était de 7,16% en 2002 ; 6,64% en 2003 ; et 8,03% en 2004.

- *En unité-II :* Le nombre total de journées réalisées était de 1234 jours en 2002 ; 1065 jours en 2003 ; et 1071 jours en 2004.

Les lits étaient occupés à 15,36% en 2002 ; 18,23% en 2003 ; et 14,63% en 2004.

La durée moyenne de séjour était de 2,86 jours en 2002 ; 2,03 jours en 2003 ; 2,44 jours en 2004.

Le taux de mortalité était de 39,06% en 2002 ; 25,95% en 2003 ; et 21,46% en 2004.

- *En unité-III:* En 2004 le nombre total de journées réalisées était de 695 jours ; les lits étaient occupés à 9,49%. La durée moyenne de séjour était de 2,66 jours. Le taux de mortalité était de 25,28%.

Dans l'ensemble : le nombre total de journées réalisées était de 3067 jours en 2002 ; 2745 jours en 2003 ; et 3252 jours en 2004.

Les lits étaient occupés à 38,19% en 2002 ; 47% en 2003 ; et 44,42% en 2004.

L'intervalle de rotation était de 3,79 jours en 2002 ; 2,06 jours en 2003 ; et 3,29 jours en 2004.

La durée moyenne de séjour était de 2,34 jours en 2002 ; 1,82 jour en 2003 ; et 2,63 jours en 2004.

Le taux de mortalité était de 17,64% en 2002 ; 13,38% en 2003 ; et 16,45% en 2004.

On notait une baisse du nombre total de journées réalisées de 2003 par rapport à 2002, et une hausse significative de 2004 par rapport à 2002 et 2003.

Le taux de mortalité hospitalière était en hausse en 2002 par rapport à 2003 et 2004.

Toute fois on remarquait une hausse du taux d'occupation des lits en 2003 par rapport 2002 et 2004.

En résumé de l'analyse des données :

- Les pathologies les plus fréquentes étaient :
le paludisme , les diarrhées , les bronchiolites , la malnutrition , les infections néonatales , la prématurité , la souffrance néonatale , les méningites.
- Les pathologies les plus létales étaient :

- En 2002 :

La malnutrition (68,88 %), les diarrhées (54,05 %), les néphropathies (50 %), la prématurité (43,33 %), les bronchiolites (31,81 %), la fièvre typhoïde (28,57 %), les cardiopathies congénitales (27,27 %), la souffrance néonatale (26,08 %), les méningites (25 %).

- En 2003 :

Les méningites (46,66 %), la drépanocytose (40 %), la prématurité (35,71 %), la malnutrition (31,25 %), les infections néonatales (29,54 %), le tétanos (25%), les

néphropathies (21,42 %) ,et les tumeurs (20%).

- En 2004 :

Le tétanos (66,66 %) , la malnutrition (62,50 %) , la prématurité (52,38 %) , les tumeurs (50%) , l'infection néonatale (47,36 %) , la souffrance néonatale (46,66 %) , les cardiopathies congénitales (42,85 %) , et les diarrhées (40,32 %).

Ceux-ci pourraient s'expliquer par :

- une mauvaise organisation de la référence des enfants malades dans la ville de Sikasso ;
- l'inexistence d'un service de réanimation pédiatrique digne de ce nom ;
- une insuffisance du personnel ;
- l'insuffisance en équipements ;
- une insuffisance du plateau technique de laboratoire.

La période de l'année où la surcharge du travail nécessite une attention particulière coïncide avec celle de la haute transmission du paludisme à Sikasso.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

VII- CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS :

1-) Conclusions :

Notre étude effectuée de janvier 2002 à décembre 2004 a montré que :

- En 2002 sur 3067 malades hospitalisés, le taux de mortalité était de 17,64%.

Il était très élevé en unité -II avec 39,06%.

- Les pathologies les plus rencontrées étaient : le paludisme (74,93%), les diarrhées (5,64%), les infections néonatales (3,97%), la malnutrition (3,43%), la prématurité (2,29%), la souffrance néonatale (1,75%), les bronchiolites (1,68%) les méningites (1,52%).

- Les différentes causes de décès étaient : le paludisme (48,91%), les diarrhées (17,30%), la malnutrition (13,41%), la prématurité (5,62%), les bronchiolites (3,03%), la souffrance néonatale (2,59%), les infections néonatales et les méningites (2,16%).

- Les affections les plus létales étaient : la malnutrition 68,88%, les diarrhées (54,05%), les néphropathies (50%), la prématurité (43,33%), les bronchiolites (31,81%); la fièvre typhoïde (28,57%) les cardiopathies congénitales (27,27%), la souffrance néonatale (26,08%).

- Le taux d'occupation des lits a été de 38,19% ; l'intervalle de rotation était de 3,79 jours, et la durée moyenne de séjour était de 2,34 jours.

- En 2003 sur 2745 hospitalisations le taux de mortalité était passé à 13,38% et restait toujours élevé en unité-II avec 25,95%.

- Les pathologies les plus fréquentes étaient : le paludisme (59,51%), les diarrhées (8,84%), les bronchiolites (7,45%), la malnutrition (4,26%), la souffrance néonatale (3,39%), l'infection néonatale (2,92%), la prématurité (2,79%) la méningite (1,99%).

- Les pathologies les plus létales étaient : les méningites (46,66%), la drépanocytose (40%), la prématurité (35,71%), la malnutrition (31,25%), les infections néonatales (29,54%), le tétanos (25%), les néphropathies (21,42%), et les tumeurs (20%).

Le taux d'occupation des lits était de 47,00% ; l'intervalle de rotation était 2,06 jours et la durée moyenne de séjour était de 1,82 jour.

- En 2004 sur 3252 hospitalisations le taux de mortalité était de 16,45%.

Il était très élevé unité-III et II avec respectivement 25,28% et 21,46%.

Les pathologies les plus fréquentes étaient: le paludisme (79%), les diarrhées (5,02%), les bronchiolites (3,24%), la malnutrition (1,94%), la prématurité (1,70%), les méningites (1,62%), l'infection néonatale (1,54%), la souffrance néonatale (1,21%).

Les affections les plus létales étaient : le tétanos (66,66%), la malnutrition (62,50%), la prématurité (52,38%), les tumeurs (50%), l'infection néonatale (47,36%), la souffrance néonatale (46,66%), les cardiopathies congénitales (42,85%) et les diarrhées (40,32%).

Le taux d'occupation des lits était de 44,42% ; l'intervalle de rotation était de 3,29 jours et la durée moyenne de séjour était de 2,63 jours.

2-) Recommandations :

Les résultats de notre étude nous amènent à formuler les recommandations suivantes :

a) Au personnel sanitaire :

- Sensibilisation des personnes chargées des registres et des dossiers patients pour une bonne tenue et un remplissage correct des documents ;
- Transfert précoce des malades graves en vue d'une prise en charge rapide et adéquate ;
- L'organisation de la référence des malades vers le service de pédiatrie.

b) A la population :

- Eviter le retard de consultation après la début d'une quelconque maladie ;
- L'utilisation des moustiquaires imprégnées pour la prévention du paludisme grave et compliqué ;
- Promouvoir l'allaitement maternel exclusif chez les enfants de moins de 6 mois et éviter le sevrage précoce.

c) Aux autorités :

- L'organisation de la référence des enfants malades dans la région de Sikasso et surtout dans la commune urbaine de Sikasso ;
- L'envoi dans la région du personnel de santé spécialisé en pédiatrie (pédiatres) ;
- L'équipement du service en matériel de réanimation pédiatrique ;
- Le recrutement et la formation du personnel infirmier notamment en réanimation ;
- L'informatisation des données statistiques de la pédiatrie de l'hôpital régional de Sikasso.



BIBLIOGRAPHIE

VIII- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. AGBERE A., TECHABANA M.J. et Coll.

Analyse de la mortalité hospitalière dans 2 services de pédiatrie au Togo (Lomé et Kara) 1987-1989. Méd. Afri.Noire, 1997, (XXXXII), 3 :111-117.

2. ADONI L.Y et Coll.

Place des infections respiratoires dans les hospitalisations pédiatriques au CHU de Yopougon. Publications Médicales Africaines, 1994, N° 129.

3. Ayivi B. et Coll.

Le neuropaludisme chez l'enfant à propos de 292 observations
Pub. Méd Afr. N° 121.

4- Bethenod M. et Coll.

Evolution des enfants nés avec un petit poids de naissance.
Pédiatrie ,1979 : (XXX VI),6 : 573-593.

5- BonKoungou P. et Coll.

Mortalité et morbidité hospitalières des nouveaux nés prématurés à Bobo Dioulasso
Mali Médical N° 1 et 2.

6- Cherieras J.L., SIMON P.

Mortalité et morbidité dans un service de pédiatrie en zone Tropicale.
Méd. Afrique Noire 1988, 35, 4, 313 -322.

7- CISSE C.T., Martin S.L., N'Goma S.J. et Coll.

Mortalité néonatale précoce à la maternité du CHU de Dakar : Situation actuelle et tendance évolutive entre 1987-1994.
Méd. Afri. Noire, 1995, (XXXX III) ,5 : 254-258.

8. COULIBALY M.

Les urgences pédiatriques de l'HGT de Bamako.
Thèse méd, Bamako ,1988.

9. COULIBALY S.M.

Morbidité et mortalité dans le service de pédiatrie de l'hôpital Gabriel TOURE en 1999-2000.
Thèse méd, Bamako, 2001, 82P.

10. DIALLO S.T. et Coll.

Mortalité néonatale à l'institut de Nutrition et de santé de l'enfant (INSE).
Méd. Afr. Noire, 1998, (XXXX V) ,5 :332-334.

11. ENMP

Enquête sanitaire de la zone CMDT Mali, 1984-1985.
Evaluation épidémiologique projet Mali-Sud Page 100.

12. Giraud F. et Coll.

Mortalité périnatale en Europe et conseil génétique.
Arch. Française de Péd., 1990,5 :320 -324.

13. KALDI F. et Coll.

Etude de la mortalité hospitalière de 0 à 15 ans dans un service de pédiatrie à Tunis sur une période de 5 ans (1983-1987).

Arch. Française de Péd., 1990, (47) ,10 :605-608.

14. KONE M.

Mortalité et morbidité dans le service de pédiatrie de l'HGT,
Thèse méd., Bamako, 1989, 52 P.

15. Mayanda H. F. et Coll.

Mortalité et morbidité au CHU de Brazzaville. Méd. afr. Noire, 1988(XXX VI), 7 :483-487.

16. MSSPA.

Direction nationale de la Statistique et l'Informatique, Cellule de Planification et de Statistique, Enquête Démographique de la santé au Mali II 1995-1996.

17. MSSPA. Direction nationale de la Statistique et l'Informatique, Cellule de Planification et de Statistique, Enquête Démographique de la santé au Mali III (1996-2001).

18. MSSPA.

Déclaration de politique sectorielle de santé et de population.

19. MSSPA.

Programme de lutte contre les IRA de l'enfant, 1995,7 p.

20. Ministère de l'Economie et des Finances.

Direction nationale de la statistique et de l'informatique.

Recensement général de la population 1998.

Résultat provisoire.

21. Moyen G., NZingoula et Coll.

Urgences médicales au service de soins intensifs pédiatriques au CHU de Brazzaville.

Méd. Afr. Noire, 1994, 4 : 187-192.

22. NAFO. F.

Etat de santé des enfants de moins de 10 ans dans le cercle de Kolokani à propos d'une enquête prospective et longitudinale.

Thèse de médecine, 1983, Bamako, 164 p.

5^{ème} Rapport du programme de lutte Contre les maladies Diarrhéiques, 1984-1985.

23. Philippe F., OUAIdou N.

Institut national d'Etude Démographique – Institut du Sahel, douze ans de mortalité urbaine au sahel, 1974-1985, 61p.

24. SANGARE S.

Mortalité et morbidité néonatales dans le service de pédiatrie de l'HGT Etude des facteurs de risque. Thèse de méd., 1991, Bamako, 43p.

25. SANOU I et Coll.

Formes graves du paludisme : aspect évolutif en milieu hospitalier pédiatrique de Ouagadougou. Annale de pédiatrie, paris, 1998 ; (3) : 159-164.

26. SOKONA O. et Coll.

Enquête démographique et de santé, haute vallée, CERPO D, 1990.

27. SY Ousmane.

Morbidité et mortalité dans le service de pédiatrie B du CHU GT. Thèse de Méd., Bamako, 2003,50p.

28. TALL.A.

Etude de la mortalité et de la morbidité infantile de l'unité de réanimation pédiatrique de l'HGT à propos de 374 cas. Thèse de médecine, Bamako, 1999.

29. Tessier J. Lallement A. M., IMBERT P., DIAMUNEC., TERRISOL.

Etude de la mortalité et de la morbidité dans un service de pédiatrie à Dakar. Méd. Tropicale 1986, 46,1 , 51-61.

30. TRAORE M.S

Les infections respiratoires en pédiatrie :
Problèmes diagnostiques et thérapeutiques (à propos de 146 cas).
These med., Bamako, 1988.

31. TRAORE M. S., KEITA M. M., BERTHE S.S., SIDIBE T., DIALLO A T. , CISSE M.B., COULIBALY H.T.

Morbidité et mortalité néonatales dans le service de pédiatrie de l'HGT, 1991.
Mali Médical N°3 et 4.

32. TOURE M. A.

Approche épidémiologique de la mortalité infanto juvénile dans le service de pédiatrie de l'HGT.
Thèse de méd., 1992, Bamako, 55 p

33. Enquête Démographique et de Santé

E.D.S.M – IV

Mali 2006

Rapport Préliminaire

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

1. IDENTIFICATION

Nom et Prénom :

.....

Date d'entrée :/...../200.....

Date de sortie :/...../200.....

Q1. Age (en mois)

Q2. Sexe

1= Masculin 2 = Féminin

Q3 Ethnie

1= Senoufo ; 2= Minianka ; 3= Bambara, 4= Sarakolé, 5= peulh ; 6= Kassonkhé ; 7= Sonrhai ; 8= Malinké ; 9= Bobo ; 10= Autres à préciser.

Q.4 Adresse

.....

1= Préfecture de Sikasso, 1.1 = Commune Urbaine de Sikasso, 1.2= Hors Commune

Urbaine de Sikasso ; 2= Autres à préfecture de la région de Sikasso ; 3= Hors de la région de Sikasso ; 4= Hors du Mali.

Q.5 Référence

1= Référé ; 2 = Non Référé. Si q = 1 on passe à Q 6

Q 6- Origine.....

1= CSCom ; 2 = Centre socio sanitaire de sous préfecture ; 3 = Centre socio sanitaire de préfecture ; 4 = CSRéf. ; 5 = Cabinet médical ; 6 = Cabinet de soins ; 7 = Clinique. 8 = Autres à préciser

.....

2. MOTIFS D'HOSPITALISATION

Q.7

1.toux ou difficultés respiratoire

2. diarrhée

3. Fièvre

4. Convulsion

5. Pâleur

6. Vomissement

7. Raideur cervical

8. Amaigrissement

9. Ballonnement

10. Autres

3. ANTECEDENTS PERSONNELS

Q8. Rang de naissance.....

Q9. Nombre d'hospitalisation

Q10. Carte de vaccination

1 = Oui ; 2 = Non ; Si oui, on passe à Q 11

Q11. Etat vaccinal

1= à jour ; 2= non à jour

Q12. Développement staturo-pondéral :

Q12. a- Poids (en Kg)

Q12. b- taille (en cm)

Q12. c- Rapport poids/ taille

4. RETARD AUX SOINS

Date du début de la maladie :// 200...

Date du premier contact avec une structure de santé :/...../ 200...

Q13. Durée du retard aux soins(en jours).....

1= Pas de retard ; 2= De 1 à 2 jours ; 3= 3 à 6 jours ; 4= 7 jours ; 5=Plus de 7 jours.

5. DIAGNOSTIC- DUREE DU SEJOUR- DEVENIR :

Q14. Diagnostic(s) d'entrée :

1 Paludisme

2. Diarrhée

3. Infection respiratoire aigue (IRA)

4. Méningite

5 Malnutrition

6. Anémie

7. Rétrovirose

8. Autres à préciser

Q15. Diagnostic(s) de sortie

1 Paludisme

2. Diarrhée

3. Infection respiratoire aigue (IRA)

4. Méningite

5 Malnutrition

6. Anémie

7. Rétrovirose

8. Autres à préciser

Q16. Paludisme.....

1= Paludisme grave ; 2= Paludisme simple si Q16=1 on passe à Q 17

Q17. Forme de Paludisme grave

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

Q18. Diarrhées

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

Q19. Méningite

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

Q20. Malnutrition clinique

1= Kwashiorkor ; 2= Marasme ; 3= Kwashiorkor+ Marasme

Q21. Durée de séjour en Pédiatrie

1= < 2 jours ; 2= 2à 3 jours ; 3= 4 à 7 jours ; 4= > 7 jours

Q22. Devenir du malade

1= Guérison ; 2= Décès ; 3= Sortie contre Avis médical ; 4= Evasion ;5= transfert vers un autre service de l'hôpital ; 6= Transfert vers d'autres structures.

Q23. Si décès, les causes :

1 Paludisme

2. Diarrhée

3. Infection respiratoire aigue (IRA)

4. Méningite

5 Malnutrition

6. Anémie

7. Rétrovirose

8. Autres à préciser

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : BAKAYOKO

Prénom : Lamine

Année Universitaire : 2007- 2008

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

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

Secteur d'intérêt : Pédiatrie.

Résumé : Notre étude est une enquête rétrospective et descriptive qui s'est déroulée dans le service de pédiatrie de 'Hôpital de Sikasso de janvier 2002 à décembre 2004 sur 4045 enfants âgés de 0 à 15 ans hospitalisés dans le service.

Les objectifs de l'étude étaient de :

- Déterminer les caractéristiques socio démographique de la population cible hospitalisée en pédiatrie de l'HRS ;
- Déterminer la prévalence des principales rencontrées en hospitalisation pédiatrique de l'HRS en 2002-2003-2004 ;
- Etablir les taux de létalité des principales pathologies prises en charge en hospitalisation ;
- Déterminer les indicateurs de performance du service ;
- Décrire les insuffisances de recueil et d'analyse des données statistiques ;
- Formuler des recommandations.

Pour 2002, notre étude a permis de déterminer un taux de mortalité hospitalière de 17,64%.

Les pathologies les plus rencontrées étaient : le paludisme (74,93%), les diarrhées (5,64%), les infections néonatales (3,97%), la malnutrition (3,43%), la prématurité (2,29%), la souffrance néonatale (1,75%), les bronchiolites (1,68%), les méningites (1,52%).

Les affections les plus létales étaient : la malnutrition (68,88%), les diarrhées (54,05%), les néphropathies (50%), la prématurité (43,33%), les bronchites (31,81%), la fièvre typhoïde (28,57%), les cardiopathies congénitales (27,27%), la souffrance néonatale (26,08%).

Le taux d'occupation des lits a été de 38,19%; l'intervalle de rotation était de 3,79 jours ; et la durée moyenne de séjour était de 2,34 jours.

En 2003 la mortalité hospitalière était de 13,38%.

Les pathologies les plus rencontrées étaient : le paludisme (59,51%), les diarrhées (8,84%), les bronchiolites (7,45%), la malnutrition (4,26%), la souffrance néonatale (3,39%), les infections néonatales (2,92%), la prématurité (2,79%) et les méningites (1,99%).

Les pathologies les plus létales étaient : les méningites (46,66%), la drépanocytose (40%), la prématurité (35,71%), la malnutrition (31,25%), les infections néonatales (29,54%), le tétanos (25%), les néphropathies (21,42%), et les tumeurs (20%).

Le taux d'occupation des lits était de 47%, l'intervalle de rotation était de 2,06 jours ; et la durée moyenne séjour était de 1,82 jour.

En 2004 la mortalité hospitalière était de 16,45%.

Les pathologies les plus rencontrées étaient : le paludisme (79%), les diarrhées (5,02%), les bronchiolites (3,24%), la malnutrition (1,94%), la prématurité (1,70%) les méningites (1,62%), les infections néonatales (1,54%), la souffrance néonatale (1,21%).

Les pathologies les plus létales étaient : le tétanos (66,66%), la malnutrition (62,50%), la prématurité (52,38%), les tumeurs (50%). les infections néonatales (47,36%), la souffrance néonatales (46,66%), les cardiopathies congénitales (42,85%) et les diarrhées (40,32%).

Le taux d'occupation des lits était de 44,42%, l'intervalle de rotation était de 3,29 jours et la durée moyenne de séjour était de 2,63 jours.

Mots clés : Morbidité, Mortalité, Pédiatrie.

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 dans la maison, mes yeux ne verront pas ce qui se 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 de 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.