

MINISTRE DES ENSEIGNEMENTS
SECONDAIRE SUPERIEUR ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE

République du Mali
Un peuple - Un but - Une foi



Année universitaire 2007-2008



Thèse N° _____ /M

ETUDE RETROSPECTIVE DE LA MORTALITE CHEZ LES ENFANTS DE 0 A 14 ANS DANS LE SERVICE DE PEDIATRIE DU CHU GABRIEL TOURE SUR CINQ ANS ALLANT DE 2000 A 2004.

Présentée et soutenue publiquement le ___/___/2008
Devant la faculté de médecine, de pharmacie, et d'odontostomatologie

Par Mlle *Adiara SANGARE*
Pour obtenir le grade de
Docteur en médecine (Diplôme d'état)

Jury:

Président du jury: Pr Abdoulaye Ag **RHALY**
Membre du jury: Dr Abdoul Aziz **DIAKITE**
Co-directeur de thèse: Dr Broulaye **TRAORE**
Directeur de thèse: Pr Mamadou Marouf **KEITA**

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2007-2008

ADMINISTRATION :

DOYEN : **ANATOLE TOUNKARA** – PROFESSEUR

1^{er} ASSESSEUR : **DRISSA DIALLO** – MAITRE DE CONFERENCES

2^{ème} ASSESSEUR : **SEKOU SIDIBE** – MAITRE DE CONFERENCES

SECRETAIRE PRINCIPAL: **YENIMEGUE ALBERT DEMBELE** – PROFESSEUR

ÂGENT COMPTABLE: Madame **COULIBALY FATOUMATA TALL**- CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr. Alou BA	Ophthalmologie
Mr. Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie Secourisme
Mr. Souleymane SANGARE	Pneumo-ptisiologie
Mr. Yaya FOFANA	Hématologie
Mr. Mamadou L. TRAORE	Chirurgie générale
Mr. Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr. Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr. Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr. Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
Mr. Aly GUINDO	Gastro-entérologie
Mr. Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr. Siné BAYO	Anatomie Pathologie- Histoembryologie
Mr. Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
Mr. Boukassoum HAIDARA	Législation
Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique

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

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr. Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr. Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr. Abdou Alassane TOURE	Orthopédie Traumatologie, Chef de D.E.R
Mr. Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr. Amadou DOLO	Gynéco-obstétrique
Mr. Alhousseni Ag MOHAMED	O.R.L.
Mme Sy Assitan SOW	Gynéco-obstétrique
Mr. Salif DIAKITE	Gynéco-obstétrique
Mr. Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr. Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr. Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr. Abdoulaye DIALLO
Mr. Gangaly DIALLO
Mr. Mamadou TRAORE
Mr. Filifing SISSOKO
Mr. Sékou SIDIBE
Mr. Abdoulaye DIALLO
Mr. Tiéman COULIBALY
Mme TRAORE J. THOMAS
Mr. Mamadou L. DIOMBANA
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE
Mr. Nouhoum ONGOIBA
Mr. Sadio YENA
Mr. Youssef COULIBALY

Ophthalmologie
Chirurgie Viscérale
Gynéco obstétrique
Chirurgie Générale
Orthopédie –Traumatologie
Anesthésie –Réanimation
Orthopédie – Traumatologie
Ophthalmologie
Stomatologie
Gynéco Obstétrique
Anatomie & Chirurgie Générale
Chirurgie Thoracique
Anesthésie Réanimation

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr. Issa DIARRA
Mr. Samba Karim TIMBO
Mme TOGOLA Fanta KONIPO
Mr. Zimogo Zié SANOGO
Mme Diénéba DOUMBIA
Mr. Zanafon OUATTARA
Mr. Adama SANGARE
Mr. Sanoussi BAMANI
Mr. Doulaye SACKO
Mr. Ibrahim ALWATA
Mr. Lamine TRAORE
Mr. Mady MACALOU
Mr. Aly TEMBELY
Mr. Niani MOUNKORO
Mr. Tiemoko D. COULIBALY
Mr. Souleymane TOGORA
Mr. Mohamed KEITA
Mr. Bouraïma MAIGA
Mr. Youssef Sow
Mr. Moustapha Touré
Mr. Djibo Mahamane Diango

Gynéco/Obstétrique
ORL
ORL
Chirurgie Générale
Anesthésie –réanimation
Urologie
Orthopédie –Traumatologie
Ophthalmologie
Ophthalmologie
Orthopédie –Traumatologie
Ophthalmologie
Orthopédie –Traumatologie
Urologie
Gynéco/Obstétrique
Odontologie
Odontologie
ORL
Gynéco/Obstétrique
Chirurgie Générale
gynécologue
Anesthésie- Réanimation

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr. Daouda DIALLO
Mr. Amadou DIALLO
Mr. Moussa HARAMA
Mr. Ogobara DOUMBO
Mr. Yénimégué Albert DEMBELE
Mr. Anatole TOUNKARA
Mr. Bakary M. CISSE
Mr. Abdourahamane S. MAIGA
Mr. Adama DIARRA
Mr. Mamadou KONE

Chimie Générale & Minérale
Biologie
Chimie Organique
Parasitologie –Mycologie
Chimie Organique
Immunologie, **Chef de D.E.R.**
Biochimie
Parasitologie
Physiologie
Physiologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr. Amadou TOURE
Mr. Flabou BOUGOUDOGO
Mr. Amagana DOLO
Mr. Mahamadou CISSE
Mr. Sékou F. M. TRAORE
Mr. Abdoulaye DABO
Mr. Ibrahim I. MAIGA

Histo- embryologie
Bactériologie- Virologie
Parasitologie
Biologie
Entomologie médicale
Malacologie, Biologie Animale
Bactériologie Virologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr. Lassana DOUMBIA
Mr. Mounirou BABY
Mr. Mahamadou A. THERA
Mr. Moussa Issa DIARRA
Mr. Kaourou DOUCOURE
Mr. Bouréma KOURIBA
Mr. Souleymane DIALLO
Mr. Cheik Bougadari TRAORE
Mr Guimogo Dolo
Mr Moctar Diallo
Mr Abdoulaye Touré
Mr Boubacar Traoré

Chimie Organique
Hématologie
Parasitologie
Biophysique
Biologie
Immunologie
Bactériologie Virologie
Anatomie Pathologie
Entomologie Moléculaire Médicale
Biologie Parasitologie
Entomologie Moléculaire Médicale
Parasitologie Mycologie

4. ASSISTANTS

Mr. Mangara M. BAGAYOKO
Mr. Djibril SANGARE
Mr. Bokary Y. SACKO
Mr. Mamadou BA
Mr. Moussa FANE

Entomologie Moléculaire Médicale
Entomologie Moléculaire Médicale
Biochimie
Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
Parasitologie Entomologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr. Mamadou K. TOURE
Mr. Mahamane MAIGA
Mr. Baba KOUMARE
Mr. Moussa TRAORE
Mr. Issa TRAORE
Mr. Hamar A. TRAORE
Mr. Dapa Aly DIALLO
Mr. Moussa Y. MAIGA
Mr. Somita KEITA
Mr. Boubacar DIALLO
Mr. Toumani SIDIBE

Cardiologie
Néphrologie
Psychiatrie, **Chef de D.E.R.**
Neurologie
Radiologie
Médecine Interne
Hématologie
Gastro-entérologie Hépatologie
Dermato-Leprologie
Cardiologie
Pédiatrie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr. Bah KEITA
Mr. Abdel Kader TRAORE
Mr. Siaka SIDIBE
Mr. Mamadou DEMBELE
Mr. Mamady KANE
Mr. Saharé FONGORO
Mr. Bakoroba COULIBALY

Pneumo-physiologie
Médecine Interne
Radiologie
Médecine Interne
Radiologie
Néphrologie
Psychiatrie

Mr. Bou DIAKITE
Mr. Bougouzié SANOGO
Mme SIDIBE Assa TRAORE
Mr. Adama D. KEITA

Psychiatrie
Gastro-entérologie
Endocrinologie
Radiologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme TRAORE Mariam SYLLA
Mme Habibatou DIAWARA
Mr. Daouda K. MINTA
Mr. Kassoum SANOGO
Mr. Seydou DIAKITE
Mr. Arouna TOGORA
Mme DIARRA Assétou SOUCKO
Mr. Boubacar TOGO
Mr. Mahamadou TOURE
Mr. Idrissa A. Cisse
Mr. Mamadou B. DIARRA
Mr. Anselme KONATE
Mr. Moussa T. DIARRA
Mr. Souleymane DIALLO
Mr. Souleymane COULIBALY
Mr. Soungalo DAO
Mr. Cheïck Oumar GUINTO

Pédiatrie
Dermatologie
Maladies Infectieuses
Cardiologie
Cardiologie
Psychiatrie
Médecine Interne
Pédiatrie
Radiologie
Dermatologie
Cardiologie
Hépto-Gastro-Entérologie
Hépto-Castro-entérologie
Pneumologie
Psychologie
Maladies Infectieuses
Neurologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr. Gaoussou KANOUTE
Mr. Ousmane DOUMBIA
Mr. Elimane MARIKO

Chimie Analytique, **Chef de D.E.R**
Pharmacie Chimique
Pharmacologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr. Drissa DIALLO
Mr. Alou KEITA
Mr. Benoît Yaranga KOUMARE
Mr. Ababacar I. MAIGA

Matières Médicales
Galénique
Chimie Analytique
Toxicologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme Rokia SANOGO
Mr. Yaya KANE
Mr. Saïbou MAIGA
Mr. Ousmane KOITA
Mr. Yaya Coulibaly

Pharmacognosie
Galénique
Législation
Parasitologie Moléculaire
Législation

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr. Sanoussi KONATE

Santé Publique, **Chef de D.E.R.**

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr. Moussa A. MAIGA Santé Publique

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr. Adama DIAWARA Santé Publique
Mr. Hamadoun SANGHO Santé Publique
Mr. Massambou SACKO Santé Publique
Mr. Alassane A. DICKO Santé Publique
Mr. Mamadou Souncalo TRAORE Santé Publique
Mr. Hammadoun Aly SANGO Santé Publique
Mr. Seydou Doumbia Epidémiologie
Mr Samba Diop Anthropologie Médicale
Mr. Akory AG IKNANE Santé Publique

4. ASSISTANTS

Mr. Oumar THIERO Biostatistique
Mr. Seydou DIARRA Anthropologie Médicale

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr. N'Golo DIARRA Botanique
Mr. Bouba DIARRA Bactériologie
Mr. Salikou SANOGO Physique
Mr. Boubacar KANTE Galénique
Mr. Souleymane GUINDO Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA Mathématiques
Mr. Modibo DIARRA Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA Hygiène du milieu
Mr. Mahamadou TRAORE Génétique
Mr. Yaya COULIBALY Législation
Mr. Lassine SIDIBE Chimie Organique

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA Bromatologie
Pr. Babacar FAYE Pharmacodynamie
Pr. Mounirou CISS Hydrologie
Pr. Amadou Papa DIOP Biochimie
Pr. Lamine GAYE Physiologie

DEDICACES

Je dédis ce travail:

Au **bon Dieu, ALLAH** le tout puissant, le miséricordieux pour m'avoir donné la vie et guidé mes pas, pour m'avoir donné le courage et la santé nécessaire pour l'accomplissement de ce travail et les actions quotidiennes.

Au prophète Mohamed (Paix et Salut sur lui).

A mon père feu **SOUNGALO SANGARE**

Je voudrais tellement que tu sois présent pour ce beau jour, mais le bon Dieu en a décidé autrement. Je sais que dans cette vie quand une porte se ferme une autre s'ouvre ainsi va la vie. Dors en paix PAPA. Puisse le tout puissant t'accorder sa grâce.

A ma mère feu **MARIETOU DIABATE**

Chère mère même si je n'ai aucun souvenir de toi, je sais que tu étais une bonne personne à travers les bonnes actions que je reçois chaque jour à travers les tierces personnes. Que ton âme repose en paix dans le paradis au près des prophètes.

A mon oncle **SIDI YAYA DEMBELE**

Tu as pu remplacer notre mère grâce à tes prières, tes bénédictions et sacrifices quotidiens. Puisse le bon Dieu, le tout puissant t'accorder une longue vie, une bonne santé et te préserver à nos côtés.

A mon beau frère **CHIAKA SANOGO** (mon 2^{ème} père)

Encore en 2^{ème} année fondamentale, je croyais que tu étais mon père. Merci de m'avoir donné un foyer et de m'avoir permis de réaliser mes rêves. Je me rappelle

encore quand tu me disais d'apprendre et de réciter mes leçons et que tu me disais que je le faisais pour moi d'abord, que je serais la première bénéficiaire.

Que Dieu puisse t'accorder une longue vie, une bonne santé et te récompenser de tes biens faits.

A ma grande sœur **FANTA DIARRA**

Les mots me manquent pour exprimer ce que je ressens à ton égard. Merci de m'avoir adopté après le décès de la maman. Merci pour l'éducation reçue, les soins quotidiens apportés. Tu as été et resteras une mère pour moi.

Que Dieu te donne longue vie pour que tu puisses goûter le fruit de ton effort.

A mon grand frère **LASSINE T. DIARRA**

Merci de m'avoir accepté chez toi et merci pour l'éducation et les conseils.

Que Dieu te donne longue vie et beaucoup de santé.

A **Dr LAMINE DIARRA** et toute sa famille.

Cher grand frère merci pour tout ce que tu as fait pour moi. Tu es vraiment un exemple à suivre. Que Dieu te donne une bonne santé et beaucoup de succès.

A **Mr IMRANE SADOU MAIGA**

Les mots me manquent pour qualifier ta générosité tes bienfaits et ton amabilité. Merci de m'avoir offert un toit ce qui m'a permis de réaliser mes rêves. Que Dieu te donne longue vie et bonne santé.

A ses femmes: **AICHA GARBA TRAORE ET AWA MAIGA**

Merci pour la compréhension et l'acceptabilité envers ma personne. Que Dieu vous récompense en vous accordant des enfants éduqués et travailleurs.

A mes belles sœurs:

**ROKIA SANGARE, MARIAM DIALLO, DABO, AWA DIARRA, MAMAN BINTOU
DIAMOUTENE, MADANI TOURE, DJENEBOU, NANA CISSE.**

Merci pour vos bien faits, vos conseils et sourires. Prenez soins de mes neveux, de mes nièces et surtout de mes frères. Que Dieu vous récompense de vos multiples actions.

A YOUSSEUF SANOGO ET SA FEMME DJENEBA

Merci pour tout ce que vous avez fait pour ma personne. Que Dieu vous donne beaucoup d'enfants surtout succès et bonheur.

A mes tantes, oncles et tontons

**BA SINALY DIARRA, BOUA AMADOU, BELEN MADOU, FEUE MAMA FATOUMATA
DIABATE, BALOGO FATOUMATA DEMBELE, NA FARIMA, SAFOURA, NADJARA,
KOROTOUMOU, WASSA, MARATOU...**

Merci pour vos prières et bénédictions.

A mes maîtres **MR ISSA SISSOKO ET MR BONEFACE**

Merci pour tous pour vos encouragements et votre soutien.

REMERCIEMENTS

A la direction et corps enseignants de la commune de Kita ou j'ai fait mes premiers pas sans oublié mon frère **SOULEYMANE SANOGO** dit **SOLO** et toute sa famille.

A la direction et corps enseignants de la commune de Sélingué

Sans oublier Mme **DRAVE KANI**, Mr **DOUMBIA** et Mr **SISSOKO**.

A mes amis du 1^{er} cycle Mlle **COLLETE DIASSANA**, **SEKOU PIERRE COULIBALY** et leurs familles respectives.

A Mr **AMADINGUE SAYE** et sa *famille*.

Merci pour tes multiples efforts envers notre enseignement. Soyez sur de ma profonde gratitude.

A la direction et corps enseignants de l'école fondamentale de Djicoroni-Para sans oublier Mr **AMADOU(DINGUANA)** ainsi que mes amies (**ADAMA DIARRA**, **SALIMATA SIDIBE**, **LALLA KONE**, **FATOUMATA S. CAMARA** et sa *famille*).

A mon ami **MALICK SYLLA** et toute la *famille SYLLA*.

Tu étais mon compagnon de tous les jours, merci pour tout.

A la direction et corps enseignants du LBAD sans oublier mes copines: **FATA CAMARA**, **Dr AMINATA DEMBELE**, **AMINATA OUSMANE TRAORE**.

A Mr **ABDOULAYE TRAORE**

Merci pour tes multiples efforts de m'avoir enseigné la mathématique afin de me permettre d'accéder au D. E. F. (Diplôme d'Etude Fondamentale).

A la direction et corps professoral de la FMPOS pour la qualité de l'enseignement reçu.

Aux personnels de l'ASACONIA sans oublier le major **YOUBA et Mme DIAMOUTENE SARAN.**

A tous les médecins, internes, infirmiers et étudiants stagiaires du Centre de Santé de Référence de Sikasso sans oublier **Dr MOUSSA et Dr KONATE ANSELME.**

A la direction et aux personnels de l'Hôpital du point G.

A tout le personnel du **CNAM.**

A tout le personnel du service de chirurgie A

A mes maîtres de stage:

Aux Pr SAMBOU SOUMARE, DJIBRIL SANGARE, AMADOU DOLO, MAROUF KEITA, TOUMANI SIDIBE, SADIO YENA, ABDOUL KADER TRAORE.

Aux Dr ZIMOGO, MARIAM SYLLA, BROULAYE TRAORE, DICKO FATOUMATA, SAFIATOU ET HADIZATOU.

Merci pour la formation.

A tout le personnel du service de la pédiatrie du CHU GABRIEL TOURE.

A tous les CES du service de la pédiatrie. Sans oublier les Dr. **N'DIAYE MAIMOUNA DIAWARA, MAMADOU TRAORE, OUMOU KONE, AMADOU TOURE, BERTHE DJENEBA...**

C'est le moment de vous présenter toutes mes excuses et de vous remercier pour les conseils.

A mes aînés et cadets internes du service de pédiatrie III. Sans oublier **MOHAMED CISSE** de la pédiatrie II.

Aux jeunes médecins du service de pédiatrie de l'Hôpital GABRIEL TOURE.

Sans oublier les **DR SIBIRI SISSOKO, BREHIMA COULIBALY, ADAMA MAMBY KEITA, ALASSANE SANOGO, MOUSSA TOURE, CHEICH WAÏGALO, AMINA MAÏGA, ADAMA KONE, NICO DEM BALLO, BINTOU KONATE...**

A tout le corps soignant de la pédiatrie sans oublier ce de la pédiatrie III, merci pour le sourire, l'amabilité, la compréhension et le service rendu.

A ma tante **feue AWA DIABATE.**

Même si je ne t'ai pas connue, je sais que tu étais une bonne personne.

Repose en paix tante chérie.

A mes tantes et oncles sans oublier ma Tante **KANKOU DIARRA ET SITAN**, feue tante **SOKONA** ainsi que leur famille.

Soyez rassuré de mon éternelle reconnaissance et de ma profonde gratitude.

A mes frères: **YAYA DIARRA, DJELIBABA, KASSIM et BOIKAR.**

Merci pour votre soutien, vos conseils et votre confiance.

A ma grande sœur **feue DJARRA DIARRA** sans oublier sa fille **MAIMOUNA CISSE.**

J'aimerais tellement que nous célébrons ce jour ensemble mais le bon Dieu en a décidé autrement. Que Dieu fasse que ta fille soit une source de consolation pour nous. Que ton âme repose en paix.

A **DJENEBA SANGARE**, son mari **YACOUBA DIAWARA** et toute leur famille.

Merci pour votre compréhension, vos encouragements ainsi que vos bienfaits.

A **KASSIM BENGALY** et sa femme **WOULEY**.

Les mots me manquent pour vous qualifier. Merci pour tout ce que vous avez fait à notre faveur. Puisses le bon Dieu vous en récompenser. Soyez-heureux.

A Mme **SANOGO DJENEBA N'DAOU**.

Merci pour votre considération et prenez soins de mes petits et de mon **SIKA**.

A **ADAMA DIARRA** et sa famille.

Merci de m'avoir soutenu durant toutes ces années.

A mes NIECES ET NEVEUX SANS OUBLIE ABDRAMANE DIARRA ET MOUSSA DEMBELE.

Mes chéris, je vous demande d'étudier car au bout du chemin il y a toujours quelque chose à récolter.

A tout le personnel de l'Aéroport du Mali sans oublier Mr **CHERIF HAIDARA, MR KAMISSOKO, MR FOUSSEYNI SANGARE, ABA YARO, MAYINI...**

Merci pour les conseils, le soutien moral et financier. Que Dieu vous récompense pour vos bienfaits.

A **BABA KOITA ET LES FAMILLES BOCOUM ET CISSE.**

Merci pour vos multiples conseils, l'encouragement, votre soutien moral et bénédictions. Que Dieu vous récompense pour vos bienfaits.

A mes amis

MARIAM DIANCOUMBA, FATO TOURE et toute la famille SENE, Dr DIALLO AISSATA DIARRA dite LAREINE, Dr NEMA DIALLO, AWA DEMBELE, NINA KOITA, ASSAN WATTARA, DJELIKA BALLO, RAMATA SANGARE, BATENIN, AMINATA SYMPARA, YAYA et KADIA DIARRA, FATA DRA...

Merci pour le conseil et l'encouragement.

A **AISSATA APEGNE DOLO** et toute sa famille.

Que vous dire si ce n'est que de vous remercier pour vos multiples bienfaits et de prier le bon DIEU pour qu'il vous accorde longue vie et surtout beaucoup de bonheur.

A **FATOUMATA S. M. MAIGA** et toute sa famille.

Merci pour tes multiples visites et surtout tes condiments.

A **ALIMATOU CHEICK TRAORE**

Les mots me manquent pour te dire combien j'appréciais tes visites, ta compagnie et tes multiples sourires. Puisses le BON faire qu'on rigole beaucoup de foi ensemble surtout beaucoup de bonheur avec un bon mari. Amen << Fille de l'Imam du quartier>>.

A **ADAMA N'DAOU, SAFIA DIALLO** et leur fille **AMINATA**.

C'est le lieu de vous remercier pour vos bienfaits. Puisses Dieu vous en récompenser.

Au gérant de la cabine BBC: **MAMOUTOU DRAME**.

Merci pour tout.

Aux personnels du GIS particulièrement à **Dr SEYDOU DOUMBIA, KONE DANAYA, SOULEYMANE TRAORE, DANCINE DIARRA, BOUBACAR GUINDO...**

A mes copines de la faculté

MARIAM TRAORE, Dr LALLA COULIBALY, MARIAM MAIGA, ADIARATOU TRAORE, OUMOU KONATE, FANTA TEMBELY, AISSATA MAIGA, NINA N'DEYE LALLA KOITA et Dr MAIGA DJENEBA.

Merci de m'avoir tenue compagnie et pour vos multiples encouragements.

Aux Dr **MINTA ICHIAKA** et **DJENEBOU**.

Merci pour tes conseils et ton enseignement sur la cardiologie.

A mes frères et voisins **NIABOURE, LASSINE SIDIBE.**

Merci pour le respect et la considération.

A **BOUBACAR THIAM** et sa femme **SIRA**.

A mes familles d'accueil au point G: famille **WATTARA ET KEITA**

Merci pour le soutien.

Au groupe **RASERE**.

Œuvrer toujours pour le bien de cette Faculté et de ces étudiants.

L'union fait la force surtout la bonne entente.

Sur ceux je présentes toutes mes excuses à tous les étudiants (es) et toutes personnes à qui j'ai causée du tort un jour et pour les fautes commises à mon insu durant ces études.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A Notre maître et Président du jury

Professeur Abdoulaye Ag RHALY

Professeur titulaire à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie du Mali.

Professeur en Médecine Interne.

Responsable des cours d'endocrinologie, de la sémiologie et des pathologies médicales à la FMPOS du Mali.

Sécrétaire permanent du comité d'éthique national pour la santé et les sciences de la vie.

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

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

Cher maître, soyez rassuré de notre profonde reconnaissance.

A Notre maître et juge

Docteur Abdoul Aziz DIAKITE

Pédiatre et spécialiste en Hématologie pédiatrique.

Responsable de l'unité fonctionnelle de la prise en charge de la drépanocytose à l'HGT au sein du service de pédiatrie.

Diplômé Universitaire sur la surveillance épidémiologique des maladies infectieuses tropicales.

Cher maître, en acceptant de juger ce travail vous nous faites un grand honneur. Votre rigueur scientifique et vos multiples connaissances font de vous un exemple.

Soyez rassuré de notre profonde gratitude.

A Notre maître et CO-Directeur de thèse

Docteur Broulaye TRAORE

Médecin Pédiatre.

Praticien Hospitalier.

Chef de service de la pédiatrie du CHU HGT.

Président de l'Association Malienne de Lutte contre la Défaillance Mentale chez l'Enfant (AMALDEME).

Chargé de cours à l'Institut National de Formation en Science de la Santé.

Cher maître, j'ai pu apprécier vos dimensions sociales inestimables. Votre abord facile, votre assiduité dans le travail et votre constante disponibilité font de vous un maître admiré et respecté par vos étudiants.

Veillez recevoir cher maître, l'expression de nos sincères remerciements et de notre profonde gratitude.

A Notre maître et Directeur de thèse

Professeur Mamadou Marouf KEITA

Médecin Hospitalier.

Professeur titulaire de pédiatrie du CHU HGT.

Président de l'Association malienne des pédiatres.

Président du comité d'éthique de la FMPOS du Mali.

Cher maître,

Nous avons vite apprécié vos qualités humaines et hautement scientifiques.

Votre immense culture et vos multiples connaissances scientifiques font de vous une référence internationale.

Nous sommes heureux et fiers de nous compter parmi vos multiples élèves.

Recevez ici cher maître, l'expression de notre profonde gratitude et de nos sincères remerciements. Puisses **ALLAH** vous accorder a vous tous longue vie, beaucoup de santé et plein de succès.

Liste des abréviations

CHU: Centre Hospitalo-Universitaire.

PR: Professeur.

DR: Docteur.

FMPOS: Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.

CNAM: Centre National d'Appui à la Lutte contre la Maladie.

HGT: Hopital GABRIEL TOURE.

CHUGT: Centre Hospitalo-Universitaire GABRIEL TOURE de Bamako.

< >: Inférieur Supérieur.

AEG: Altération de l'Etat Générale.

BAN: Battement des Ailes du Nez.

CCC: Communication Changement de Comportement.

CES: Centre d'Etude Spécialisé.

CHU: Centre Hospitalo-Universitaire.

CIIG: Céphalosporines de 3^{ème} Génération.

CSCOM: Centre de Santé Communautaire.

CSREF: Centre de Santé de Référence.

CV: Centre de Vaccins.

DEAP: Division des Grandes Endémies et Affections Parasitaires.

DSH2O: Déshydratation.

ECB: Examen Cyto-Bactériologique.

ECBU: Examen Cyto-Bactériologique des Urines.

EDS: Enquête Socio-Démographique.

FID: Fosse Iliaque Droite.

G: Gramme.

INN: Infection Néo-Natale.

IRA:Infection Respiratoire Aigue.

LCR: Liquide Céphalo-Rachidien.

MPC:Malnutrition Protéino-Calorique.

MPE: Malnutrition Protéino-Energétique.

MT:Maladies Transmissibles

OMS:Organisation Mondiale de la Santé.

PCR: Protéine C Réactive.

PEV: Programme Elargie de Vaccination

PI,....., IV:Pédiatrie I,....., IV.

PTME:Prévention de la Transmission Mère-Enfant.

REA: Réanimation.

SA:Semaine d'Aménorrhée.

SFA:Souffrance Fœtale Aiguë.

SRO: Solution de Réhydratation Orale.

TMM5:Taux moyen de mortalité des moyens de cinq ans.

UNICEF:Fond des Nations Unies pour l'Enfance.

XX^{ème}:Vingtième

SONUC:Soins Obstétricaux et Néo-natals d'Urgence dans les Centres de Santé de Référence.

Liste des tableaux et figures

Liste des figures

- Figure 1: Répartition des patients selon le groupe d'âge en 2000.
- Figure 2 : Répartition des Principales causes de décès en 2000.
- Figure 3: Répartition de la létalité des principales pathologies en 2000.
- Figure 4: Répartition des patients selon le groupe d'âge en 2001.
- Figure 5: Répartition des décès selon le sexe en 2001.
- Figure 6: Répartition des patients selon le groupe d'âge en 2002.
- Figure 7: Répartition des principales causes de décès en 2002.
- Figure 8: Répartition de la létalité des principales pathologies en 2002.
- Figure 9: Répartition des patients selon le groupe d'âge 2003.
- Figure 10: Répartition de la létalité des principales pathologies en 2003.
- Figure 11: Répartition des hospitalisés par pathologie en 2004.
- Figure 12: Répartition des décès par mois en 2004.
- Figure 13: Répartition de la population selon le sexe 2004.
- Figure 14: Répartition de la population selon l'âge 2004.
- Figure 15: Répartition des principales pathologies en fonction de la létalité en 2004.
- Figure 16: Variation des indicateurs de 2000 à 2004.
- Figure 17: Evolution des hospitalisations de 2000 à 2004.
- Figure 18: Evolution du taux de Mortalité de 2000 à 2004.

Liste des tableaux

- Tableau I: Répartition des principales causes de décès en 2003.
- Tableau II: Répartition des cas de décès par service en 2004.
- Tableau III: Répartition de la population selon la provenance en 2004.
- Tableau IV: Répartition de la population selon la résidence en 2004.
- Tableau V: Répartition de la population selon l'ethnie en 2004.
- Tableau VI: Répartition de la population selon le Rang dans la fratrie en 2004.
- Tableau VII: Répartition selon le niveau d'instruction des parents en 2004.
- Tableau VIII: Répartition des parents selon le statut matrimonial des parents en 2004.

Tableau IX: Répartition de la population selon le motif de consultation en fonction de l'âge en 2004.

Tableau X: Répartition de la population selon la notion de soins avant d'arriver à l'hôpital en 2004.

Tableau XI: Répartition de la population selon la notion d'antécédents de pathologies antérieures en 2004.

Tableau XII: Répartition de la population selon le nombre d'hospitalisation antérieure en 2004.

Tableau XIII: Répartition de la population selon le statut vaccinal en 2004.

Tableau XIV: Répartition de la population selon la notion de séjour dans une autre localité en 2004.

Tableau XV: Répartition de la population selon la notion de contagement tuberculeux en 2004.

Tableau XVI: Répartition de la population selon la date du début de la maladie en 2004.

Tableau XVII: Répartition de la population à l'inspection de la peau et des phanères en 2004.

Tableau XVIII: Répartition de la population selon l'indice de Kanawati en 2004.

Tableau XIX: Répartition de la population selon les signes cardio-respiratoires en 2004.

Tableau XX: Répartition de la population selon les signes digestifs en 2004.

Tableau XXI: Répartition De la population selon les signes neurologiques en 2004.

Tableau XXII: Répartition de la population selon les signes à l'examen de la sphère ORL en 2004

Tableau XXIII: Répartition de la population selon l'examen de l'appareil génito-urinaire en 2004.

Tableau XXIV: Répartition de la population selon l'examen ophtalmologique en 2004.

Tableau XXV: Répartition de la population selon l'examen des aires ganglionnaires en 2004.

Tableau XXVI: Répartition selon les résultats des examens complémentaires en 2004.

Tableau XXVII: Répartition selon le diagnostic de sortie en 2004.

Tableau XXVIII: Répartition de la population selon le type de traitement administré en 2004.

Tableau XXIX: Répartition de la population selon la durée du séjour dans le service en 2004.

Tableau XXX: Variation des indicateurs de 2000 à 2004.

SOMMAIRE

1.INTRODUCTION	1-
2
2.OBJECTIFS	3
3.GENERALITES	4-18
3.1.Définitions	
3.1.1.La mortalité infantile	
3.1.1.1.La mortalité néonatale	
3.1.1.2.La mortalité néonatale précoce	
3.1.1.3.La mortalité néonatale tardive	
3.1.2.La mortalité post néonatale	
3.1.3.La mortalité juvénile	
3.1.4.La mortalité infanto- juvénile	
3.1.5.La létalité	
3.1.6.Les facteurs de risques	
3.1.7.Le nouveau-né	
3.2.Les principales pathologies néonatales	
3.2.1.La prématurité	
3.2.1.1.La moyenne prématurité	
3.2.1.2.La grande prématurité	
3.2.1.3.Etiologies	
3.2.1.4.Prise en charge	
3.2.1.5.La prévention	
3.2.2.Les infections néo- natales (INN)	
3.2.2.1.Définition	
3.2.2.2.La contamination	
3.2.2.3.Signes cliniques	
3.2.2.4.Les examens paracliniques	
3.2.2.5.Le traitement	
3.2.2.6.La prophylaxie	
3.2.3.La souffrance foétale aigüe	
3.2.3.1.Définition	
3.2.3.2.Etiologies	
3.2.3.3.Le diagnostic	
3.2.3.4.La prévention	
3.2.4.Les malformations congénitales	
3.2.4.1.Définition	
3.2.4.2.Etiologies	
3.3.Les pathologies de l'enfant	
3.3.1.Paludisme	
3.3.1.1.Définition	
3.3.1.2.Epidémiologie	
3.3.1.3.Signes et formes cliniques	

3.3.1.4.La symptomatologie	
3.3.1.5.Moyens diagnostiques	
3.3.1.6.Le traitement	
3.3.1.7.La prévention	
3.3.2.Broncho-pneumopathies	
3.3.2.1.Définition	
3.3.2.2.Chez le nourrisson	
3.3.2.3.Chez le grand enfant	
3.3.2.4.Epidémiologie	
3.3.2.5.Signes cliniques	
3.3.2.6.Les examens complémentaires	
3.3.2.7.Le traitement	
3.3.2.8.La prévention	
3.3.3.Diarrhée	
3.3.3.1.Définition	
3.3.3.2.Les examens complémentaires	
3.3.3.3.Le traitement	
3.3.3.4.La prévention	
3.3.4.Malnutrition protéino – énergétique	
3.3.5.Méningite	
3.3.5.1. Définition	
3.3.5.2.Les étiologies	
3.3.5.3.Les signes cliniques	
3.3.5.4.Le diagnostic	
3.3.5.5.Le traitement	
3.3.5.6.La prévention	
3.3.6.Infection à VIH	
3.3.6.1.Définition	
3.3.6.2.Epidémiologie	
3.3.6.3.Signes cliniques	
3.3.6.4.Diagnostic	
3.3.6.5.Traitement	
3.3.6.6.Prévention et prophylaxie	
4.Méthodologie	19-22
4.1.Cadre et Lieu D'étude	
4.2.Type d'étude	
4.3.Période d'étude	
5.RÉSULTATS.....	23-
55
6.COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	56-
69
6.1.DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES	
6.1.1.Age	
6.1.2.Sexe	
6.1.3.Provenance	
6.1.4.Rang de la fratrie	
6.1.5.Résidence	
6.1.6.Notion de soins avant l'admission	
6.1.7.Nombre de décès par unité	

6.1.8.Niveau d'instruction des parents

6.1.9.Profession des parents

6.1.10.Les motifs de consultations

6.2.LES PATHOLOGIES LES PLUS FREQUEMMENT RENCONTREES

6.2.1.L'infection néonatale

6.2.2.La prématurité

6.2.3.Le paludisme

6.2.4.La souffrance fœtale aiguë (SFA)

6.2.5.Les Broncho-pneumopathies

6.2.6.La diarrhée

6.2.7.La malnutrition protéino-énergétique(MPE)

6.2.8.La méningite

6.2.9.Les malformations congénitales

6.2.10.Le V I H/SIDA

6.2.11.L'Etat vaccinal

7.CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....70-72

8.REFERENCES.....73-87

1. INTRODUCTION

Depuis longtemps, la mortalité et la natalité servent de baromètre au devenir des populations. [1]

La baisse de la mortalité est concomitante à l'émergence des états modernes et à la mise en place des politiques de santé publique sur les nouvelles connaissances biologiques et médicales, ainsi qu'à l'amélioration des conditions de vie, et en particulier de la nutrition et du logement. [2]

La mortalité infanto-juvénile se définit comme étant le nombre de décès survenant chez les enfants de moins de cinq (5) ans sur le nombre de naissances vivantes au cours de la même année.

En 2000 dans le monde, le taux de mortalité infantile était estimé à 57‰ dont l'Afrique à elle seule portait un lourd fardeau avec 88‰. [3]

Durant cette même année, près de 11 millions de décès d'enfants de moins de cinq ans ont été enregistrés; 40% des cas décès étaient concentrés en Afrique subsaharienne ensuite vient l'Asie du Sud avec 34%. [4]

Un nouveau-né d'Afrique de l'Ouest court un risque de mourir presque 20 fois supérieur pendant le premier mois de la vie qu'un bébé né en Europe septentrionale. [5]

Au rythme actuel, le taux moyen de mortalité des moins 5 ans (**TMM5**) diminuera d'environ d'un quart d'ici 2015, bien en dessous de la réduction des deux tiers dont sont convenus les dirigeants de la communauté internationale. [6]

Cette réduction de la mortalité doit devenir une priorité si l'on veut atteindre le « but de développement du millénaire » en ce qui concerne la survie de l'enfant. Malheureusement, en dépit de toutes ces stratégies la mortalité infanto-juvénile reste encore élevée. [7]

Selon l'**OMS** en 2001, 30% de décès chez les nouveau-nés se produisaient en Afrique avec 40‰ au Bénin, 60‰ au Mali et 65‰ en Côte d'Ivoire. [8]

Au Mali en 2001 et 2006, selon **EDSM III et IV** la mortalité infantile se situait respectivement à 123‰ et 96‰ et celle néonatale à 65‰ et 46‰.

[9]

A Bamako, de 1999 à 2000 la mortalité hospitalière oscillait de 21,29% à 17,60%. Cette mortalité infanto-juvénile était dominée par le paludisme, la prématurité, les infections néo-natales, les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques, la souffrance fœtale, la méningite, la malnutrition et le VIH/SIDA. [10]

Le surcroît de ces pathologies, la faiblesse de la couverture vaccinale et de suivi anténatal en raison des systèmes de santé défaillants, les conditions socio-économiques défavorables, les accouchements dystociques sont autant de facteurs qui entravent l'état de santé de l'enfant.

Devant l'instabilité de ce taux de mortalité et le fait que la courbe infanto-juvénile soit la plus touchée, se pose la nécessité d'un suivi dynamique de cette mortalité et une recherche plus approfondie des facteurs de létalité d'où le but de cette étude.

2. OBJECTIFS

Objectif général:

Etudier la mortalité chez les enfants de 0 à 14 ans dans le service de pédiatrie du CHU Gabriel Touré sur cinq ans allant de 2000 à 2004.

Objectifs spécifiques:

1. Déterminer les taux de mortalités infanto-juvéniles de 2000 à 2004 dans le service;
2. Déterminer les différentes pathologies les plus létales;
3. Etudier les indicateurs de performance.

3. GENERALITES:

3.1. Définitions:

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

3.1.1. La mortalité infantile:

Elle se définit comme étant le nombre de décès d'enfants au cours de leur 1^{ère} année de vie c'est à dire âgés de 0 à 1 an. Elle comprend 3 composantes:

3.1.1.1. La mortalité néonatale: [11]

Se définit comme étant le nombre de décès chez les enfants de 0 à 28 jours. On distingue:

3.1.1.2. La mortalité néonatale précoce:

C'est le nombre de décès d'enfants nés vivants survenant au cours de la première semaine de vie (0 à 7 jours). **Le taux de mortalité néonatale précoce** est le nombre de morts avant le 6^{ème} jour pendant une année sur le nombre total de naissances vivantes pendant la même année x 1000.

3.1.1.3. La mortalité néonatale tardive:

C'est le nombre de décès d'enfants survenus entre le 8^{ème} jour et le 28^{ème} jour de vie. **Le taux de mortalité néonatale tardive** = Nombre de morts d'enfants avant le 28^{ème} jour pendant l'année sur le nombre total de vivants après le 6^{ème} jours pendant la même année multiplié par 1000.

3.1.2. La mortalité post néonatale:

C'est le nombre de décès d'enfants survenant entre le début de la 5^{ème} semaine de la vie et la fin de la première année (28 à 364 jours). **Le taux de mortalité post néonatale:** Correspond au nombre de morts d'enfants avant un an pendant une année donnée sur le nombre total de vivant après le 27^{ème} jour pendant la même année multiplié par 1000.

Selon **FENDER P.** et **aL.** la mortalité infantile est classiquement considérée comme un indicateur du développement socio-économique d'un pays et est ainsi corrélée à certains indicateurs économiques tel que le produit intérieur brut par habitant. [12]

3.1.3. La mortalité juvénile:

Concerne les décès survenant chez les enfants âgés de 1 à 4 ans.

Le taux de mortalité juvénile est le rapport entre le nombre de décès d'enfants âgés de 1 à 4 ans survenant pendant une période donnée et la population moyenne d'enfants âgés de 1 à 4 ans au cours de la même période.

3.1.4. La mortalité infanto-juvénile:

Se compose de mortalité infantile et de la mortalité juvénile. Ainsi elle mesure le nombre de décès entre 0 et 4 ans. **Le taux de mortalité infanto-juvénile** est le rapport entre le nombre de décès d'enfants âgés de 0 à 4 ans survenant pendant une période donnée et la population moyenne d'enfants de 0 à 4 ans.

3.1.5. La létalité:

C'est le rapport entre le nombre de cas de décès d'une affection pas nécessairement mortelle rapportée à l'ensemble des cas de cette affection.

3.1.6. Les facteurs de risques:

C'est l'ensemble des facteurs qui déterminent le pronostic d'une affection.

3.1.7. Le nouveau-né:

Est considéré comme nouveau-né tout enfant âgé de 0 à 28 jours. [13]

3.2. Les principales pathologies néonatales:

La vie de tout enfant débute par la naissance qui n'est pas toujours dénué de risque. Ces différents risques sont souvent prévisibles en fonction de l'anamnèse du fait du déroulement de la grossesse, des circonstances de l'accouchement ainsi que de l'état clinique du nouveau-né. Il est donc judicieux de bien examiner les nouveau-nés dans les minutes qui suivent l'accouchement et de rechercher les informations nécessaires auprès du personnel soignant et dans les carnets de pesés des mères.

De ce fait, les causes de mortalités néonatales sont les suivantes:

3.2.1. La prématurité:

Le prématuré est un enfant né avant le 259^{ème} jour soit une période gestationnelle inférieure à 37 semaines révolues mais après 22 S A selon l'**OMS** en 1948 mais au moins 500g. [14]

L'examen clinique du prématuré est basé sur des critères neurologiques et neurologiques rassemblés par différents auteurs sous forme de score dont le

plus utilisé est celui de **DUBOWITZ** dans notre service. Actuellement on y distingue 2 grands groupes: **[15]**

3.2.1.1. La moyenne prématurité:

Enfants nés entre le 32 et 37 SA c'est à dire 7 mois ou 7 mois et ½ avec un avenir excellent dans la majeure partie des cas.

3.2.1.2. La grande prématurité:

Enfants nés à moins de 32 SA (29 à 32) avec une mortalité élevée.

On y distingue:

- **La faible prématurité:** nouveau-nés entre 33 et 34 SA.

-**La prématurité extrême (prématurissime):** 22 à 25 SA dont les chances de survie sans séquelles sont assez bas. **[16]**

La prématurité pose un problème de santé publique puisque le nombre de prématurés nés dans le monde en 1977 était estimé à 22 millions d'enfants avec 2/3 de mortalité néo-natales. **[17]**

Dans le monde, chaque année près de 20 millions de bébés prématurés viennent au monde (1998) dont la prise en charge pose un problème grave dans les pays du tiers monde surtout les pays en voie de développement. **[18]**

Le prématuré est un nouveau-né fragile du fait de l'immaturation de ses grandes fonctions et de l'absence de réserves. Situation pouvant entraîner des complications à long terme surtout lorsqu'une lésion cérébrale s'y mêle. Cette mortalité due à la prématurité est d'autant plus élevée que l'âge gestationnel est bas de même qu'elle est d'autant plus grande que le poids de l'enfant est plus faible.

3.2.1.3. Etiologies: [19]

Les étiologies de la prématurité sont multiples: réductibles et irréductibles.

3.2.1.3.1. Les causes réductibles (60%):

-Les causes liées à l'utérus (les béances cervico-isthmiques, fibrome...)

-Les causes socio-économiques (âge de la mère < 16 ans > à 40 ans, grande parité, grossesses, fatigue due aux transports en commun pour trajet quotidien, travaux domestiques ou professionnels pénibles, position debout prolongée).

-Les infections: surtout cervico-vaginales et urinaires ainsi que la toxoplasmose et l'hépatite.

3.2.1.3.2. Les causes irréductibles (40 %):

La Multiparité: l'hypertension artérielle, le placenta prævia, les malformations fœtales graves.

La décision médicale d'accouchement prématuré (la souffrance fœtale chronique, le diabète maternel, l'incompatibilité dans le système rhésus).

3.2.1.4. Prise en charge:

Elle est pluridisciplinaire passant par une surveillance rigoureuse portant sur la respiration, la thermorégulation, l'ictère, l'alimentation et la relation mère enfant. Le prématuré représente près de la moitié des décès néonataux avec 80 % de mortalité des 10 premiers jours.

Malgré les multiples progrès de la réanimation le taux de mortalité chez les prématurés reste inversement proportionnel à leur poids de naissance, et le pronostic à long terme demeure grevé de séquelles plus ou moins lourdes. Des consultations régulières sont donc nécessaires après la sortie du prématuré avec un accent particulier sur certains aspects comme:

- Le développement staturo- pondéral;
- Le déficit sensoriel ou auditif;
- Le dépistage des séquelles psychomotrices et la bonne intégration familiale.

3.2.1.5. La prévention:

Une bonne prévention de la prématurité passe par l'amélioration des conditions socio-économiques, le mode de vie, le dépistage des facteurs de risque et les antécédents obstétricaux.

3.2.2. Les infections néo- natales: (INN)

3.2.2.1. Définition:

Les septicémies néonatales sont à l'origine de morbidités et de mortalités infantiles élevées, surtout en milieu tropical et dans certaines régions du globe. Selon la période de survenue, elles peuvent être classées en deux principaux groupes nosologiques:

3.2.2.1.1. L'infection néonatale précoce:

Définie comme celle qui survient à moins de deux jours [20], moins de quatre jours de vie [21] Ou moins de huit jours de vie. [22]

3.2.2.1.2. L'infection néonatale tardive:

Correspond à celle qui survient entre les 8^e et 28^e jours de vie. `

3.2.2.2. La contamination:

La contamination peut être maternelle ou être liée à l'environnement. Selon certains auteurs, l'infection qui survient avant 48 heures de vie est certainement materno-foetale. Passé ce délai, le chevauchement des deux modes de contamination pré et post-natal rend toute distinction pathogénique aléatoire.

Les principaux germes en cause durant la période néo-natale sont: Streptocoques du groupe B (40 à 60%), Escherichia coli (20 à 30%) et Listéria monocytogenes (moins de 5 %).

En période post-natale l'infection néonatale peut se révéler sous la forme d'une méningite ou d'une suppuration localisée). Sa gravité est accentuée entraînant une mortalité dans 10 à 20 % des cas chez les hypotrophes et les prématurés avec une fréquence globale de 1 à 4 %. [23]

3.2.2.3. Signes cliniques:

Cliniquement on distingue 2 groupes d'infection néo-natale dont l'un est précoce avec des signes apparaissant avant le septième jour de vie donc généralement fréquente et l'autre tardive survenant du 8^e au 28^e jour de vie. Les signes cliniques en faveur non spécifiques sont les suivants:

- Troubles digestifs: ballonnement abdominal, vomissements, refus de boire;
- L'irrégularité thermique (hypo ou hyperthermie le plus souvent);
- Les modifications du cri: geignement ou cri plaintif;
- Détresse respiratoire (apnée);
- Collapsus périphérique (teint grisâtre) ou central;
- Syndrome hémorragique;
- Troubles du tonus et de la réactivité. [24]

3.2.2.4. Les examens para cliniques:

Les plus nécessaires sont la NFS, l'hémoculture, la ponction lombaire avec ECB du LCR, l'ECBU, les protéines C réactives (antigènes solubles: streptocoque B, Echerichia Coli k1) dans les urines, le sang et le LCR.

3.2.2.5. Le traitement:

On associe en général deux à trois antibiotiques ayant une large diffusion dans le liquide céphalorachidien par voie parentérale et les bêta-lactamines (**CIIG** ou Amoxicilline) et Aminosides (Gentamicine). Les posologies sont en fonction de l'âge gestationnel et de la sévérité de l'infection. [23]

3.2.2.6. La prophylaxie:

Elle est souvent illusoire et basée sur l'hygiène (du nouveau-né et de l'entourage) ainsi que le dépistage et le traitement des infections (urinaire et ou vaginale) chez la mère. [19]

3.2.3. La souffrance fœtale aigüe(SFA):

3.2.3.1. Définition:

La souffrance fœtale ou souffrance cérébrale est une hypoxie cérébrale se produisant sur une période de quelques minutes à quelques heures et pouvant entraîner des lésions neurologiques définitives ou non (dans les formes prolongées) et même la mort du fœtus. Selon **MERGER** elle est constatée au cours de 10 à 15 % des accouchements. Elle constitue un problème majeur dans la période néo - natale de part sa fréquence, sa gravité et de ses conséquences. [25]

3.2.3.2. Etiologies:

Elles sont multiples à savoir:

-L'hypotension et l'hypoxie maternelle;

-Les anomalies circulatoires pelviennes par compression de certaines artères: iliaque primitive, hypogastrique, surtout du côté droit (**effet POSERIO** et **aL. 1979**), artères spiralées, la compression du cordon; l'hypertension artérielle; le diabète; la néphropathie ...

3.2.3.3. Le diagnostic:

Le diagnostic clinique est difficile et repose sur l'évaluation neurologique et les examens complémentaires à savoir: l'échographie trans fontannellaire, les gaz du sang (acidose métabolique, lactacidémie), la NFS (thrombopénie

ou coagulation intra vasculaire disséminée) et le scanner cérébral sont nécessaires.

3.2.3.4. La prévention:

La prévention de la SFA doit être une priorité en passant par la prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et de la période néo-natale à cause de ses multiples séquelles neurologiques. Une fois installée une bonne suivie de ses enfants est nécessaire. [26]

3.2.4. Les malformations congénitales:

3.2.4.1. Définition:

Une malformation congénitale est une anomalie organique présente à la naissance, décelable immédiatement ou non. C'est un accident qui survient au moment de l'embryogenèse entre le 13^e et le 16^e jour après la conception; ainsi elle est différente de la déformation résultant d'une structure déjà formée. Elle représente 11 % des pathologies du nouveau-né. [7]

On y distingue plusieurs types: [27]

3.2.4.1.1. Les malformations céphaliques:

L'anencéphalie; l'hydrocéphalie, microcéphalie, l'encephalocèle, le Spina bifida, la microphthalmie, l'anophtalmie, la cataracte.

3.2.4.1.2. Les malformations du tube digestif:

Les fentes (labiales, palatines ...), l'omphalocèle, les atrésies plus ou moins sténoses et fistule (œsophage, grêle), les kystes pulmonaires congénitaux, l'emphysème lobaire géant et la malformation adénopathie du poumon, l'agénésie bilatérale du rein ainsi que l'imperforation anale.

3.2.4.1.3. Les malformations du cœur:

La communication inter ventriculaire, la communication inter auriculaire, le tronc commun artériel, l'hypoplasie du cœur gauche et la transposition des gros vaisseaux ...

3.2.4.1.4. Les malformations des membres:

La syndactylie, la polydactylie, la machydactylie, l'ectromelie, les pieds bots...

3.2.4.2. Etiologies: [28]

Dans la majeure partie des cas, l'étiologie de l'accident n'est pas identifiée. Néanmoins on y distingue 4 causes:

- Chromosomiques: homozomique ou hétérozomique à type de syndrome polymalformatif parfois associé à un retard mental.
- Maternelles: alcoolisme, tabagisme et maladie métabolique chez la mère: elles ne sont pas à négligées.
- fœtales: certaines infections comme la rubéole, le zona, la varicelle, l'herpès, la syphilis, les oreillons et la toxoplasmose peuvent être responsable d'embryofoetopathies donc de malformation congénitale.

L'examen clinique rigoureux de tout nouveau-né s'impose à la recherche de malformations congénitales, afin d'en informer les parents pour éviter les surprises émotionnelles désagréables le plus souvent. Il est à noter que même si un enfant est porteur de malformations congénitales, il peut mener une bonne vie dans certains cas.

3.3. Les pathologies de l'enfant:

3.3.1. Paludisme:

3.3.1.1. Définition:

Maladie parasitaire (palus: marais, ou malaria: mauvais air) très fréquente au Mali; elle est due à un hématozoaire du genre plasmodium transmis par la piqûre de l'anophèle femelle. On y distingue 4 espèces pathogènes pour l'homme:

- Plasmodium falciparum: présent au Mali et en Afrique chez 85 à 95 % des sujets impaludés, espèce qui tue le plus et peut résister à certains antipaludiques et anti - moustiques.
- Plasmodium ovale, vivax et malariae: beaucoup plus rares ne posent pas de problème majeur de santé publique. [29]

3.3.1.2. Epidémiologie:

Au Mali, le paludisme est classé par les statistiques sanitaires comme la première cause de mortalité et de morbidité infantile. Le paludisme reste un problème majeur de santé publique en Afrique subsaharienne avec plus 550 millions de personnes vivant en zone impaludée. Selon l'OMS, il s'y

produit chaque année 270 à 480 millions de cas de paludisme clinique avec plus de un million de décès. [30]

En 2005, l'incidence du paludisme dans le monde était estimée entre 300-660 millions de cas cliniques [31], avec 1,5-2 millions de décès dont 1 million chez les enfants de moins de 5 ans. [32]

Actuellement cette mortalité due au paludisme est estimée environ à 2 millions de décès par an avec 90 % de décès chez les enfants africains de moins de cinq ans dont 1 décès toutes les 30 secondes.

3.3.1.3. Signes et formes cliniques:

On distingue plusieurs formes de paludisme: les formes non compliquées de paludisme (l'accès palustre et le paludisme viscéral évolutif) et les formes compliquées (paludisme grave).

Le paludisme grave est fréquent chez les sujets non immuns c'est à dire : les nourrissons, les enfants, les femmes enceintes et les migrants (expatriés, touristes et travailleurs), l'accès palustre répété.

3.3.1.4. La symptomatologie:

Elle est due au plasmodium falciparum et conduit au décès en 72 heures en cas de méconnaissance ou de non traitement.

Les manifestations cliniques les plus fréquentes sont:

-La fièvre;

-Les troubles digestifs (vomissements, douleurs abdominales, diarrhées et refus de s'alimenter: pouvant entraîner la déshydratation, la pâleur, La détresse respiratoire: la toux, l'hépto-splénomégalie et l'ictère) pouvant se compliquer de coagulation intra vasculaire disséminée, de collapsus, d'œdème aigu du poumon et d'infections pulmonaires;

-Les troubles neurologiques (les convulsions localisées ou généralisées: isolées ou répétées, l'hypotonie, l'obnubilation, la prostration et / ou le coma);

3.3.1.5. Moyens diagnostiques: [33]

Goutte épaisse, frottis sanguin.

3.3.1.6. Le traitement:

C'est une urgence médicale et relève d'un service équipé (matériels et personnels qualifiés), on utilise en général les sels de quinine et les dérivés de l'artémisinine par voie parentérale.

3.3.1.7. La prévention:

L'accent doit être mis sur la prévention du paludisme si l'on considère le nombre de décès d'enfants, en Afrique subsaharienne 1 enfant sur 20 meurt de ce fléau avant l'âge de 5 ans. [34]

Cette prévention passe par la communication pour le changement de comportement (CCC) qui s'adresse à la population sur l'amélioration de l'hygiène environnementale, l'utilisation des moustiquaires imprégnées et la prise en charge correcte et précoce des cas simples de paludisme.

3.3.2. Broncho-pneumopathies:

3.3.2.1. Définition: [27]

Le plus souvent aiguës elles regroupent des atteintes bactériennes, virales et plus rarement parasitaires (surtout la schistosomiase) de l'appareil respiratoire. Elles varient suivant l'âge de l'enfant avec des modes d'expression variable à cause de l'emploi abusif des antibiotiques.

3.3.2.2. Chez le nourrisson:

On distingue:

3.3.2.2.1. Les broncho-pneumopathies bactériennes:

Les pathologies les fréquemment rencontrées sont: une pneumonie à pneumocoque, un abcès du poumon, des broncho – pneumonies (aussi bien chez le nourrisson que chez le grand enfant) et surtout la staphylococcie pleuro – pulmonaire.

3.3.2.2.2. Les broncho–pneumopathies virales:

Bronchiolite, bronchite asthmatiforme, trachéite et croup, laryngite striduleuse, coqueluche ...

3.3.2.3. Chez le grand enfant:

On distingue:

3.3.2.3.1. Les broncho–pneumopathies bactériennes:

Elles sont identiques à celles citées ci-dessus.

3.3.2.3.2. Les broncho-pneumopathies virales:

Bronchites aiguës, pneumonies atypiques.

3.3.2.4. Epidémiologie:

Depuis 1984, il existe un programme de contrôle des infections respiratoires aiguës ; qui est une priorité de l'**OMS** afin de réduire la mortalité infantile. Dans le monde les broncho - pneumopathies touchent 400 millions de personnes avec 4 millions de décès par an. En Afrique, elles représentent le principal facteur de morbidité avec 50 % de causes de consultation dans les structures santé et 20 % de mortalité infantile. [29]

3.3.2.5. Signes cliniques:

Fièvre ou frisson, toux, dyspnée, douleur thoracique, rhinorrhée ...

3.3.2.6. Les examens complémentaires:

Les examens complémentaires sont: la radiographie thoracique, la numération formule sanguine, la recherche de Bacille de KOCH, l'hémoculture ...

3.3.2.7. Le traitement:

Le traitement de ces pneumopathies repose généralement sur l'antibiothérapie et / ou la sérothérapie, les antitussifs, les antipyrétiques et les antalgiques.

3.3.2.8. La prévention:

Elle reste nécessaire par la vaccination, la prise en charge des facteurs de risque (petit poids de naissance, malnutrition, MPE, cardiopathie congénitale et carence en vitamine A), pollution atmosphérique, tabagisme, amélioration des conditions socio-économiques, la prise en charge des sujets infectés par le VIH.

3.3.3. Diarrhée:

3.3.3.1. Définition:

C'est l'émission rapide de selles, liquides, trop fréquentes (> 3/jour) et / ou trop abondantes. Avec comme principaux agents pathogènes: bactéries 20-30% (*Echerichia coli*, salmonelles, shigelles), virus (rotavirus), parasites (*Entamoeba histolytica*) et champignons (*candidas albicans*). [35]

La contamination se fait à travers les eaux de boissons et / ou d'aliments souillés, les mouches ou par les mains sales. Le faible niveau socio-économique (individuel et collectif) est un facteur de transmission oro-fécale. Ces diarrhées représentent l'une des principales causes de mortalité infantile dans le monde par déshydratation aigüe. Près d'un tiers des décès d'enfants de moins de 5 ans est dû aux diarrhées en milieu tropical. [29] Les signes les plus fréquemment rencontrés sont: la fièvre, les vomissements, douleurs abdominales et la déshydratation. [33]

3.3.3.2. Les examens complémentaires:

Nécessaires pour le diagnostic sont: selles P O K, coproculture, recherche d'anticorps ou antigènes spécifiques.

L'évaluation du retentissement de la diarrhée sur l'organisme à travers les différents tableaux de déshydratation (non déshydraté, déshydratation modérée et déshydratation sévère).

3.3.3.3. Le traitement:

Il repose sur: La réhydratation orale (SRO) et / ou la perfusion de solutés (Ringer lactate); un traitement symptomatologique avec ou sans antibiothérapie et une rénutrition correcte de l'enfant.

3.3.3.4. La prévention:

Elle reste nécessaire par l'amélioration des conditions de vie, la promotion de l'allaitement maternel exclusif sauf en cas de contre-indication, la vaccination contre la rougeole ainsi que la prise en charge symptomatologique des cas de diarrhée. La prévention servira à diminuer le nombre de décès d'enfants due à la diarrhée estimé entre (6 et 13 ‰ de mortalité) avec 3 milliards de cas de diarrhée par an dans les pays en développement selon l'OMS, responsables de 5 millions de décès dont 80 % chez les enfants de moins de 5 ans. [29]

3.3.4. Malnutrition protéino-énergétique:

Maladie carencielle alimentaire la plus répandue dans le monde (avec ses 2 types: le kwashiorkor ou malnutrition protéique et le marasme ou dénutrition globale, rarement mentionnée comme cause directe de plus de la moitié de décès d'enfant avec sa contribution.

Au Mali, comme dans plusieurs pays en voie de développement la malnutrition reste un problème de santé publique. [36]

Selon l'**UNICEF** ont distingué trois causes de malnutrition: accès insuffisant aux aliments et nutriments (insécurité alimentaire), insuffisance des soins pour les enfants et les femmes enceintes et insuffisance des services de santé et un environnement sain. Chez l'enfant en général l'**indice de KANAWATI** permet d'apprécier l'état nutritionnel à travers le rapport du poids sur la taille chez les enfants de 0 à 36 mois. [37]

Il existe un protocole élaboré par l'**OMS** pour la prise en charge des enfants mal nourris comportant 10 étapes (le traitement et la prévention de l'hypoglycémie, l'hypothermie, la déshydratation, des infections, la correction du déséquilibre électrolytique et des carences en micronutriments, le rattrapage de la croissance avec augmentation de l'alimentation, la stimulation et jeu ainsi que la préparation du suivi après la sortie).

La prévention de la malnutrition passe par les bonnes pratiques de l'allaitement maternel, d'alimentation, de sevrage, d'ablactation ainsi que la prévention des infections et de la diarrhée chez l'enfant, l'assainissement du milieu et la vaccination.

3.3.5. Méningite:

3.3.5.1 Définition:

La méningite est une inflammation aiguë ou chronique des méninges de l'encéphale, de la moelle épinière ou du complexe encéphale-moelle.

3.3.5.2. Les étiologies:

Elles sont multiples parmi lesquelles on distingue:

-Les méningites bactériennes dues aux: méningocoques, pneumocoques, haemophilus influenzae, staphylocoques et salmonelles ...

-Les méningites virales: VIH, méningite Ourlienne...

-Les méningites néoplasiques: Leucémies ...

-Les méningites parasitaires: trypanosomiasés ...

Chez le nourrisson et l'enfant la méningite la plus fréquemment rencontrée est bactérienne: qui est une infection caractérisée par une inflammation

aiguë des méninges, par un LCR avec de nombreux polynucléaires altérés et par un syndrome méningé.

Maladie à déclaration obligatoire, c'est une urgence médicale.

Les germes en cause sont:

- Streptocoques B, Colibacilles ...
- Haemophilus influenzae, méningocoques et pneumocoques ...

Salmonelles, staphylocoques. **[38]**

3.3.5.3. Les signes cliniques:

Les signes cliniques les plus fréquemment rencontrés chez le nouveau-né (cri incessant, troubles digestifs avec ou sans bombement de la fontanelle, hypotonie et convulsion ...) et chez le nourrisson et l'enfant (fièvre, troubles digestifs, cris, agitation, convulsion, fontanelle plus ou moins bombée, céphalées, photophobie, raideur de la nuque, attitude en chien de fusil, hyperesthésie cutanée et coma. **[33]**

3.3.5.4. Le diagnostic:

Repose sur la ponction lombaire avec examen cyto-bactériologique du liquide céphalo-rachidien et l'hémoculture.

3.3.5.5. Le traitement:

Repose sur l'antibiothérapie par les bêta-lactamines à précocité essentielle (céphalosporines de 3^{ème} génération, Amoxicilline) par voie intraveineuse pendant 7 à 10 voire 14 jours, les Aminosides (Gentamicine) par perfusion, le chloramphénicol en intra-musculaire et en 2 injections, sur la corticothérapie (dexaméthasone) en 2 à 4 injections pendant les 48 premières heures de traitement, sur les anti-convulsants et sur les antalgiques – antipyrétiques ...

3.3.5.6. La prévention:

Elle reste nécessaire par la vaccination en dehors des épidémies (contre certaines souches: A et C ou A, C et W ou A, C, Y et W135), l'isolement du malade, le traitement des sujets contacts.

Vu le nombre de cas de méningite (1,2 million en France) par an, de complications (séquelles au moins dans 10% des cas: Œdème cérébral,

hydrocéphalie, surdité, épilepsie ...) [27] qu'elle entraîne et le nombre de décès (13500 en France) qu'elle entraîne dans le monde.

3.3.6. Infection   VIH:

3.3.6.1. Définition:

Infection virale entraînant un déficit immunitaire et des manifestations cliniques variables, notamment des infections récidivantes donc opportunistes, des troubles neurologiques et des néoplasies lymphoprolifératives dues à des rétrovirus (virus de l'immunod fiance humaine: HIV).

3.3.6.2. Epidémiologie:

Dans le monde, on estime à 1,1 million d'enfants de moins de 15 ans infectés par le VIH-SIDA. En 2001, 580000 enfants de moins de 15 ans sont morts du Sida dans le monde avec plus de 400000 cas en Afrique. L'épidémie continue de s'intensifier en Afrique (surtout Australe et de l'Est)   cause des mauvaises habitudes comportementales et des guerres, avec comme principaux facteurs de risque: pauvreté, multi partenariat, prostitution, précocité et non-protection des rapports sexuels et circoncisions ou excisions en série...

3.3.6.3. Signes cliniques:

Fièvre récidivante, hépato-splénomégalie, adénopathies, rash cutané, pharyngite, diarrhée chronique, candidose buccale récidivante, retard de croissance ou perte de poids, toux chronique, tuberculose, encéphalopathie.

3.3.6.4. Diagnostic:

Sérologie VIH, PCR (antigénémie P24 du VIH).

3.3.6.5. Traitement:

Repose sur le counselling, le dosage des lymphocytes CD4, la charge virale, le traitement des infections opportunistes et les antirétroviraux.

3.3.6.6. Prévention et prophylaxie:

Prévention de la transmission mère-enfant: PTME, prise en charge des cas, changements de comportement, dépistage volontaire et amélioration des conditions socio-économiques ... [29]

4. Méthodologie:

4.1. Cadre et Lieu D'étude:

Notre étude s'est déroulée à Bamako capitale politique et économique de la république du Mali. Elle est traversée par le fleuve Niger et connaît deux grandes saisons: une sèche et une pluvieuse. Bamako compte 6 Communes subdivisées en quartiers dont chacune disposent d'au moins un centre de santé de référence, un centre de santé communautaire, une unité de protection maternelle et infantile, des cliniques et de cabinets de soins privés. Notre pays n'abrite que trois centres hospitalo-universitaires dit de troisième référence dont deux dans le District de Bamako. Le Centre hospitalo-universitaire Gabriel Touré est situé dans le centre ville de Bamako donc accessible à un bon nombre de la population.

L'étude s'est réalisée dans le service de la pédiatrie, qui se compose de deux grands bâtiments juxtaposés d'un seul niveau.

La Pédiatrie A: composée par la pédiatrie III, la pédiatrie IV et l'unité de la Réanimation.

La Pédiatrie III: comprend 4 grandes salles avec 4 Lits chacune, 1 salle avec 3 lits, 2 petites salles climatisées avec 1 lit chacune, une salle de perfusion, 1 bureau pour le Major et 1 bureau pour le Médecin. Elle reçoit des enfants âgés de 7 ans et plus.

La Pédiatrie IV: Qui se compose d'1 salle de repos pour les Mères dont les enfants sont hospitalisés en Réanimation, 5 grandes salles avec 4 lits chacune, 1 bureau pour le Major, 1 bureau pour le Médecin et 1 toilette. Elle reçoit les enfants de 4 à 7 ans.

La Réanimation: Avec ses 4 secteurs: reçoit les prématurés, les nouveau-nés, les nourrissons et certains enfants dont l'état clinique nécessite une assistance ou une surveillance. Elle dispose d'une salle avec 15 petits berceaux pour les nouveau-nés à terme, 6 couveuses pour les prématurés, 2 Tables chauffantes, 2 Appareils de photothérapie, 8 Aspirateurs, 1 saturateur, 2 salles comprenant 9 grands berceaux pour les nourrissons et grands enfants, 1 bureau pour le Major, 4 bureaux pour les Médecins, 1 salle de garde pour les infirmiers, 1 magasin, 1 bibliothèque, 1 salle pour la

PTME (unité de la prévention de la transmission mère enfant du VIH), 1 salle de garde pour les CES et 1 salle des Internes.

La Pédiatrie B: située au rez -de chaussée elle se compose de la Pédiatrie I et de la pédiatrie II

La Pédiatrie I: reçoit les enfants de moins de 2 mois à 3 ans et se compose de 6 petites salles climatisées avec 1 lit chacune, 2 grandes salles avec 8 lits, une salle de perfusion, 1 bureau pour le Major, 1 bureau pour le Médecin, 1 salle de perfusion et 1 salle de garde pour les **CES**.

La Pédiatrie II: se compose de 3 grandes salles dont chacune dispose de 8 lits d'hospitalisation, 1 salle de garde pour les **CES**, 1 bureau pour le Major, 1 salle de garde pour les Infirmiers et 1 toilette.

L'Unité de consultation externe: elle dispose de 4 salles de consultation, 1 salle pour la consultation et le suivi des enfants drépanocytaires, 1 salle de repos, 1 salle de garde, 1 salle pour l'équipe du **D.E.A.P**(le laboratoire de recherche parasitologie, 1 salle d'hospitalisation de 3 lits pour les malades du D.E.A.P., des magasins, toilettes, 1 salle de recherche bactériologique équipée par le **C.V.D.** et 1 bureau pour le Major de la consultation externe, 1 secrétariat et 1 salle de cours, 1 salle d'attente et 1 salle de peser.

Personnel de la Pédiatrie:

- 1 Professeur titulaire de la pédiatrie, chef de service de la pédiatrie A;
- 1 Maître de conférence agrégé de pédiatrie, chef de service de la pédiatrie B;
- 1 Maître assistant de pédiatrie;
- 1 Assistant chef de clinique de pédiatrie;
- 3 Médecins pédiatres;
- 1 Médecin généraliste;
- 27 **CES** Médecins en cycle de formation pédiatrique;
- 18 TECHNICIENS de santé;
- 9 Agents techniques de santé;
- 12 Aides soignants;
- 4 Manoeuvres.

A ce personnel il faut ajouter les étudiants de la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie(**FMPOS**) de différentes classes pour des stages de formation et de fin de cycle (les faisant fonction d'Internes) les élèves des écoles socio-sanitaires pour leurs stages.

4.2. Type d'étude:

Il s'agissait d'une étude rétrospective avec recueil des données sur dossiers médicaux d'hospitalisation.

4.3. Période d'étude:

Notre étude était rétrospective allant de Janvier 2000 à Décembre 2004.

4.3.1. Malades et Méthodes:

4.3.1.1. Malades:

4.3.1.1.1. Population d'étude:

Il s'agissait des enfants âgés de 0 à 14 ans hospitalisés dans le service de pédiatrie et décédés de 2000 à 2004.

4.3.1.1.2. Taille de l'échantillon:

Il s'agissait d'un échantillonnage exhaustif comportant tous les enfants hospitalisés et décédés dans le service de pédiatrie de 2000 à 2004.

4.3.1.1.3. Critères d'inclusion:

On été inclus dans l'étude tous les enfants âgés de 0 à 14ans hospitalisés avec dossiers médicaux complets et décédés dans le service de pédiatrie de 2000 à 2004.

4.3.1.1.4. Critères de non inclusion:

Non pas été inclus dans cette étude, les enfants dont les dossiers médicaux étaient incomplets.

Les enfants hospitalisés et décédés hors de la période d'étude.

Les enfants d'âge supérieur à 14 ans.

4.3.1.1.5. Collecte des données:

Nous avons élaboré une fiche d'enquête pour chaque enfant qui a été remplie à travers les registres et dossiers médicaux d'hospitalisations, élaborés auparavant par les Médecins ou les Internes du service et gardés dans des magasins.

4.3.1.1.6. Source de données:

Les dossiers des malades hospitalisés, les registres de consultations et d'hospitalisation ainsi que des bilans d'activités de la pédiatrie.

4.3.1.1.7. Données recherchées:

4.3.1.1.7.1. Données socio -démographiques:

L'âge, le sexe, la résidence, l'ethnie, la référence et le rang de la fratrie.

4.3.1.1.7.2. Données de l'anamnèse:

Le motif de consultation, les antécédents de l'enfant (la notion prise de médicament avant de venir à l'hôpital, de pathologies, le nombre et causes d'hospitalisation, le statut vaccinal, la notion de séjour dans une autre localité, la notion de contagio tuberculeux) et la date de début de la maladie.

4.3.1.1.7.3. Paramètres analysés:

Le Poids, la température, la taille, le périmètre crânien, le périmètre brachial, la fréquence respiratoire, la fréquence cardiaque, l'état général, l'état nutritionnel, l'état de la peau, l'état d'hydratation.

Examen des appareils cardio-pulmonaire, digestif, génitaux- urinaire, locomoteur, œil et vision, Oto-rhinolaryngologique, lympho-glandulaire et l'état neurologique.

Les examens biologiques;

Le diagnostic de sortie;

La durée de séjour à l'hôpital;

Le type de traitement;

Le devenir des malades et la cause du décès;

Les paramètres des parents:

Le statut matrimonial, l'âge, le secteur d'activité et le niveau de scolarisation.

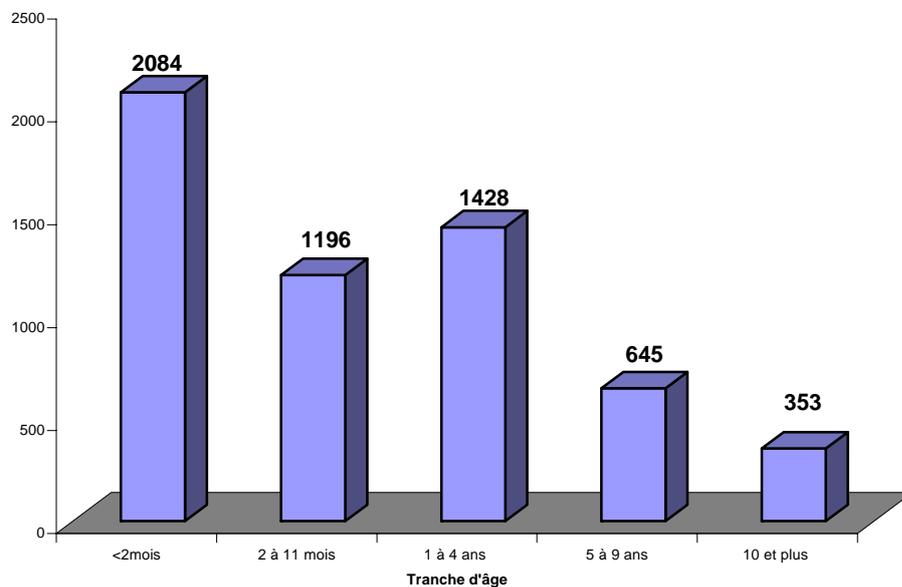
4.3.1.1.7.4. Analyse des données:

Les données ont été saisies sur Epi INFO 6. et l'analyse a été effectuée sur SPSS11.0. Le test statistique Khi2 a été utilisé pour les données de 2004.

5. RÉSULTATS

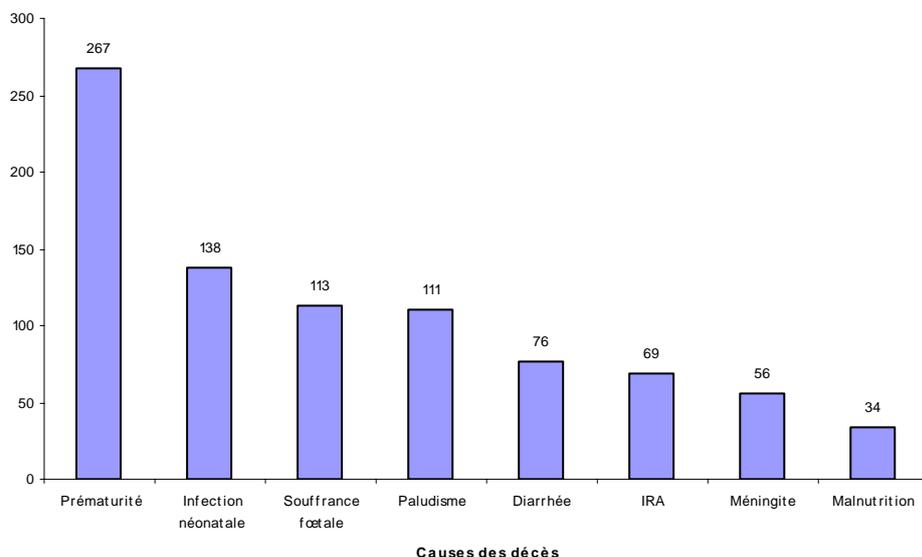
Résultats de 2000 à 2004

Figure 1: Répartition des patients selon le groupe d'âge en 2000.



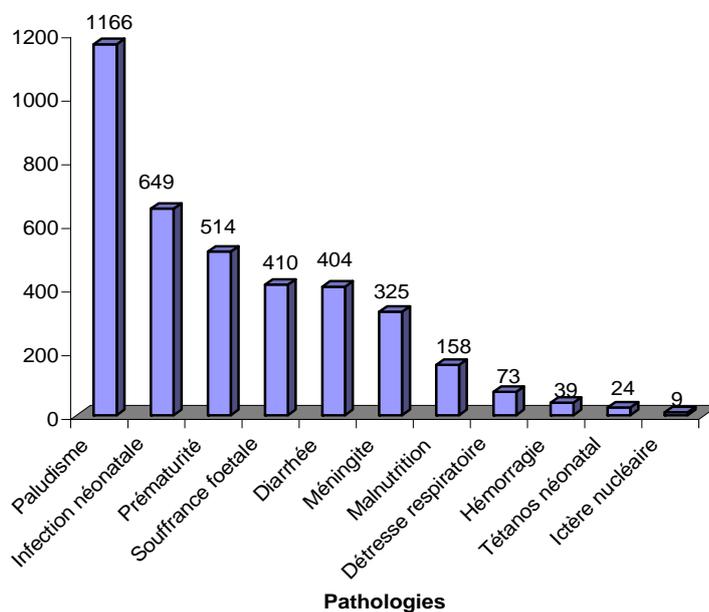
Les enfants de moins d'1 an étaient les plus représentés en 2000 avec 57,5%.

Figure 2 : Répartition des Principales causes de décès en 2000.



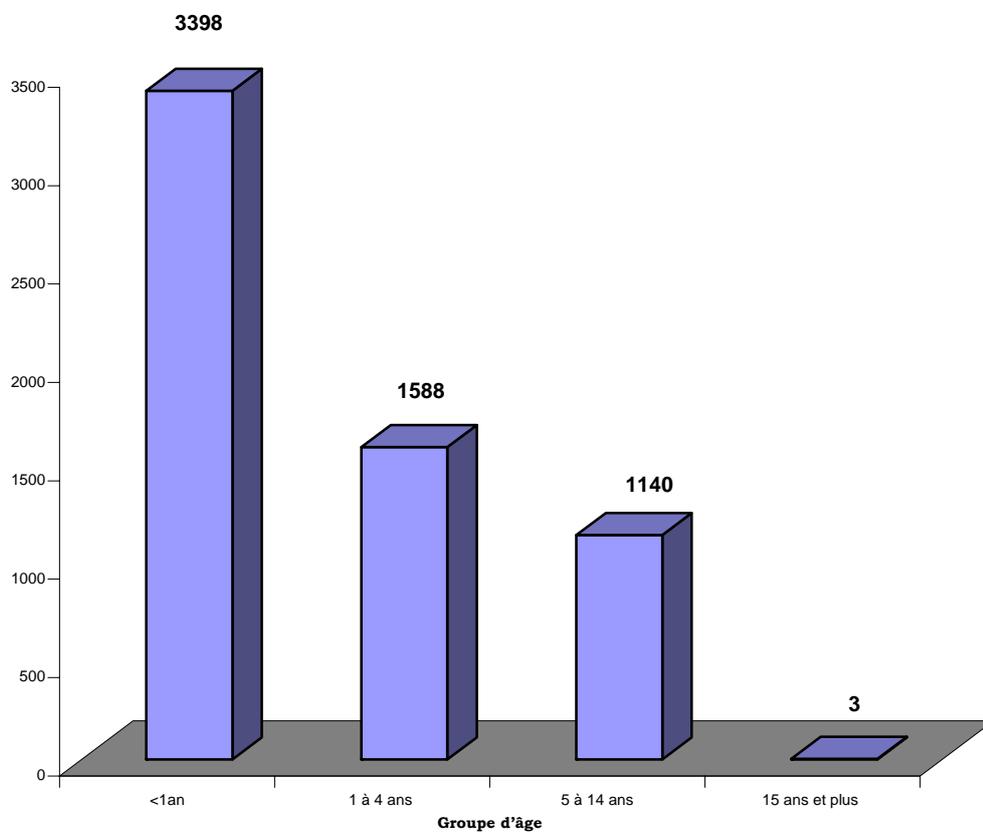
La prématurité, l'infection néonatale et la souffrance fœtale étaient les principales causes de décès en 2000 avec respectivement 26,6%, 13,8% et 11,3%.

Figure 3: Répartition de la létalité des principales pathologies en 2000.



Le tétanos, l'ictère et la prématurité constituaient les principales pathologies létales avec respectivement 70%, 66% et 51%.

Figure 4: Répartition des patients selon le groupe d'âge en 2001



Les moins d'un an étaient les plus nombreux avec 55,4% en 2001.

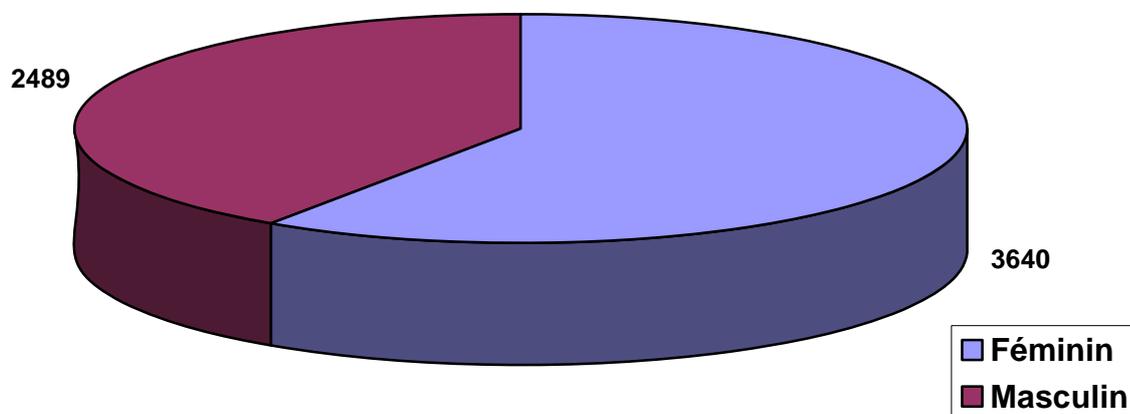
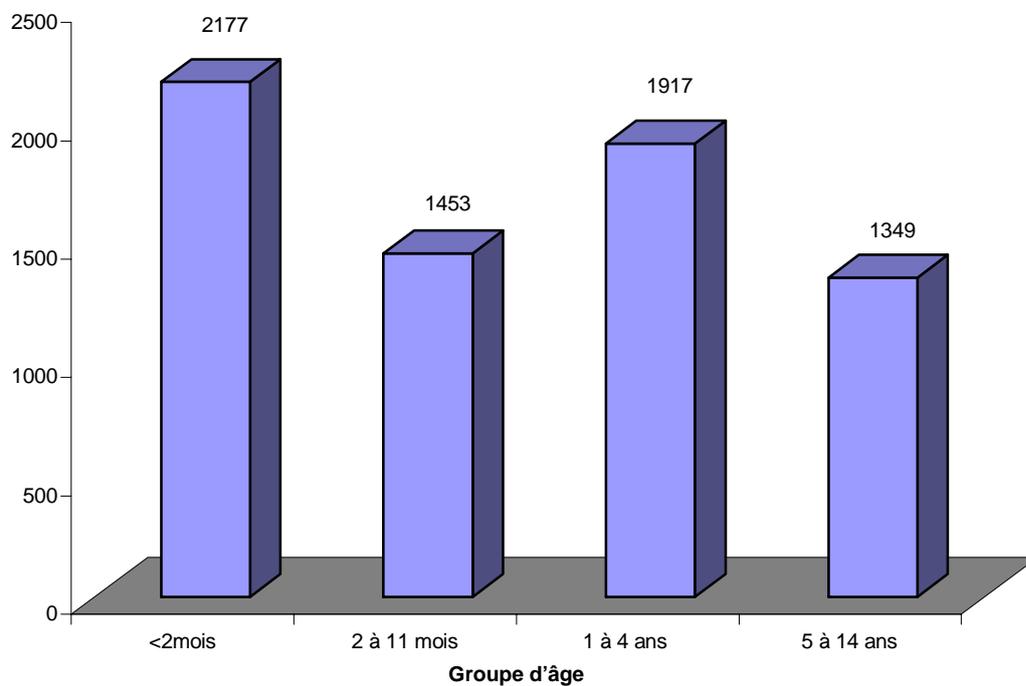


Figure 5: Répartition des décès selon le sexe en 2001.

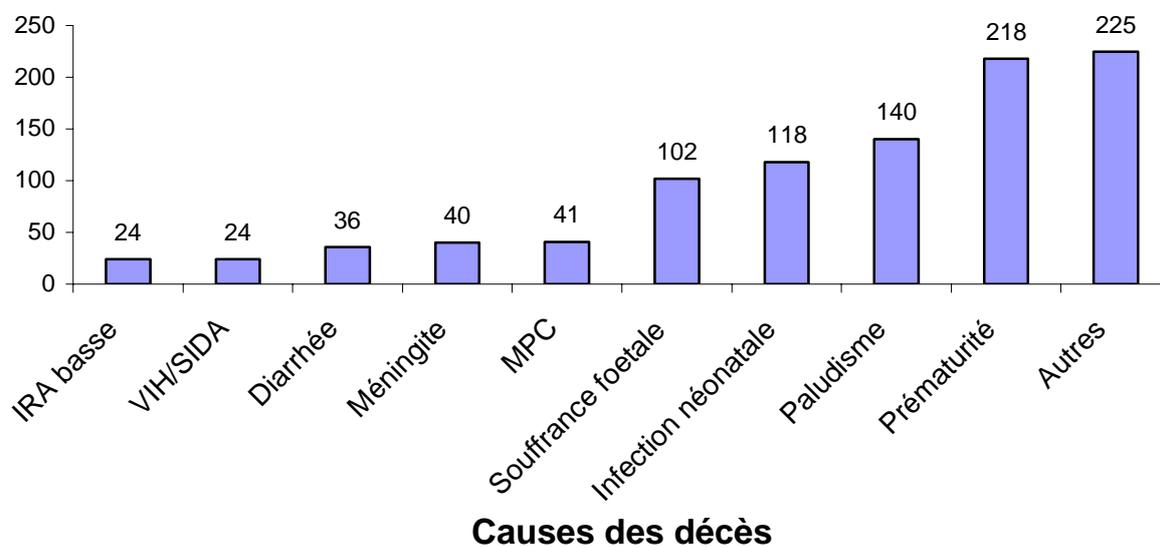
Le sexe féminin était le plus représenté avec 59,4% et un sex-ratio de 1,46 en leur faveur en 2001.

Figure 6: Répartition des patients selon le groupe d'âge en 2002.



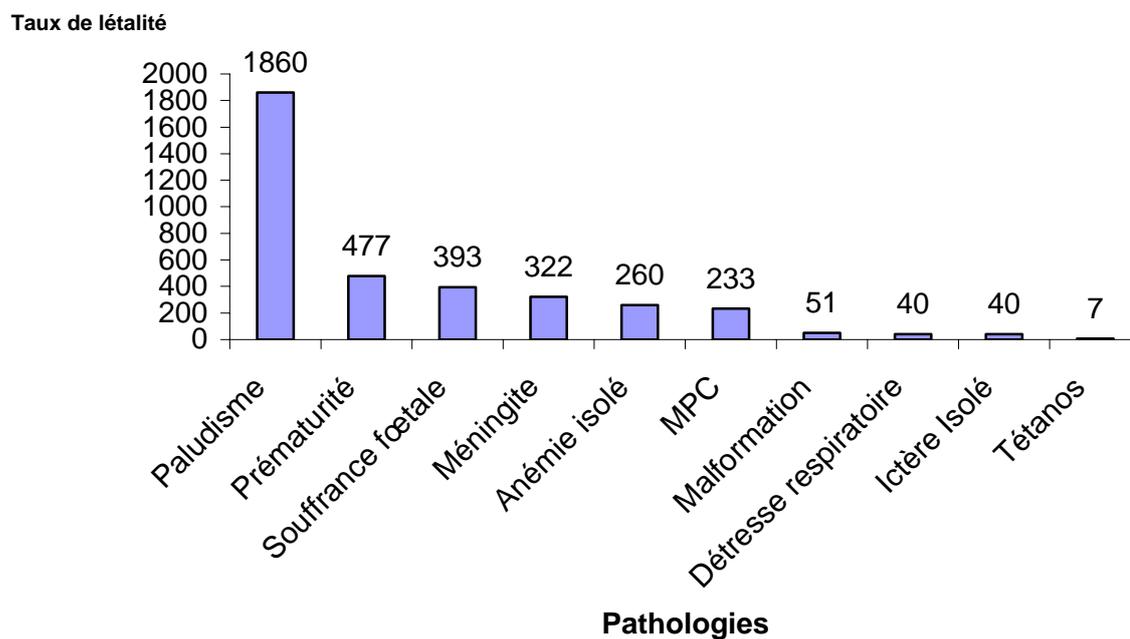
Les enfants de moins d'un an étaient les plus représentés avec 52,64%.

Figure 7: Répartition des principales causes de décès en 2002.



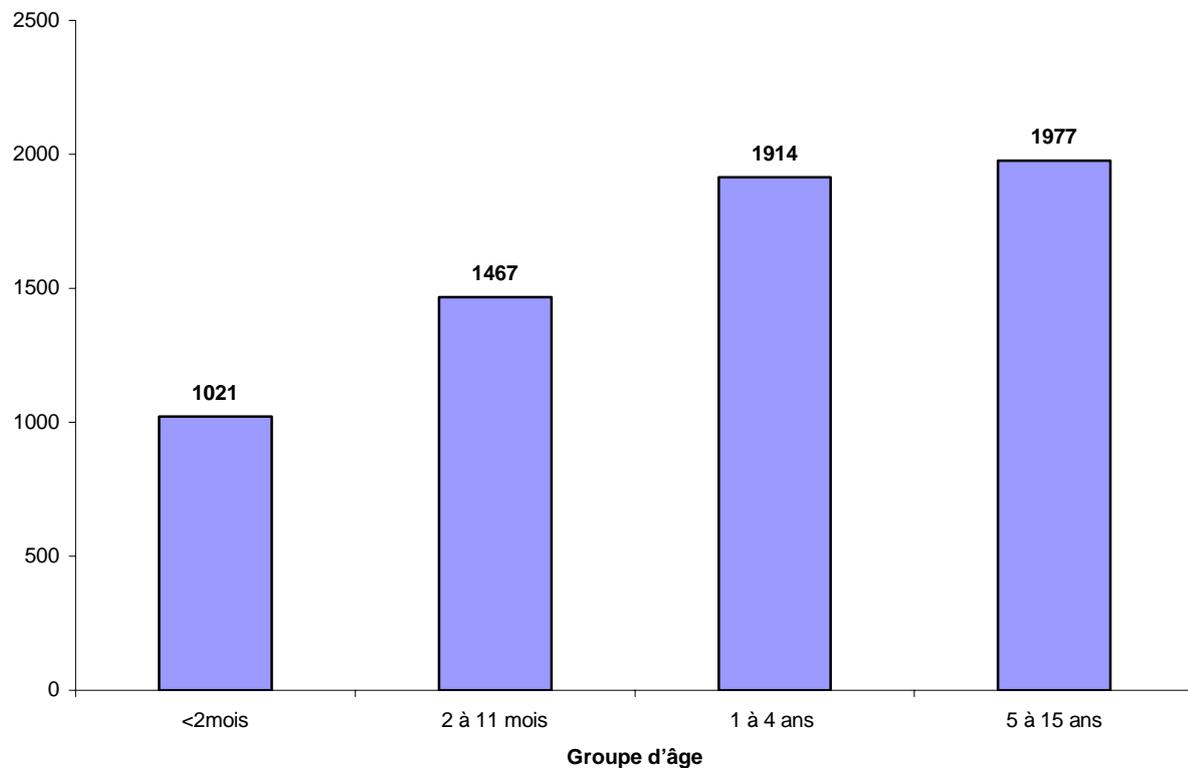
La prématurité, le paludisme et l'infection néonatale étaient les principales causes de décès en 2002 avec respectivement 22,31%, 14,32% et 12,07%.

Figure 8: Répartition de la létalité des principales pathologies en 2002.



La prématurité, le tétanos et la souffrance fœtale étaient les pathologies létales en 2002 avec respectivement 45,70%, 42,85% et 25,95%.

Figure 9: Répartition des patients selon le groupe d'âge 2003.



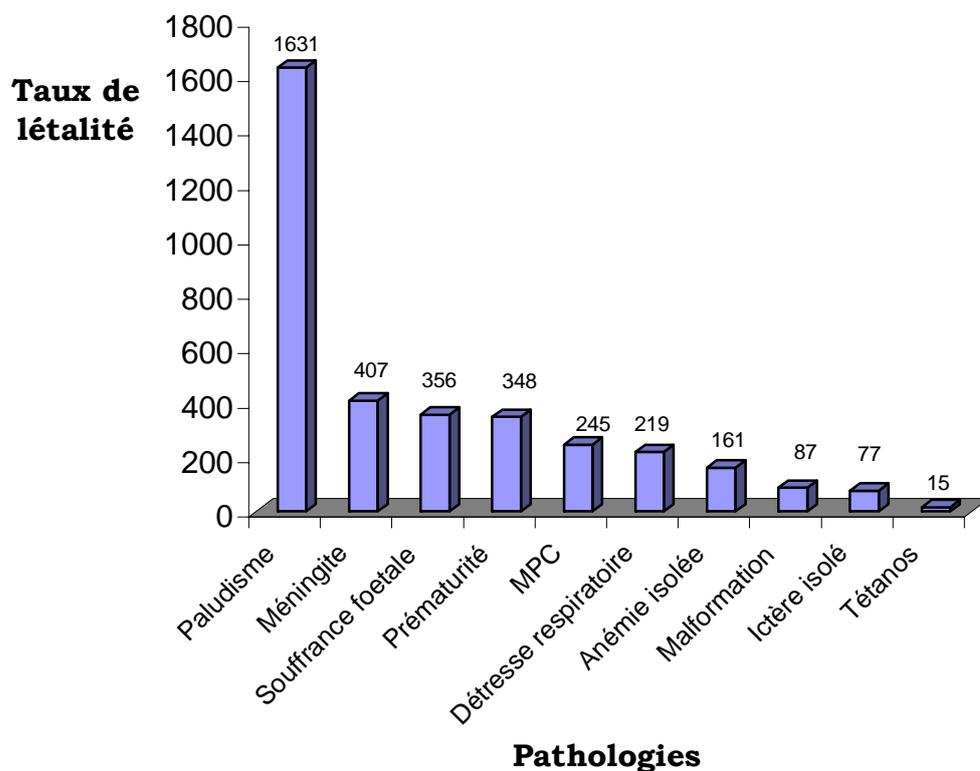
Les enfants de moins de 5 ans étaient les plus représentés en 2003 avec 69%.

Tableau I: Répartition des principales causes de décès en 2003.

Causes des décès	Fréquence	Pourcentage
Prématurité	146	14,13
Paludisme	128	12,39
Infection néo-natale	95	9,20
Souffrance fœtale	92	8,91
Méningite	62	6,00
Diarrhée	41	3,97
MPC	34	3,29
IRA basse	24	2,32
VIH/SIDA	21	2,03
Autres	390	37,76
Total	1142	100

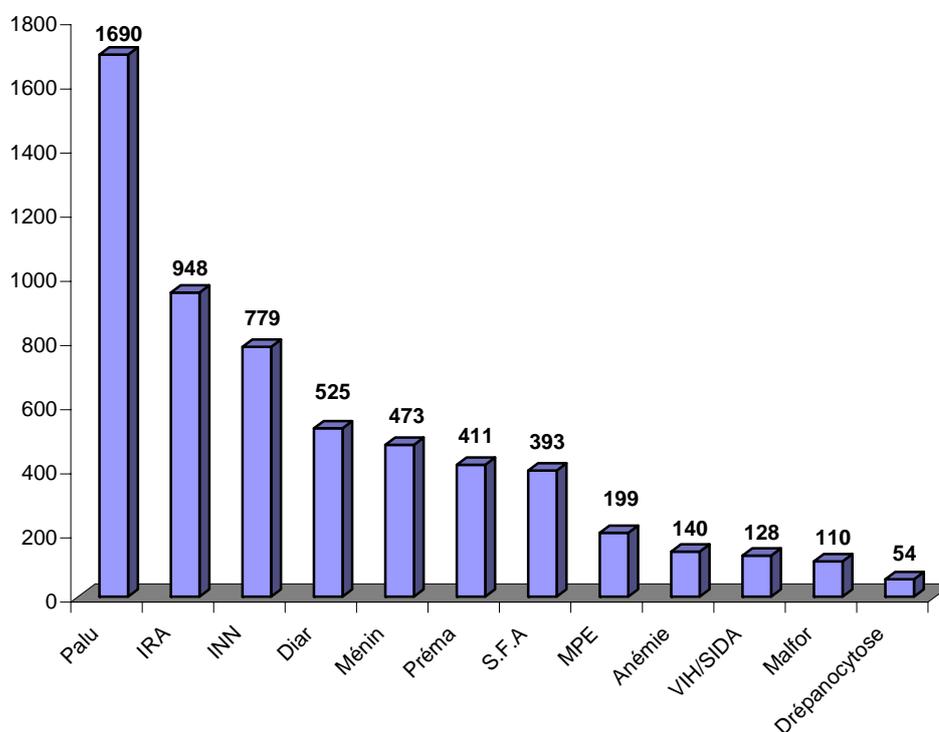
La prématurité, le paludisme et l'infection néonatale étaient les principales causes de décès en 2003 avec respectivement 14,13%, 12,39% et 9,20%.

Figure 10: Répartition de la létalité des principales pathologies en 2003.



Le tétanos, la prématurité et les malformations étaient les pathologies les létales en 2003.

Figure 11: Répartition des hospitalisés par pathologie en 2004.



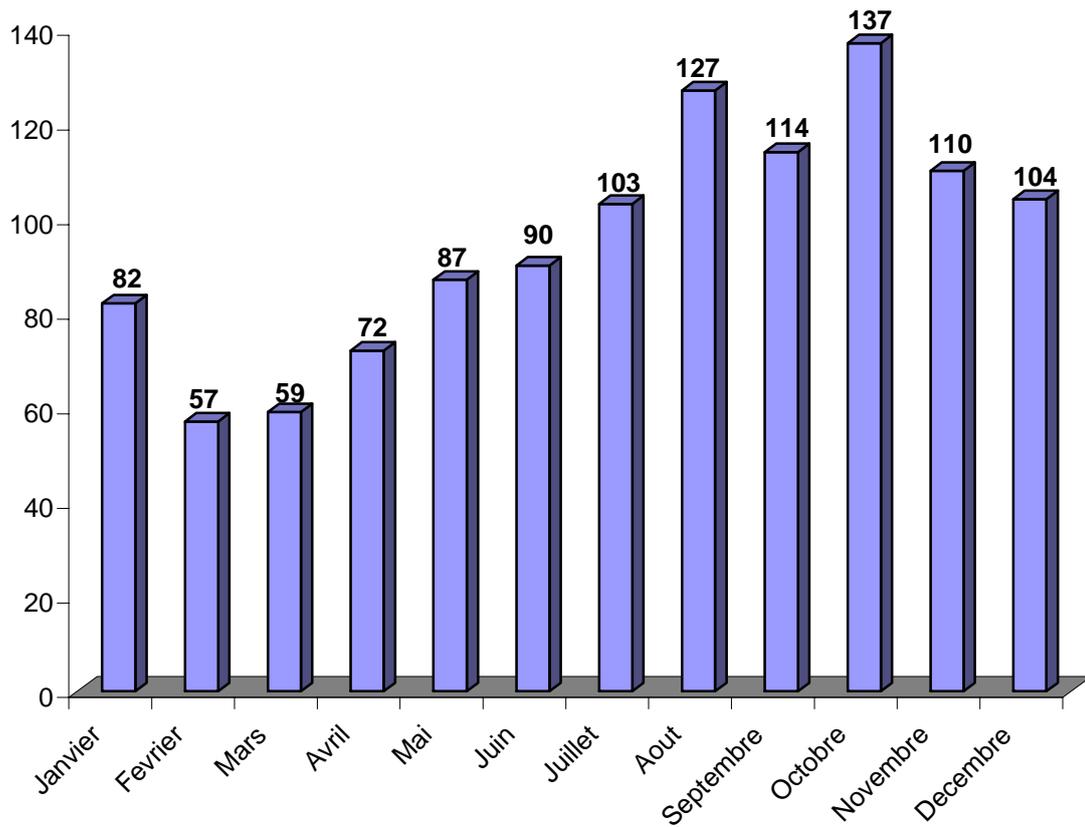
Le paludisme était la 1^{ère} cause d'hospitalisation avec 1690 cas.

Tableau II: Répartition des cas de décès par service en 2004.

Services	Fréquence	Pourcentage
PI	25	2.2
PII	58	5.1
PIII	122	10.7
PIV	54	4.7
Réa	883	77.3
TOTAL	1142	100

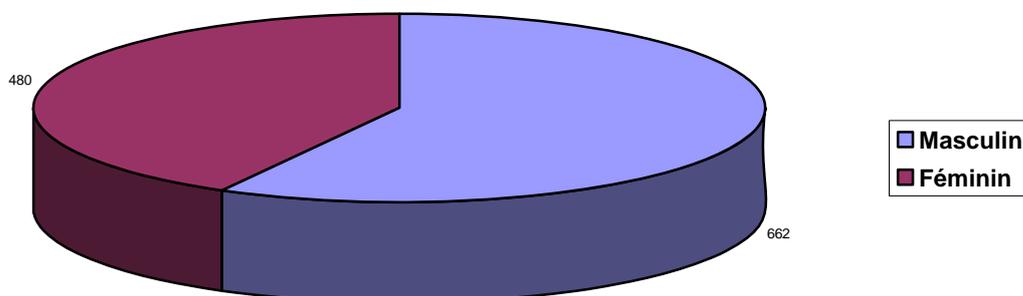
L'observation du tableau montre que l'unité de la réanimation a observé le plus grand nombre de décès avec 77,3%.

Figure 12: Répartition des décès par mois en 2004.



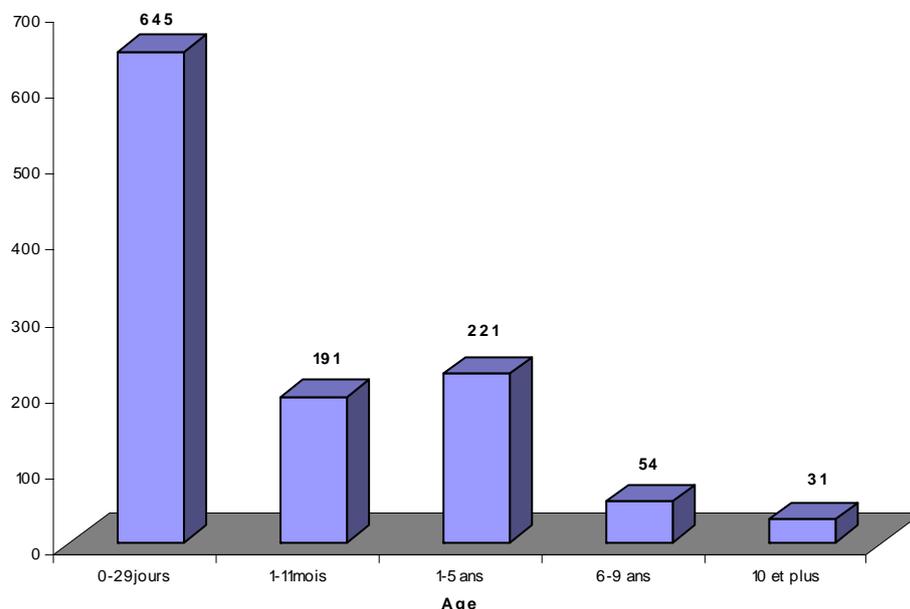
Les mois d'Octobre, d'Août et de Septembre avaient observés le plus grand nombre de décès avec 12, 11,1 et 10%.

Figure 13: Répartition de la population selon le sexe en 2004.



Le sexe masculin prédominait avec 58% et un sex-ratio de 1,38 en leur faveur.

Figure 14: Répartition de la population selon l'âge en 2004.



Les nouveau-nés étaient les plus représentés dans l'étude avec 56,5% des cas suivis des moins de 10 ans avec 40,8%.

Tableau III: Répartition de la population selon la provenance en 2004.

Provenance	Fréquence	Pourcentage
Hôpital national	82	7.2
CSCOM	236	20.7
Clinique	20	1.8
CSREF	232	20.3
Cabinet	29	2.5
Hôpital régional	3	.3
Externe	540	47.3
Total	1142	100

La provenance la plus rencontrée était Externe avec 47,3% donc non référés suivit des référés avec 52,7%(CSCOM 20,7% et des CSREF 20,3%...).

Tableau IV: Répartition de la population selon la résidence en 2004.

Résidence	Fréquence	Pourcentage
Commune I	191	17.0
Commune II	101	9.0
Commune III	74	6.6
Commune IV	175	15.6
Commune V	200	17.8
Commune VI	187	16.7
Hors de Bamako	195	17.4
Total	1142	100

La grande majorité des patients (82,7%) résidait à Bamako alors que 17,4% résidaient hors de Bamako. Les fortes proportions sont retrouvées dans les Communes I et V à l'intérieur de Bamako correspondant aux quartiers périphériques.

Tableau V: Répartition de la population selon l'ethnie en 2004.

Ethnie	Fréquence	Pourcentage
Bambara	405	35.5
Peulh	181	15.8
Sarakolé	162	14.2
Malinké	162	14.2
Sonrhaï	50	4.4
Dogon	36	3.2
Sénoufo	26	2.3
Bobo	21	1.8
Bozo	11	1.0
Total	1142	100

Etude rétrospective de la mortalité chez les enfants de 0 à 14 ans dans le service de pédiatrie du CHU GABRIEL TOURE sur cinq ans allant de 2000 à 2004.

L'ethnie Bambara était la plus représentée au cours de notre étude avec 35,5% des patients suivit des Peulh avec 15,8%.

Nb: Autres=88(Samogo, Ninyamka, Somono, Dafing,...) soit 7,7%.

Tableau VI: Répartition de la population selon le Rang dans la fratrie en 2004.

Rang dans la fratrie	Fréquence	Pourcentage
1	346	30.3
2	209	18.3
3	152	13.3
4	116	10.2
5	85	7.4
6	64	5.6
7	51	4.5
8	47	4.1
9	23	2.0
10	14	1.2
11	6	0.5
12	1	0.1
13	2	0.2
Non précisé	26	2.3
Total	1142	100

La grande majorité des décès concernait les premiers enfants de la fratrie avec 30,3%.

Tableau VII: Répartition selon le niveau d'instruction des parents en 2004.

Niveau d'instruction	Père		Mère	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
Primaire	40	3.5	103	9.0
Secondaire	28	2.5	33	2.9
Supérieur	73	6.4	27	2.4
Coranique	26	2.3	11	1.0
Non scolarisé(e)	128	11.2	154	13.5
Non précisé(e)	847	74.2	814	71.2
Total	1142	100	1142	100

Le niveau d'instruction des mères était 59,2% pour le primaire et celui des pères de 43,7% pour le supérieur.

Tableau VIII: Répartition des parents selon le statut matrimonial en 2004.

Statut matrimonial	Père		Mère	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
Marié(e)	1023	89.6	1035	90.6
Célibataire	61	5.3	68	6.0
Veuf(e)	6	0.5	1	0.1
Non précisé(e)	52	4.6	38	3.3
Total	1142	100	1142	100

Plus de la moitié des parents étaient mariée.

Tableau IX: Répartition du motif de consultation en fonction de l'âge en 2004.

Motif de consultation	Age				
	0-29j	1-1m	1-5	6-9 ans	10 et plus
	N=64 5	n=191	n=221	n=54	N=31
Fièvre	13.3	45.0	38.5	53.7	45.2
Convulsion	2.0	12.6	20.8	20.4	9.7
Coma	0.2	1.0	5.4	24.1	9.7
Vomissement	0.9	17.3	18.1	5.6	12.9
Toux/Difficultés respiratoires	21.6	38.7	23.1	16.7	6.5
Diarrhée	0.3	23.6	19.0	1.9	3.2
Pâleur	2.9	10.5	23.1	9.3	6.5
raideur cervicale	0.0	2.6	0.0	3.7	0.0
Prématurité	35.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Bombement fontanelle	0.6	1.0	0.0	0.0	0.0
AEG	3.7	11.5	22.6	1.9	16.1

La prématurité était le motif de consultation chez les nouveau-nés, la fièvre et les difficultés respiratoires étaient retrouvées à tous les âges comme motif de consultation.

Tableau X: Répartition de la population selon la notion de soins avant d'arriver à l'hôpital en 2004.

Notion de soins	Fréquence	Pourcentage
Non	665	58.2
Oui	477	41.8
Total	1142	100

Les patients dans 58,2% n'avaient pas reçu de soins avant leur admission à l'hôpital.

Tableau XI: Répartition de la population selon la notion d'antécédents de pathologies antérieures en 2004.

Pathologies antérieures	Fréquence	Pourcentage
Non	1026	89.8
Oui	116	10.2
Total	1142	100

Les patients dans 89,8% n'avaient pas d'antécédent de pathologie antérieure.

Tableau XII: Répartition de la population selon le nombre d'hospitalisations antérieures en 2004.

Nombre antérieures	d'hospitalisations	Fréquence	Pourcentage
0		1058	92.6
1		73	6.4
2		7	0.6
3		3	0.3
6		1	0.1
Total		1142	100

Les patients dans 92,6% n'avaient pas d'antécédent d'hospitalisation.

Tableau XIII: Répartition de la population selon le statut vaccinal en 2004.

Statut vaccinal	Fréquence	Pourcentage
Non vacciné	559	48.9
Correcte complète	220	19.3
non précisée	198	17.3
Vaccination correcte incomplète	127	11.1
Incorrecte	38	3.3
Total	1142	100

Les patients dans 48,9% n'avaient pas reçu de vaccin.

Tableau XIV: Répartition de la population selon la notion de séjour dans une autre localité en 2004.

Séjour dans une autre localité	Fréquence	Pourcentage
Non	1130	98.9
Oui	12	1.1
Total	1142	100

Les patients n'avaient pas séjournés dans une autre localité dans 98,9% des cas.

Tableau XV: Répartition de la population selon la notion de contag tuberculeux en 2004.

Notion de contag tuberculeux	Fréquence	Pourcentage
Non	1136	99.5
Oui	6	0.5
Total	1142	100

Les patients n'avaient pas de notion de contag tuberculeux dans 99,5%.

Tableau XVI: Répartition de la population selon la date du début de la maladie en 2004.

Date du début de la maladie	Fréquence	Pourcentage
<24H	588	51.5
2-7jr	291	25.5
7-30jr	126	11.0
>30jrs	24	2.1
Non précisé	113	9.9
Total	1142	100

La date de début de la maladie était inférieure à 24heures chez 51,5% des patients tandis que dans 25,5% des cas les patients n'avaient pas consultés dans les 2 à 7 jours suivant le début de leur maladie.

Tableau XVII: Répartition de la population à l'inspection de la peau et des phanères en 2004.

Peau et phanères	Fréquence	Pourcentage
Pâleur	454	39.8
DsH2O	289	25.3
Cyanose	130	11.4
Ictère	94	8.2
Dermatoses	86	7.5
Œdème	25	2.2
Plaies	24	2.1

Les patients avaient une pâleur dans 39,8% des cas et dans 25,3% une déshydratation. L'ictère n'a été retrouvé que dans 8,2% des cas.

Tableau XVIII: Répartition de la population selon l'indice de Kanawati en 2004.

L'Indice de Kanawati	Fréquence	Pourcentage
Mauvais	43	68.3
Passable	14	22.2
Bon	6	9.5
Total	63	100

Plus de la moitié des patients avait une malnutrition.

Tableau XIX: Répartition de la population selon les signes cardiorespiratoires en 2004.

Signes cardiorespiratoires	Fréquence n=1142	Pourcentage
BAN	400	35.0
Geignement	323	28.3
Crépitants	161	14.1
Entonnoir xiphoïdien	151	13.2
Ronchus	131	11.5
Toux	39	3.4
Souffle cardiaque	27	2.4
Déformation-thoracique	26	2.3
Sibilants	16	1.4
Matité	5	0.4

Les signes de détresse respiratoire ont été retrouvés chez plus de la moitié des patients.

Tableau XX: Répartition de la population selon les signes digestifs en 2004.

Signes digestifs	Fréquence n=1142	Pourcentage
Splénomégalie	47	4.1
Hépatomégalie	198	17.3
Masse abdominale	9	0.8
Ascites	8	0.7
Douleur abdominale	5	0.4
gargouillement FID	6	0.5

L'hépatomégalie a été retrouvée chez 17,3% des patients contre 4,1% pour la splénomégalie.

Tableau XXI: Répartition de la population selon les signes neurologiques en 2004.

Signes neurologiques	Fréquence n=1142	Pourcentage
Hypotonicité	354	31.0
Convulsion	98	8.6
Obnubilation	96	8.4
Agitation	55	4.8
Raideur	26	2.3
Coma	9	0.8
Délire	1	0.1

L'absence de réflexe de succion représentait 35% avec une hypotonie à 31%. Les convulsions représentaient 8,6%, l'obnubilation 8,4% et les comas 0,8%.

Tableau XXII: Répartition de la population selon les signes à l'examen de la sphère ORL en 2004.

Signes ORL	Fréquence	Pourcentage
Rhinorrhée	15	1.3
Gorge inflammatoire	7	0.6
Otorrhée	6	0.5
Tragus sensible	5	0.4

La rhinorrhée était retrouvée chez 1,3% des patients.

Tableau XXIII: Répartition de la population selon l'examen de l'appareil génito-urinaire en 2004.

Appareil génito-urinaire	Fréquence	Pourcentage
Normal	1023	89.6
Anormal	16	1.4
Total	1142	100

L'examen de la sphère uro-génitale était anormal dans 1,4%.

NB:Anormal= vulvo-vaginites, micropenis avec ou sans ectopie testiculaire, ulcération scrotale, pénis déformé avec oedème scrotale ou infiltré, hernies, hydrocèle, petites lèvres non recouvrantes.....

Tableau XXIV: Répartition de la population selon l'examen ophtalmologique en 2004.

Œil et vision	Fréquence	Pourcentage
Normal	987	86.4
Anormal	155	13,6
Total	1142	100

L'examen ophtalmologique était anormal chez 13,6%.

NB:Anormal=prurit oculaire, conjonctivite...

Tableau XXV: Répartition de la population selon l'examen des aires ganglionnaires en 2004.

Aires ganglionnaires	Fréquence	Pourcentage
Libres	1064	93,2
Adénopathies	78	6,8
Total	1142	100

Les patients présentaient une adénopathie dans 6,8%.

Tableau XXVI: Répartition selon les résultats des examens complémentaires en 2004.

Goutte Epaisse

Goutte Epaisse	Fréquence	Pourcentage
Positive	114	10.0
Négative	144	12.6
Total	258	22.6

Sur 258 gouttes épaisses effectuées 114 sont revenues positives.

Sérologie HIV

Sérologie HIV	Fréquence	Pourcentage
Positive	15	68.2
Négative	7	0.6
Total	22	1.9

Sur 22 sérologies HIV effectuées 15 sont revenues positives.

Tableau XXVII: Répartition selon le diagnostic de sortie en 2004.

Diagnostic de sortie	Fréquence	Pourcentage
INN	308	27.0
Prématurité	280	24.5
Causes parasitaires (paludisme)	191	16.7
SFA	171	15.0
Causes broncho-pulmonaires	125	10.9
Causes Diarrhéiques	104	9.1
MPE	99	8.7
Méningite	63	5.5
Malformation Congénitale	36	3.2
Causes Virales	16	1.4
Causes septicémiques	12	1.1
Troubles métaboliques	10	0.9
Maladies tumorales et hémato­logiques	9	0.8
Maladie membrane Hyaline	4	0.4

Les pathologies les plus fréquemment rencontrées étaient l'infection néonatale, la Prématurité, les causes parasitaires(Paludisme), les causes broncho-pulmonaires (broncho-pneumopathies), SFA, les Diarrhées, le MPE, les Méningites, les malformations congénitales et le VIH.

Tableau XXVIII: Répartition de la population selon le type de traitement administré en 2004.

Le type de traitement	Fréquence	Pourcentage
Spécifique	680	59.5
Symptomatique	426	37.3
Inachevé/manque de moyen	36	3.2
Total	1142	100

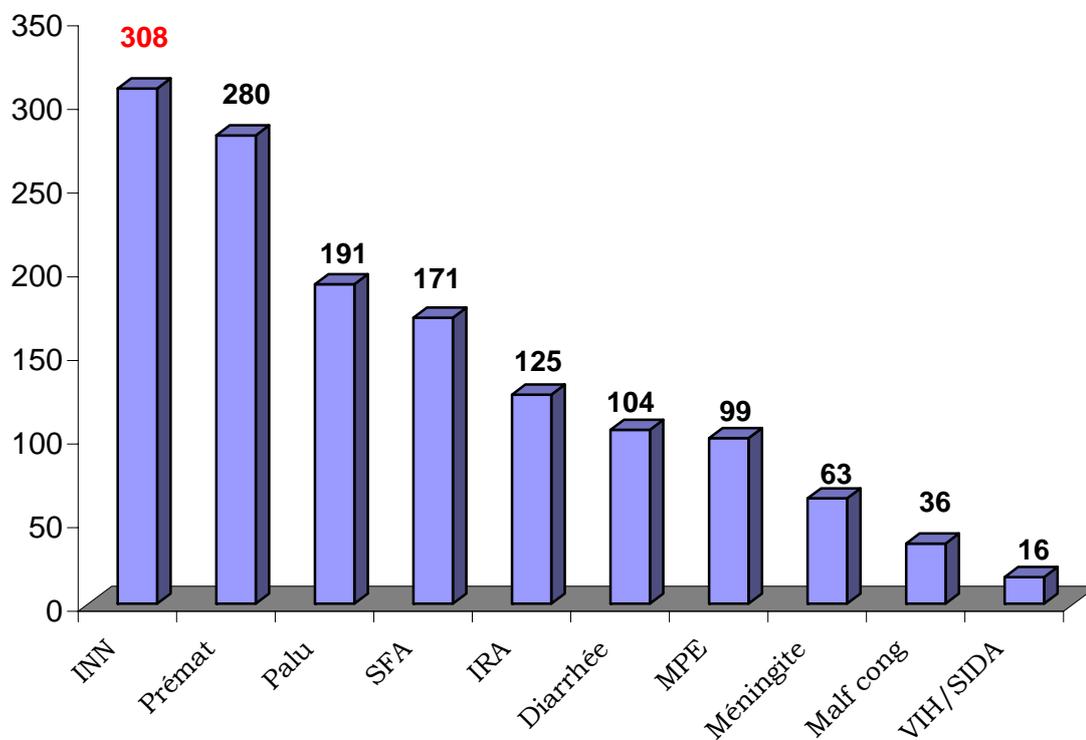
Le traitement était spécifique dans 59,5% des cas.

Tableau XXIX: Répartition de la population selon la durée du séjour dans le service en 2004.

Durée de séjour dans le service	Fréquence	Pourcentage
24H	630	55.2
2-7Jrs	445	39.0
>7jrs	67	5.9
Total	1142	100

La durée de séjour était inférieure à 24heures dans 55,2% des cas.

Figure 15: Répartition des principales pathologies en fonction de la létalité en 2004.



La prématurité, la malnutrition protéino-énergétique, la SFA ainsi que l'infection néonatale présentaient une forte létalité en 2004.

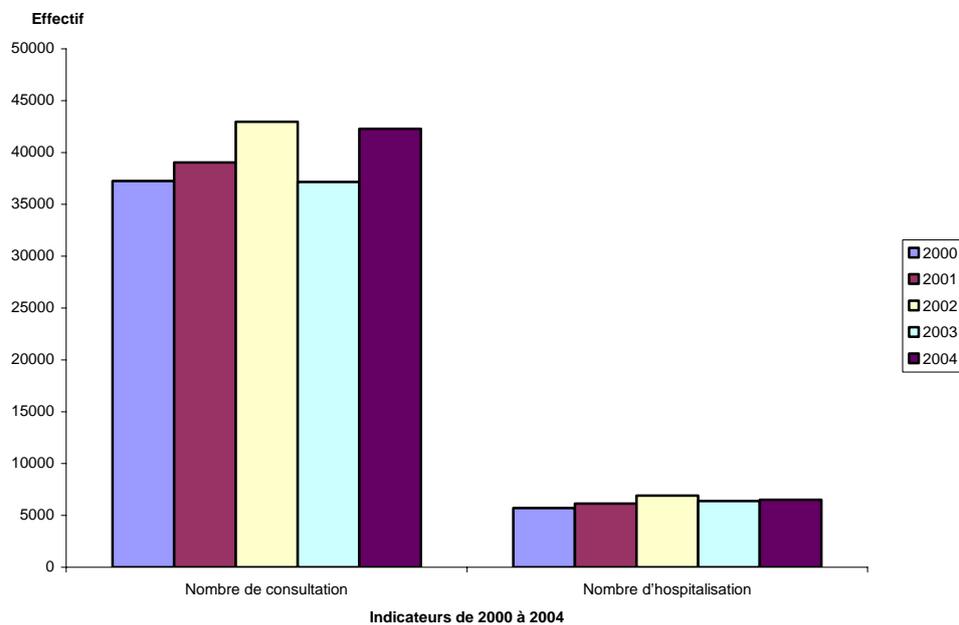
Tableau XXX: Variation des indicateurs de performance de 2000 à 2004

Indicateurs	2000	2001	2002	2003	2004
Nb. Lits	117	109	115	112	115
Nombre d'hospitalisation	5714	6129	6896	6379	6519
Journées réalisées	26745	29413	33856	31477	33921
Taux d'occupation	62,62	73,92	80,66	77,09	80,59
Taux de mortalité	17,60	17,16	14,17	16,19	17,51
D.M. Séjour	4,6	4,66	4,91	4,93	5,20
Nb. Consultation	37245	39037	42960	37174	42299
Nb. Thèse	16	13	22	21	-

P=0,07

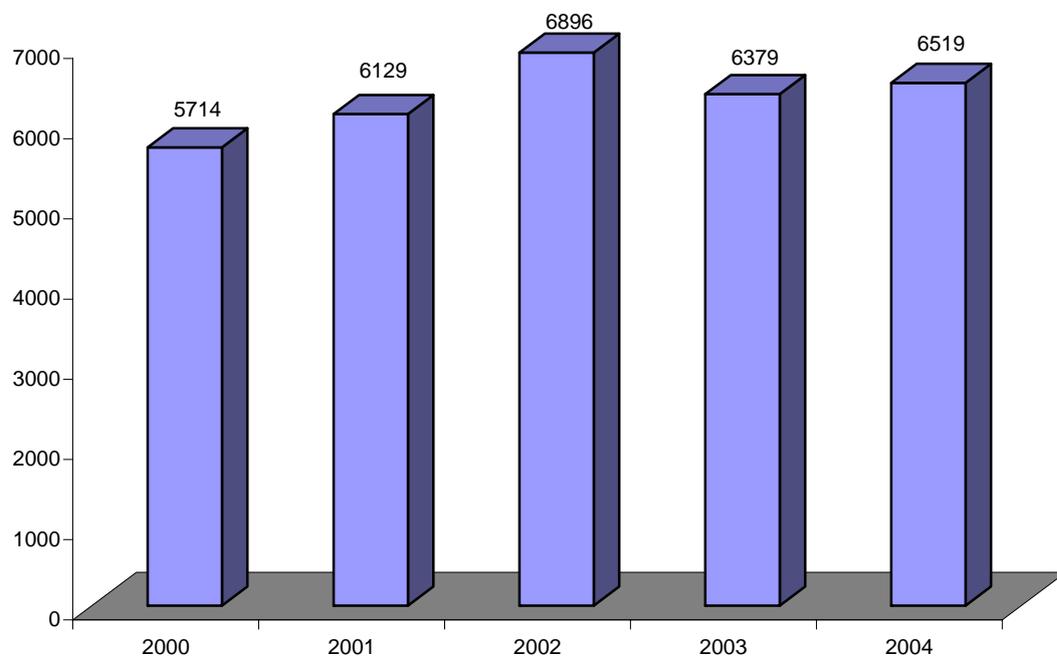
Il n'y a pas de différence statistiquement significative du taux de mortalité entre 2002 et 2004 par rapport au nombre d'hospitalisation.

Figure 16: Variation de certains indicateurs de 2000 à 2004



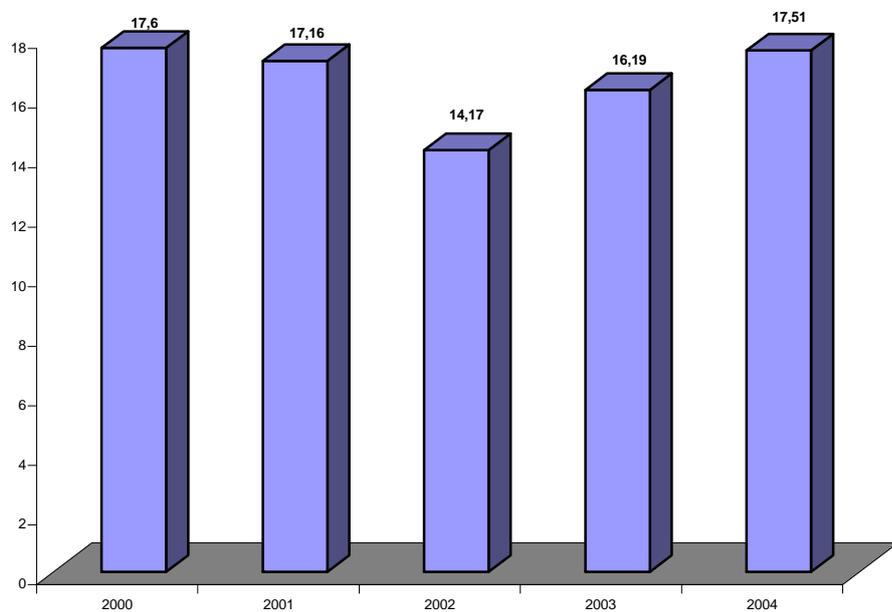
En 2002, il y a eu plus de consultation et d'hospitalisation soit 42980 cas avec plus de décès soit 14,17% de taux de mortalité.

Figure 17: Evolution des hospitalisations de 2000 à 2004.



Il y a eu plus d'hospitalisations en 2002.

Figure 18: Evolution du taux de Mortalité de 2000 à 2004.



Les années 2000 et 2004 ont observé les plus grands taux de mortalités soient respectivement 17,6 et 17,51%.

6. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Pour cette étude seront discutés tous les résultats provenant de l'analyse des données de l'année 2004 ainsi que certains issus des rapports d'activités de la pédiatrie de 2000 à 2004.

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

6.1. DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES:

6.1.1. Age:

Notre étude a porté sur 1142 dossiers complets d'enfants, âgés de 0 à 14 ans hospitalisés et décédés en 2004 dans le service ainsi que ceux issus des rapports d'activités de la pédiatrie de 2000 à 2004. Les enfants âgés de 0 à 29 jours étaient plus représentés avec une proportion de 56,5 %. La fréquence élevée de cette tranche d'âge s'expliquerait par la fréquente manifestation des pathologies néonatales durant notre période d'étude d'une part et la sollicitation du service de pédiatrie sur le plan national d'autre part.

En 2004, la France avait un taux de mortalité néonatale de 3,5% nettement inférieure à celle de notre étude. [40]

Nos résultats diffèrent aussi de ceux trouvés par **M. L. Nadège** qui avait trouvé une mortalité néo-natale de 38,8%. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que son étude n'a concerné que l'unité de la réanimation pédiatrique. [41]

En 2005, dans le monde selon les estimations de l'**OMS** chaque année 4 millions d'enfants meurent au cours des quatre premières semaines de vie.

En 2001, 38% de l'ensemble des décès des moins de cinq ans ont eu lieu au cours de la période néo-natale. [42]

Selon l'**OMS** en 2005, la mortalité néonatale, dans le premier mois suivant la naissance, correspond à 37% des décès avant l'âge de 5 ans. [43]

6.1.2. Sexe:

Le sexe des patients était connu dans 100% des cas avec un ratio de 1,38 en faveur du sexe masculin soit 58%. Ces résultats sont comparables à ceux de **TALL** et de **LELE** soit respectivement 57,7% et 59,5%. **[44,45]**

6.1.3. Provenance:

La majorité des patients (soit 55,5%) était référée d'une autre structure de santé vers le service de la pédiatrie. Celle-ci s'expliquerait par le fait que la pédiatrie est située au sommet de la pyramide sanitaire de Bamako et qu'elle paraît plus équipée que ces autres structures périphériques.

Nos résultats diffèrent de ceux trouvés par **M. L. Nadège** qui trouve que la majorité des patients viennent directement de la maison. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que son étude ne concernait que la période néonatale et l'unité de la néonatalogie. Par contre **O. SY** trouve que seulement 24,7% des enfants étaient référés en 2003. **[46]**

6.1.4. Rang de la fratrie:

Dans notre étude 30,3% de décès concernaient les premiers enfants de la fratrie. Ces résultats diffèrent de ceux trouvés par **O. SY** en 2003 avec 24,7%. Cette fréquence pourrait s'expliquer d'une part par le non suivi de la grossesse et de l'accouchement et d'autre part par l'inexpérience de la mère et du manque d'hygiène pour le nouveau-né.

EDSIII en 2001, estimait à 180 ‰ le quotient de mortalité infantile chez les enfants du 1^{er} rang de naissance. **[47]**

6.1.5. Résidence:

Dans notre étude 17,4% des enfants résidaient hors de Bamako. La majorité des patients résidait à Bamako, avec une forte proportion des communes I et V soit respectivement 17% et 17,8% correspondant aux quartiers périphériques de notre capitale. Cette fréquence diffère de celle trouvée par **L. M. Nadège** qui montre que seulement 2,90% des parents des nouveau-nés résidaient hors de Bamako.

6.1.6. Notion de soins avant l'admission:

Plus de la moitié des patients n'avaient pas reçu de soins avant leur admission. Nos résultats sont proches de ceux trouvés par **O. SY** qui trouve

qu'un enfant sur trois n'avait pas reçu de soins 1 à 2 jours après le début de leur maladie.

6.1.7. Nombre de décès par unité:

Dans notre étude, 77,3% des décès concernaient l'unité de la réanimation. Ensuite vient la pédiatrie III avec une proportion 10,7%. Cela pourrait s'expliquer par le nombre important d'hospitalisation dans ces deux unités. La réanimation en plus d'être l'unité de la néonatalogie, elle accueille en son sein les malades dont l'état nécessite une surveillance régulière. **O. SY** avait montré que près de la moitié des hospitalisations se font dans l'unité de réanimation.

6.1.8. Niveau d'instruction des parents:

Le niveau d'instruction des pères était de 43,7% pour le niveau supérieur contrairement à celui des mères qui était de 59,2% pour le niveau primaire. Ceci montre le faible niveau de scolarisation des filles dans le pays. Pour les garçons aussi beaucoup reste à faire avec 56,3% qui n'ont pas atteint le niveau supérieur.

O. SY confirme que deux femmes sur trois n'ont reçu aucune instruction.

Nos résultats sont proches de ceux de **l'EDSMIII** avec respectivement 33% et 44% de niveau de scolarisation pour les femmes et les hommes.

6.1.9. Profession des parents:

La majorité des mères était des femmes au foyer avec 85,4% et 26,2% des pères étaient des ouvriers. **M. L. Nadège** en avait trouvée respectivement 79,5% et 33,50% en 2004 dans le même service.

O. SY avait trouvé que la majorité des pères était des ouvriers et celle des mères des femmes au foyer.

6.1.10. Les motifs de consultations:

Tous les malades avaient un motif de consultation à l'admission. Parmi lesquels les plus fréquemment rencontrés étaient:

6.1.10.1. La fièvre:

Elle occupe la première place des motifs de consultations avec 13,3% entre 0-29 jours, 45,0% entre 1-12 mois, 38,5% entre 3 mois et 5 ans, 53,7% entre 6-9 ans et 45,2% entre 10-14 ans. Très souvent elle est associée à d'autres

symptômes entre autres: le bombement de la fontanelle, la déshydratation, la détresse respiratoire, les convulsions.

La fièvre constitue le maître symptôme révélateur de plusieurs pathologies pour la majorité des mamans, les poussant à aller consulter un agent de santé. Nos résultats diffèrent de ceux trouvés par **L. M. Nadège, TALL et LELE** avec respectivement 25,60%, 17,98% et 13,8% dans le même service.

6.1.10.2. La toux et ou les difficultés respiratoires:

Elles constituent la deuxième cause de consultation en pédiatrie. Elles sont présentes à tous les âges, avec une forte fréquence entre 1 et 12 mois (38,7%). **M. L. Nadège** et **LELE** avaient trouvés respectivement 11,90% et 11,1% et avaient classées les difficultés respiratoires comme troisième motif de consultation.

BOUAN.NIOBLEG et aL. avaient trouvés 34,50% de cas de détresse respiratoire à Abidjan. [48]

6.1.10.3. La prématurité:

Elle occupe la troisième place des motifs de consultation de la pédiatrie avec 35,0% dans notre étude, proche de ceux trouvés par **M. S. COULIBALY** en 2001 avec 34,50% dans le même service mais comme premier motif de consultation. [49]

Notre classement diffère de celle de **LELE** et de **M. L. Nadège**, ceux-ci avaient tous classés la prématurité comme le premier motif de consultation dans l'unité de la réanimation pédiatrique.

6.2. LES PATHOLOGIES LES PLUS FREQUEMMENT RENCONTREES:

Durant notre étude, nous avons eu à traiter beaucoup de pathologies parmi lesquelles dix étaient les plus fréquemment rencontrées.

6.2.1. L'infection néonatale:

Au cours de cette étude, l'infection néonatale était classée comme la première cause de décès avec 27% et une létalité de 39,53% différent de celle de **M. L. Nadège** qui l'avait classé comme 2^{ème} cause de décès avec 24% et un taux de létalité de 33,5%. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que son étude ne concernait que l'unité de la réanimation

pédiatrie. Nos résultats diffèrent de ceux trouvés par **Dr H. Coulibaly** qui, classait l'infection néonatale comme 2^{ème} cause de décès dans le service de pédiatrie durant la même année. Elle est à l'origine de morbidité et de mortalités infantiles élevées, surtout en milieu tropical et dans certaines régions du globe:

Au Nigeria, sur 1000 nouveau-nés hospitalisés, 323 le sont pour syndrome infectieux. **[50]**

En 2003, elle était la 3^{ème} cause de décès dans le service avec 9,20%. L'infection néonatale semble être le plus souvent élevée chez les prématurités et les nouveau-nés hypotrophes selon **SAIZOU & AL. [51]**

Avec une incidence de 1-5 pour 1000 naissances vivantes.

Dans notre étude, elle constituait le premier diagnostic à l'entrée des nouveau-nés avec une fréquence de 308 cas. Le diagnostic était surtout clinique, les examens complémentaires demandés n'avaient pas été réalisés faute de moyens financiers et / ou du plateau technique.

En 2004, elle était la 2^{ème} cause de décès néo-natale dans le service de pédiatrie.

Selon l'**OMS** chaque année 5 millions de nouveau-né décèdent d'infection néonatale. En 2005, les infections graves étaient la 2^{ème} principale cause de décès des nouveau-nés dans le monde après la prématurité.

Au décours de toutes ces observations, l'accent doit être mis sur la prise en charge du travail d'accouchement et de grossesse ainsi que sur l'assainissement du milieu. Dans les pays développés comme la France, les Etats-Unis où les grossesses sont mieux suivies et l'environnement plus sain sont aussi confrontés à l'infection néonatale. **[50]**

6.2.2. La prématurité:

Elle occupait la deuxième position des pathologies avec 24,5% de décès dans notre étude et constituait 35,0% des motifs de consultation en néonatalogie et une létalité de 68,12%. Par contre en 2002 et 2003, elle était la première cause de décès dans le service avec respectivement 22,31% et 14,13% et une létalité estimée à 45,70% et 41,95%. **[52]**

Par contre **M. L. Nadège** l'avait classée comme 1^{ère} cause de décès en 2003 avec 55,50% de létalité. Très souvent associée à l'infection néonatale, la souffrance fœtale, la détresse respiratoire, l'hypothermie, les malformations, la prématurité constitue 35,0% des motifs de consultation de la pédiatrie.

et les pathologies du 2^{ème} et 3^{ème} trimestre de la grossesse (paludisme avec 13,5% de létalité).

B. Balaka (1) et al., ont trouvé au CHU de Lomé sur 1672 naissances vivant 186 cas de prématurité (soit une incidence de 11,1%) avec un poids de naissance moyen de 1390g (extrêmes : 780g et 2820g). Selon eux, le taux de prématurité était fonction des principales caractéristiques maternelles et dans la plupart des cas à des facteurs sociaux et comportementaux.

Au décours d'une comparaison des pathologies maternelles associées à la prématurité à celles d'un pays en développement et les facteurs de risque de prématurité identifiés à ceux d'un pays développé, ils ont obtenu les résultats suivants: le taux de létalité était de 30,1% (56/186), avec 29% les 7 premiers jours de vie et 1,1% du huitième au 28^e jour de vie. Il était de 60,9 % chez les moins de 31SA, de 93,7% chez les moins de 1000g et de 66,7% chez les prématurés nés hors du CHU de Lomé. [53]

Selon **Bourillon A. & al.** par contre dans les pays développés, des progrès considérables continuent de se réaliser pour l'amélioration du survie de l'enfant prématuré. [54]

C'est dans ce cadre, qu'ils sont parvenus à avancer cette chance de survie en dessous de 20 SA. Ainsi la prématurité est considérée dans ces pays comme une pathologie sociale, caractérisée par une forte fréquence chez les femmes moins instruites, les célibataires et les pauvres.

6.2.3. Le paludisme:

Dans notre étude, le paludisme représentait la 3^{ème} cause de décès avec 16,7% et une létalité de 11,30%. Nos résultats sont similaires à ceux trouvés par **Dr H. Coulibaly**, qui aussi classait le paludisme comme 3^{ème} cause de décès en Réanimation avec 137 cas en 2004.

Etude rétrospective de la mortalité chez les enfants de 0 à 14 ans dans le service de pédiatrie du CHU GABRIEL TOURE sur cinq ans allant de 2000 à 2004.

En 2000, il était la 4^{ème} cause de décès avec 11, 1% et une létalité de 9% selon **M.B. Cissé et al. [55]**

Une étude réalisée au Congo en 2002 par **Dr Nsibu NDOSIMAO et al.** avait montré qu'un enfant congolais de moins de 5 ans souffrait en moyenne de 10 épisodes de fièvre palustre par an. Selon eux 25 à 30% des décès sont dus au paludisme en milieu pédiatrique avec une occupation de 3 lits d'hôpitaux sur 10 par les malades du paludisme. **[56]**

Par contre de 2002 à 2003, il était classé comme étant la 2^{ème} cause de décès avec respectivement 14,32% et 12,39% et des taux de létalité de 7,5% et 7,85% dans le service.

En 2006, **A. H. SALL** avait trouvé 1690 cas de paludisme hospitalisés (25,9%) parmi lesquels 9,14% de paludisme grave et compliqué soit 596 cas avec 63,4% chez les moins de 5ans. Le pic d'admission était observé pendant le mois d'octobre (affection endémique) avec une létalité de 14,6%. **[57]**

6.2.4. La souffrance fœtale aiguë (SFA):

Au cours de notre étude, la SFA représentait la 4^{ème} cause de mortalité dans le service de pédiatrie avec 15,0% de décès et une létalité hospitalière de 43,51%.

Considérée comme conséquence d'une souffrance fœtale avec hypoxie cérébrale, la souffrance cérébrale est un problème majeur dans la période néonatale, du fait de sa gravité, de sa fréquence et de ces multiples conséquences sur le développement harmonieux de l'enfant. C'est un problème pouvant être résolu par, un bon suivi de la grossesse et du travail d'accouchement.

H .G.F. Hodonou en 2004 à Kolokani, avait trouvé un taux de mortalité néonatale de 29,5% due à l'asphyxie, avec comme principaux facteurs de risque: l'âge maternel inférieur à 20ans, la primiparité, le célibat, les pathologies gravidiques comme l'éclampsie, OMI, infections génitales, les petits poids de naissance et la prématurité. **[58]**

En 2000, la souffrance fœtale était la 3^{ème} cause de décès dans le service avec 11,3% et une létalité de 27%.

De 2002 à 2003, elle était la 4^{ème} cause de décès avec respectivement 10,44% et 6 % et une létalité très proche entre ces deux années estimée à 25,95 % et 25,84 %.

Nos résultats sont similaires à ceux trouvés par **Dr H. Coulibaly**, qui aussi avait classé la SFA comme 4^{ème} cause de décès dans le service de pédiatrie en 2004 avec 124 cas et un taux de létalité à 31,63% la même année.

Selon l'**OMS** en 2005, l'asphyxie était l'une des principales causes de décès des nouveau-nés dans le monde.

6.2.5. Les Broncho-pneumopathies:

Dans notre étude, elles constituaient la 5^{ème} cause de décès avec 10,90% et une létalité de 13,18%. La broncho-pneumopathie était la principale affection respiratoire aiguë chez les enfants.

En 2000, elles étaient la principale cause de décès avec 6,9%.

Entre 2002 et 2003, elles étaient la 8^{ème} cause de décès dans le service avec respectivement 2,45% et 2,32%.

Selon **O. SY.** en 2003, elles représentaient la 2^{ème} cause d'hospitalisation chez les enfants de moins de 5 ans. Elles étaient la 4^{ème} cause de mortalité avec 12,7% de décès et une létalité de 3,4%.

Selon le **Prof Pierre Aubry**, le nombre de décès du aux IRA chez les enfants de moins de 5 ans dans le monde est estimé actuellement à 1900 000/an. Ce sont les infections les plus fréquentes de l'enfant. Elles sont la cause de 30 à 40% d'hospitalisations d'enfants, les pneumonies et broncho-pneumonies représentant 70 à 80% des admissions pour IRA. **[59]**

Selon **E. NIKOYAGIZE & al.** dans une étude faite au CHU de Kamenge à Bujumbura au Burundi avaient trouvé une fréquence de 13% des broncho-pneumopathies aiguës chez 235 enfants hospitalisés. De ce fait elles constituaient un problème majeur de santé publique occupant la 3^{ème} place après le paludisme et les gastro-entérites.

En outre, plus de 90 % des décès suite à une pneumonie à pneumococcique chez l'enfant ont lieu dans les pays en voie de développement. [60]

6.2.6. La diarrhée:

Dans notre étude, elle était la 6^{ème} cause de décès avec 104 cas soit 9,1% et une létalité de 19,80%. En 2000, la diarrhée était la 5^{ème} cause de décès avec 76 cas soit 7,6% et une létalité de 18%. En 2002, elle était la 7^{ème} cause de décès avec 36 cas soit 3,68%.

LA diarrhée était la 6^{ème} cause de décès avec respectivement 41 cas soit 3,97% et de 104 cas soit 9,1% en 2003 et 2004.

Selon L'**OMS** en 2003, on estimait à 1,1 milliard de personnes n'ayant pas accès à une source améliorée.

Elle estime que les affections diarrhéiques sont les principales maladies provoquées par le manque d'accès à une eau salubre .Elles étaient la deuxième cause de mortalité chez l'enfant dans le monde après les infections respiratoires aiguës. Chaque année, elle estime que 1,3 million d'enfants meurent de diarrhées, soit près de 12% du total de décès d'enfants de moins de 5 ans dans les pays en développement comme le notre. [61]

Selon **Black RE et al.** les affections diarrhéiques sont globalement responsables d'un cinquième de la mortalité totale des enfants de moins de cinq ans, avec un nombre annuel de décès estimé à 2.2 millions.

Une proportion significative de ces décès peut être liée à des épisodes de diarrhée persistante (définie comme une diarrhée persistant plus de 15 jours avec altération de la croissance). Il a été démontré que le cadre des diarrhées persistantes rassemblait des enfants chez lesquels la diarrhée était nettement plus sévère. [62]

Selon l'**OMS** en 2005, 18% des décès infantiles étaient attribués aux diarrhées.

B. Konaté, en 2006 avait trouvé que les rotavirus dans 40% étaient la cause de syndrome diarrhéique chez les enfants de 0 à 11mois avec une

prédominance féminine. Dans plus de la moitié des cas il n'y avait pas d'incidence sur l'état d'hydratation des enfants.

Chez les enfants de 12 à 24 mois, les rotavirus étaient la cause de syndrome diarrhéique dans 33% et de 32% chez les plus de 24 mois. [63]

Par ailleurs, selon **Cunliffe NA, Nakagomi O.** environ 500 000 enfants meurent chaque année de maladies diarrhéiques causées par un rotavirus et 2 millions sont hospitalisés. La diarrhée causée par un rotavirus étant une infection au niveau mondial; presque tous les enfants du monde connaîtront un épisode de diarrhée provoqué par un rotavirus avant l'âge de 5 ans.

Le rotavirus est la principale cause de diarrhée de l'enfant: l'**OMS** estime la mortalité due au rotavirus à 700 000 morts par an, presque uniquement dans les pays en développement et chez les enfants de moins de 5 ans. [64]

6.2.7. La malnutrition protéino-énergétique (MPE):

Cette étude, nous a permis de classer la malnutrition comme l'une des causes de décès dans le service avec 99 cas soit 8,7% et une létalité de 49,74%.

En 2000 et 2003, elle était encore l'une des causes de décès avec respectivement 34 cas chacune soit 3,4% et 3,29% et une létalité de 21 et 13,88%. Cette différence de létalité peut s'expliquer par le nombre de cas de malnutrition pour chaque an.

En 2002, la malnutrition avait fait 41 cas de décès soit 4,19% et une létalité de 17,59%.

CHIYE Fernand & al. Affirment en 1999, que la malnutrition était une affection couramment rencontrée avec 32,2%. Dans leur étude, 30% des mères ne connaissaient pas le régime correct de leur enfant. Parmi celles qui le connaissaient, beaucoup ne le pratiquaient pas soit par négligence ou soit par défaut de moyens financiers. [65]

Selon **M. BAMBARA S. Dominique et al.** , plus de 1/3 des enfants souffrent de malnutrition à Ouagadougou. Elle était la 3ème cause de mortalité infanto-juvénile. [66]

En 2003, **D. SANOGO**, avait trouvé une prédominance masculine de la malnutrition chez les enfants de 0 à 24 mois avec un taux de décès de 17,8% soit 44 cas. Parmi les principales pathologies les plus associées à la malnutrition figuraient la diarrhée, le VIH, les IRA et le paludisme. [67]

O. SY lui avait attribué 16,7% de létalité.

Selon l'**OMS** la malnutrition est responsable, directement ou indirectement, de plus de la moitié des 10,6 millions de décès qui touchent chaque année les moins de cinq ans. [68]

Selon le rapport de 2005 du secrétariat de l'OMS (GENEVE: SUISSE)

- Les nourrissons et les enfants sont les premiers touchés (mauvais sevrage). Parmi ce groupe on estime à 13 millions par an le nombre des décès dans les pays en développement. Selon lui, la malnutrition contribue dans 53% des cas à la mortalité des enfants de moins de 5 ans. [69]

6.2.8. La méningite:

Dans notre étude, elle était la 8^{ème} cause de décès avec 64 cas soit 5,5% et une létalité de 13,31%. Nos résultats sont presque similaires à ceux trouvés en 2003 par **Dr B. Cissé**, qui classent la méningite comme 5^{ème} cause de décès dans le service avec 64 cas soit 6% et une létalité de 15,23%.

En 2000 et 2002, elle était la 5^{ème} cause de décès avec respectivement 56 et 40 cas de décès soit 5,6% 4,09% et une létalité de 17% et 12,42%.

En 2005, **D. GOITA**, dans son étude, avait trouvé que la tranche d'âge la plus touchée était les enfants de 0 à 11 mois à prédominance masculine. Le germe le plus couramment rencontré était le streptococcus Pneumoniaie (24,6%) suivit de l'Haemophilus Influenzae b (19,4%).

Chez les enfants de 1 à 4 ans et de 5 à 14 ans, il y a eu respectivement 47,7% 20,9% de cas de méningite.

La méningite était retrouvée durant toute l'année avec un pic dans les 4 premiers mois et la fin de l'année (Décembre).

A Sikasso, entre Avril et Mars il y a eu 44% de cas de w135 chez 40% des enfants de 5 à 14 ans avec une prédominance masculine dans 64%. [70]

Selon une conférence de l'**OMS** de février 2006, la méningite pneumococcique, tue ou invalide plus de 40 % des enfants infectés. Selon elle, la pneumonie et la méningite pneumococcique sont responsables de 800 000 à 1 million de décès infantiles chaque année et plus de 90 % des décès de pneumonie pneumococcique chez les enfants surviennent dans les pays en voie de développement. [71]

6.2.9. Les malformations congénitales:

En 2000, les malformations ne figuraient pas sur la liste des causes les plus fréquentes de décès d'enfants dans le service.

En 2002, elles avaient occasionné 7 cas de décès avec une létalité de 13,72%. En 2003, on en avait enregistré 27 cas de décès avec une létalité de 31,03%. En 2004, **Dr. H. Coulibaly** dans son bilan avait trouvée 31 cas de décès dues aux malformations avec une létalité de 28,18% dans l'unité de la Réanimation. Ces résultats diffèrent de ceux de notre étude, dans laquelle les malformations constituaient 36 cas de décès soit 3% avec une létalité de 32,72%. Ces résultats diffèrent de ceux trouvés par **M. L. Nadège** qui en 2003 avait trouvé une létalité de 42,70% sur 89 cas de malformations. **O. BAH** dans son étude en 1999 sur neuf mois, avait trouvé une fréquence de 4,94% de malformations. [72]

Les malformations congénitales, qu'elles soient isolées ou associées sont fréquentes; leur taux étant estimés à 2% des naissances selon une étude faite par **F. RODESH et al.** [73] 2,49% selon **P. BUGNON et al.** [74] voire même 10,56% en Australie

En France, selon **SENEGAL J. et al.** Les malformations congénitales étaient responsables de 34% de décès. [75]

6.2.10. Le VIH/SIDA:

De 2002 à 2003, elle était l'une des causes de décès dans le service de pédiatrie avec respectivement 24 et 21 cas. En 2004 sur 128 cas de VIH il y a eu 23 cas de décès soit une létalité de 17,96% selon **Dr H. Coulibaly**.

Ces résultats diffèrent de ceux de notre étude avec 16 cas de décès soit 1.4% et une létalité de 12,5% en 2004.

En 1999, à Ouagadougou la répartition de la prévalence du SIDA selon l'âge était la suivante : de 0 à 15 mois (1,7%), de 16 à 4 ans (3,4%) et de 5 à 14 ans (1,6%). L'infection à VIH et la primiparité constituaient des facteurs de risque de petits poids de naissance dans 23,7% contre 15,6% et de petites tailles dans 17,8% contre 10,3%. [76]

En 2004, dans le monde ont été dénombré chez les enfants de moins de 15 ans 2,2 millions de cas de VIH ; 640000 nouveaux cas, 510000 décès et 15 millions d'enfants orphelins à cause du VIH. [77]

En 2005; malgré un accès plus ou moins amélioré aux ARV, le nombre de personnes vivants avec le VIH était de 40,3 millions dont 2,3 millions de cas chez les enfants de moins de 15 ans dans le monde. L'Afrique reste la région la plus touchée avec 3,2 millions de nouveaux cas d'infection, 2,4 millions de décès. L'épidémie continue de s'intensifier surtout en Afrique Australe(Bostwana) avec un taux de prévalence > 35%, en Afrique centrale et Orientale avec 4 à 13% et en Afrique de l'Ouest avec 1 à 5%. [78]

De plus 5 à 20 % des enfants nés de mères infectées par le VIH sont contaminés du fait de l'allaitement en l'absence d'interventions spéciales permettant de réduire le risque de transmission. Bien que 100 pays aient lancé actions pour prévenir cette transmission mère-enfant du VIH. Seulement 10% des femmes enceintes bénéficient actuellement de services de PTME dans le monde, et moins de 6% en Afrique Subsaharienne. [79]

6.2.11. L'Etat vaccinal:

Cet état n'était pas précisé dans 17,3 % des cas. Dans près de la moitié des cas les patients n'avaient jamais reçu de vaccin 48,9 % contre 35 % **EDSIII**. Cette proportion pourrait s'expliquer par le fait que les nouveau-nés étaient les plus représentés dans notre étude et non par la faiblesse de la couverture vaccinale. La notion de la présentation de la carte de vaccination n'avait pas été mentionnée. Alors que **TOUNKARA N.** avait trouvé 62,8% [80] et **O. SY** n'avait trouvé que 57,5%.

Une étude transversale descriptive, réalisée au Bénin en 2002 portant sur 140 enfants de 12 à 23 mois avait trouvé la couverture vaccinale médiocre dans la commune de Dogbo. **[81-82]**

La vaccination a certainement représenté le plus beau succès de la santé publique du XX^{ème} siècle, non seulement dans les pays développés, mais également dans les pays en développement depuis la mise en place du programme élargi de vaccinations (**PEV**).

La baisse des **CV** est aujourd'hui enrayée et devrait s'améliorer à condition, d'une part, de relever le défi que constitue l'adaptation des capacités de production en vaccins aux besoins, et , d'autre part que l'aide financière se poursuive, non seulement pour les vaccins du PEV mais également pour favoriser l'introduction de nouveaux vaccins dans les programmes, comme ceux contre les rotavirus, l'Hib, les méningites et les pneumocoques dont il est moralement inacceptable que les enfants des pays en développement ne puissent en bénéficier.

[Hib]Dans les pays en développement, où se produisent la grande majorité des décès dus à Hib, la pneumonie est responsable d'un plus grand nombre de décès que la méningite. **[83]**

Selon **J. M. Giboux** en 1988, lorsque l'Assemblée mondiale de la Santé a décidé d'entreprendre l'éradication de la poliomyélite, il se produisait environ 350 000 cas dans le monde ; en janvier 2005, ce chiffre était tombé à 1185 cas notifiés. **[84]**

7. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION:

Il ressort de cette étude que la mortalité chez les enfants de 0 à 14 ans reste toujours élevée avec 17,60% en 2000 ; 17,16% en 2001 ; 14,17% en 2002; 16,19 en 2003 et 17,51% 2004. Elle constitue toutefois un réel problème de santé publique dans le pays.

Malgré de nombreux efforts accomplis dans le domaine de la santé à savoir: la gratuité de la césarienne et du traitement du paludisme chez les femmes enceintes et les enfants de 0 à 5 ans ainsi que la fourniture des soins obstétricaux et néo-natals d'urgence dans les CSREF, beaucoup reste à faire notamment, la sensibilisation de la population sur la fréquentation des Centres de Santé Communautaires et les Centres de Santé de Références qui à leur tours doivent référer les malades vers d'autres structures.

Parmi les principales causes de décès, l'infection néonatale occupait la première place avec 26,97% ensuite venait le paludisme avec 16,73%.

Bien de vies pourraient être sauvées; si on mettait l'accent sur l'hygiène et l'amélioration des conditions de vie des populations (par la lutte contre la pauvreté). Ainsi que par l'amélioration de nos indicateurs de performance dans le service, en luttant contre la pronuscuté dans le service et par la mise à disposition du matériel adéquat dans le service. Beaucoup reste à faire notamment dans le cadre de la vaccination, la prévention de la transmission mère-enfant du VIH, le paludisme, la malnutrition, la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement ainsi que la planification familiale.

Recommandations:

Il s'agit de combiner les efforts pour faire reculer cette mortalité.

A la population:

Assainissement du milieu et utilisation de moustiquaires imprégnées.

Fréquenter les Centres de Santé.

Allaiter les enfants au sein sauf en cas de contre-indication.

Consulter les personnels soignants dès le début des symptômes chez l'enfant munis de son carnet de Santé.

Bien nourrir les enfants.

Aux personnels soignants:

Bien accueillir les patients en leur indiquant le service approprié.

Prise en charge correcte des pathologies de l'enfant.

Bien élaboré et tenir les dossiers et registres d'hospitalisation.

Mise à condition et l'informatisation de ces dossiers.

Mise en place d'une pharmacie ou de Kit d'urgences au sein du service de pédiatrie.

Mise en place d'un service de nutrition au sein de la pédiatrie pour la prise en charge des cas de malnutrition et de conseils aux parents.

Au Ministère de la Santé:

La construction d'un hôpital pédiatrique équipé en matériels et personnels sur la rive droite.

Equiper le service de néonatalogie du CHU Gabriel Touré.

La Sensibilisation accrue de la population pour sa participation soutenue a la politique sanitaire des soins de santé primaire.

Recyclage et formation continue du personnel Sanitaire surtout en informatique et en Statistique.

Doter les centres en personnels qualifiés et en matériels adéquats.

Mise à disposition des Ordinateurs dans le service.

Réorienter les politiques afin de renforcer les systèmes de Santé. Ainsi que la gratuité des soins primaires.

Promouvoir la planification familiale.

Mise à disposition des bourses d'études pour les étudiants en fin de formation.

Aux Organismes Internationaux de

Développement

Donner la priorité aux systèmes de Santé dans le cadre d'une stratégie de réduction de la pauvreté dans les pays en développement.

Faire en sorte que les services locaux de Santé soient en même de fidéliser leur personnel qualifié.

Intensifier la promotion des pratiques essentielles pour la Santé des enfants.

Garantir l'accès universel aux services de Santé sexuelle et de la procréation à travers l'éducation, la communication et l'information.

Promouvoir la paix dans le monde.

8. REFERENCES:

1 - S. Diallo; Y. Boye CAMARA; D. Mamdy; K. KONE; A. CAMARA et S. BAH.

Mortalité infanto-juvénile à l'institut de nutrition et de santé de l'enfant (INSE)

Médecine d'Afrique Noire 2000,47(12) 516P.

2 - Michel Garenne et Enéas Gakusi

Reconstitution des tendances de la mortalité infanto-juvénile en Afrique sub-saharienne. 2003 p2.

3 - Population Mondiale 2000:

Population Référence Bureau.1875 Connecticut

Ave .NW, suite WASHINGTON

DC, 2009-5728 Etats-Unis.

4 - Source UNICEF, 2001

Mortalité infanto-juvénile.

[www.Undp. Org /French /mdgmortlite-f. pdf](http://www.Undp.Org /French /mdgmortlite-f. pdf). Consulté le 11-09-2005.

5 - HEALTHY NEWBORN PARTNERSHIP (HNP)

Un trop grand nombre de décès de nouveau-nés.

www.heahthy newborns.org. 12/06/2006

6 - Rapport de l'UNICEF sur la mortalité infantile.

New York, Octobre 2004.Consulté le 18/07/2006

7- Rapport de l'UNICEF sur la mortalité infantile

Les droits de l'enfant, OCTOBRE 2004. [Http://www.aidh.org/DE/mort-inf-oct-04.htm](http://www.aidh.org/DE/mort-inf-oct-04.htm). Consulté le 11-09-2005.

8 – OMS

«Rapport sur la Santé dans le monde ».

Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant.

OMS <Site OMS>.

Rapport sur la Santé dans le monde en 2005. Consulté le 17-04-2007.

9 - Enquête Démographique de la Santé III, IV/Ministère de la Santé Mali

Mortalité infantile et néonatale, Juin 2001, 430 p, Avril 2007, 28p.

2001, 2007.

10 - SM. Coulibaly

Mortalité et morbidité infantile dans le service de pédiatrie de l'Hôpital Gabriel Touré en 1999-2000.

Thèse méd. Bamako 2001, n° 123

11 - P. Rambaud.

[Http: //www-sante.ujf-grenoble.fr /SANTE/TDM Corpus/Q226.html](http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/TDM/Corpus/Q226.html).

Consulté le 11-30-2005.

12 - FENDER P. et aL.

Mortalité périnatale dans la CEE et la Suède:

Facteurs démographiques socio-économiques et politiques.

Etude rétrospective de la mortalité chez les enfants de 0 à 14 ans dans le service de pédiatrie du CHU GABRIEL TOURE sur cinq ans allant de 2000 à 2004.

Journal gynéco-obst.biol.repro.1981, 10:329-335.

13 - Mortalité infantile

www-sante.ujf-grenoble.fr/santé/néonatal/images

14 - RELIER J P

Prématuré.

Paris, Encyclopédie universalis, eds, 1998 p15, pp75-79.

15 - BLOCH Henriette, LEQUIEN Pierre, PROVASI, Joëlle

L'enfant prématuré.

Paris: Armand COLIN, 2003, 199p.

16 - GRENET P. & al.

La prématurité; les ictères néonataux.

Précis en Médecine infantile, Masson et Cie 3^e édition: 74-109-114

17 - H.BONNET, M.DAVID, D.FLORET.

PEDIATRIE

L.SANN, Prématurité, Pages 107,161

18 - DELVAL-MOTRO

La méthode kangourou: un grand nombre bond dans la prise en charge des prématurés.

Revue de l'infirmière, 1998, n° 35, p 26.

19 - E. PAPERICK-BERKHAUER (J. LAUGIER F. GOLD)

Etude rétrospective de la mortalité chez les enfants de 0 à 14 ans dans le service de pédiatrie du CHU GABRIEL TOURE sur cinq ans allant de 2000 à 2004.

Sémiologies et pathologies Néonatales. 2è Edition, Juin 1980, pages 68, 69, 71, 171.

20 - TRELUYER JM, BOMPARD Y, GANTZER A, CHASTEL A & AUFRANT C.

Septicémies néonatales: diagnostic biologique et antibiothérapie.

Arch Fr Pédiatr, 1991, 48, 317-321

21 - HICKEY SM & Mac CRAKEN Jr G - Postnatal bacterial infections.

In: FANAROFF AA & MARTIN RJ (Eds), Neonatal-Perinatal

Medecine. Diseases of the foetus and infant 6th ed. St Louis

1997, pp 717-758.

22 - EICHENWALD EC -

Perinatally transmitted neonatal bacterial infections. *Inf Dis Clinics of North America*, 1997, 1, 223-239.

23 - BOURILLON A., M. DEHAN, A. CASOPRANA &. Al.

Pédiatrie pour le praticien.

Masson, 3è Edition 2003, Paris, 618p

24 - TRELUYER JM, BOMPARD Y

Septicémie néonatale, diagnostic, biologie, antibiotiques 1991.

25- R. MERGER, J. LEVY, J. MELCHIOR

Précis D'OBSTETRIQUE

Masson, 6è édition, Paris, Milan, Barcelone, 597p

26 - Y. BOMPARD, C. AUFRANT. &. Al.

La souffrance cérébrale ischémique du nouveau-né.

Encyclopédie.

27 – Ecole Secondaire de la Santé

Projet: Maternité sans risque; formation continue des sages femmes

128P.

28 - LAPLANE R.

Abrégé de pédiatrie.

Nouveau-né pathologique 1985, 91-92 pédiatrie en maternité,

Réanimation en salle de naissance, 1997, 1

29 – Eric Pichard, Jean Beytout, Jean Delmont, Bruno Marchou & Al.

Malin trop: Manuel de maladies infectieuses pour l'Afrique.

Edition John Libbey Eurotext.

127, avenue de la République, 92120 Montrouge, France, 2002, Paris.589P

30 - Anonyme: conférence ministérielle sur le paludisme.

Grande ligne du plan d'action de l'OMS pour la lutte contre le paludisme

1993-2000.

Amsterdam 27 oct.1992.

31 - B E H 2001 n° 28/2001

32 - Imbert P., Banerje A.

Paludisme de l'enfant.

Encyclopédie médico-chirurgicale. Maladies infectieuses, 8.507-A-30

33 - Prof. A. SAWADOGO, Dr Fla Koueta, Dr Lassine DAO & al.

Service de pédiatrie Médicale.

Guide diagnostique et thérapeutique.69P

34 - Anonyme: conférence ministérielle sur le paludisme

Grande ligne du plan d'action de l'OMS pour la lutte contre le paludisme

1993-2000.

Amsterdam 27 oct.1992

35 - J. SCHMITZ, J. NAVARROS, A. Bourrillon

Pédiatrie UREF:

Edition BERTI

Alger 1994

36 - MSSP [9]

Cellule de planification et de statistique.

Enquête démographique et de santé Mali EDSIII (1996-2001)

37 - MSSPA

Division Santé familiale et Communautaire.

Les interventions nutritionnelles clés, Module 2, Bamako Avril 2000.

38 - V. Fattorusso/O. Ritter

VADEMECUM Clinique.

Du Diagnostic au traitement.

Masson, 16^e Edition.1915P

39 - Dominique TABUTIN, Catherine GOURBIN et Gervais BENINGUISSE; Institut de Démographie université Catholique Louvain: Louvain-la-Neuve (Belgique).

Surmortalité et santé des petites filles en Afrique .tendance des années 1970 aux années 1990.

Colloque internat genre population et développement en Afrique, Uepa/ Uaps, IneD, EnseA, Iford, Abidjan, 16-21 juillet 2001.Session VII santé et système de genre.

Institut de Démographie université catholique Louvain : Louvain-la-Neuve(Belgique). Consulté le 30-11-2005.

40 - Professeur Dominique PLANTEZ.

Mortalité et Morbidité Infantiles (33a).

Septembre 2004.

[Http://www.ined.fr/fiches/PDF/fiches3.pdf](http://www.ined.fr/fiches/PDF/fiches3.pdf).Consulté le 11-09-2005.

http://www.bmlweb.org/pediatrie_decret_perinatalite.html. Du 11-09-2005.

41 - M. L. Nadège.

Morbidité et mortalité néonatales dans le service de réanimation pédiatrique de L'HOPITAL GABRIEL TOURE.

Thèse méd., 2004, Bamako, 79, 80p.

42 - JOY E LAWN, SIMON Cousens, Jelka Zupan.

OMS

The Lancet, mars 2005.

La survie du nouveau-né 1page 9.

www.thelancet.com

43 - OMS

Les principales causes de la mortalité infantile dans le monde 25 mars 2005 à 20 :58.

44 - TALL. A.

Etude de la mortalité et de la morbidité infantiles dans l'unité de réanimation pédiatrique de l'hôpital Gabriel Touré: à propos de 374 cas.

Thèse méd., Bamako, 1999.

45 - LELE TAGNE N.M.

Evaluation de la qualité de l'approche diagnostique en réanimation pédiatrique de l'hôpital Gabriel Touré par l'analyse des dossiers médicaux.

Thèse méd., 2002, Bamako, 67p.

46 - O. SY.

Morbidité et mortalité dans le service de pédiatrie B du CHU-GABRIEL TOURE.

Thèse méd., 2003, Bamako, 13p.

47 - EDSIII [172: MORTALITE DES ENFANTS] en 2001

48 - BOUAN.NIOBLEG et aL.

Les détresses respiratoires de l'enfant en réanimation.

Département d'anesthésie réanimation Faculté de Médecine (Abidjan, République de Côte-d'Ivoire).

49 - M.S. COULIBALY

Morbidité et mortalité dans le service de pédiatrie de l'hôpital Gabriel Touré en 1999-2000

Thèse Méd., 2001, Bamako.

50- ONILE BA, ODUBGENU & NWAFORC-Antibiotic susceptibility of bacterial agents in Ilorin, Nigeria. *Nig Med j*, 1985, 9, 93.

51 - SAIZOU, FARNOUX C, RAJGURU M, BINGEN E & AUJARD Y- Infections bactériennes sévères du nouveau-né. *Arch pédiatr*, 2001,8 ,721

52 - Dr CISSE Mahamadou Balla.

Pédiatrie CHU-GT

Bilan d'activité 2002-2003

53 - B. Balaka (1), S. Baeta (2), A. D. Agbèrè (1), K. Boko (1), K. Kessie (1) & K. Assimadi (1)

Facteurs de risque associés à la prématurité au CHU de Lomé, Togo.

(1) Service de pédiatrie, Centre hospitalier universitaire de Lomé, BP 30284 Lomé, Togo. Tél.:(228) 222 13 78. Fax :(228) 221 36 75.E-mail :bahourab@yahoo.fr

(2) Service de gynéco-obstétrique, Centre hospitalier universitaire de Lomé, BP 30284, Lomé, Togo.

Manuscrit n°2388."Santé publique". Reçu le 31 décembre 2001. Accepté le 19 juin 2002.

54 - Bourillon A. & al.

Pathologies néonatales les plus fréquentes.

Etude rétrospective de la mortalité chez les enfants de 0 à 14 ans dans le service de pédiatrie du CHU GABRIEL TOURE sur cinq ans allant de 2000 à 2004.

Pédiatrie, 2003: 28-31

55 - Cissé M. B. & al.

Morbidité et mortalité dans le service de pédiatrie de l'hôpital Gabriel Touré en 1999-2000.

Bilan d'activité.

56 - Dr Nsibu NDOSIMAO

Programme national de lutte contre le paludisme.

Kinshasa, Février 2002.

57 - A. H. SALL.

Incidence et modalités de prise en charge du paludisme grave et compliqué dans le service de pédiatrie du CHU-GABRIEL TOURE.

Thèse Méd., Bamako 2006.

58 - H. G. F. Hodonou

Etude de la mortalité néonatale due à l'asphyxie dans le district sanitaire de KOLOKANI.

(Etude rétrospective à propos de 8486 nouveau-nés)

Thèse Méd., 2005, Bamako, p63, 64, 65.

59 - Professeur Pierre Aubry

Infections respiratoires aiguës.

Actualités 2006, Mise à jour le 20/01/2007.

60 - E. NIKOYAGIZE, P. C. KARIYO, C. BARIBWIRA, E. NDIHOKUBWAYO

Les broncho-pneumopathies aiguës de l'enfant au CHU de Kamenge. Médecine d'Afrique noire Tome 49-n° 12-Décembre 2002 pages 523-528.

61 - OMS

Journée mondiale de santé 2003.

62 - Black RE, Morris SS, Bryce J:

Diarrhées persistantes dans les pays en développement.

Zulfiqar Bhutta.

Service de pédiatrie et de Santé de l'enfant, Université Agakhan, Karachi, Pakistan.

Where and why are 10 million children dying every year? *Lancet* 2003; 361: 2226–2234.

63 - B. KONATE

Surveillance épidémiologique des diarrhées à rotavirus chez les enfants de moins de 5 ans dans le service de pédiatrie du centre hospitalier universitaire (CHU) Gabriel Touré.

Bamako-Mali: Avril à Août 2006.

Thèse Méd., Bamako, 2007.

64 - Cunliffe NA, Nakagomi O.

A critical time for rotavirus vaccines: a review.

Expert Rev Vaccines 2005; 4: 521-32.

OMS

65 - CHIYEFernand, HOUENOU AGBO Yveline, DIARRA-NAMA-A-J.

La place de la prescription nutritionnelle dans la prise en charge des enfants malades âgés de 0 à 5 ans.

Thèse n° 2295 UFR Sciences Médicales 1999.

66 -M. BAMBARA S. Dominique, TAMINY Gnilé,
Forum mondial FAO/OMS
des responsables de la sécurité sanitaire des aliments
Marrakech (Maroc), 28 - 30 janvier 2002

67 – D. SANOGO.

Devenir des enfants malnutris dans le service de pédiatrie de l'hôpital Gabriel Touré.

Thèse Méd., Bamako, 2003

68 - ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant: rapport quadriennal

Rapport du Secrétariat CINQUANTE-NEUVIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE A59/13.

Point 11.8 de l'ordre du jour provisoire 4 mai 2006

69 - Organisation mondiale de la Santé, Communicable diseases working group on emergencies (CD-WGE)

Maladies transmissibles et situations de pénurie alimentaire sévère.

Malnutrition et maladies transmissibles.

Organisation mondiale de la Santé, 20 Avenue Appia, 1211 Genève (Suisse).

Courriel: cdemergencies@who.int.

25 août 2005.

70 - D. GOITA

Emergence du w135 (méningocoque) en Afrique cas du Mali du 1^{er} Janvier 2000 au 30-06- 2004.

Thèse Méd., Bamako 2005

71 - Conférence de l'OMS

Infections pneumococciques.

COLOMBO, Sri Lanka, February 15 /PRNewswire/ --

Wednesday 15 February 2006, 9:30 GMT, consulté le 11-04-2007

72 - OMS

Haemophilus influenzae de type b (Hib)

Aide-mémoire, n° 294, Décembre 2005, consulté le 01-06-2007.

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs294/print.html>

73 - O. BAH

Contribution à l'étude des malformations congénitales à propos de 60 cas à l'unité de réanimation pédiatrique de l'hôpital Gabriel Touré:

Thèse Méd., Bamako, 1999.

74 - F.RODESCH, E.VAMOS, F.HAYEZ, N. REGEMOITER

Malformations congénitales, situations à risque et siège d'appel en cours de grossesse.

J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod. 1986, 15(4)

75 - P. BUGNO, A. NIVELON-CHEVALIER, A.MAVEL, MILAN.Y. MICHELS, H. PORTIER.

Contribution à l'étude des malformations congénitales.

J. Gyn. Obst. Biol. Répr. 1986, 9, 405-412

76 - SENEGAL J. et al.

Etude de la mortalité en Ile et Vilaine.

Archives française de pédiatrie, (46), 2:46-48

77 - Anonyme

Rapport sur les données de Séro-surveillance de Site Sentinelle et la notification des cas de Sida et des MST au 31 Décembre 1998.

Prévalence par tranche d'âge.

Ministère de la Santé, DMP/SPCNL-SIDA-MST, Ouagadougou, mai 1999, 11.

78 - SOMBIE I., NACRO B., Tiendrébéogo S., Dao B., Cartoux M., Méda N., Ky Zerbo o., Dabis F. & al.

Infection maternelle par le VIH et paramètres anthropométriques à la naissance au Burkina Faso.

Cahiers Santé 1999; 9: 173- 7[81]

79 - ONUSIDA

Epidémie dans le monde décembre 2004.

80 - ONUSIDA

Epidémie dans le monde décembre 2005.

HIV and infant feeding counselling: a training course.

81 - N. Tounkara

Les occasions manquées en vaccinologie chez enfants de 0-2 ans dans le District de Bamako.

Thèse Méd., Bamako 1997.

82 - M. MAKOUTODE, C. SOSSA-JEROME, E. M. OUENDO, M. N. PARAISSO, V. D. TH. ZOHOUN

83 - Médecine d'Afrique noire

Evaluation de la qualité des prestations de service de vaccination au centre de santé maternelle et infantile de Dogbo au Bénin.

Tome 49-n° 12-Décembre 2002 pages 523-528.

84 - P. Saliou

Compte-rendus de Séances. Session « Vaccinologie »

Évolution de la vaccinologie au XXI^e siècle: difficultés et espoirs pour les pays en développement.

Centre culturel Français Georges-Méliès, Ouagadougou, Burkina-Faso.

2-3 Novembre 2006.

Bull Soc Path/Exot, 2007, 100, 1, 65-93.

85 - J.M. Giboux / OMS

Repenser les soins aux enfants: l'optique de la survie, de la croissance et du développement.

FICHE D'ENQUETE

Pédiatrie I II III IV R

Identification du Patient

Date...../...../200.....

1. No: |__|__|__| 2-age |__|__| 3-sexe |__| (1=Masculin, 2=Féminin)

4. Résidence |__| Commune (0, 1, 2, 3, 4, 5,6)

5. Ethnie |__|__| (1=Bambara, 2=Malinké, 3=Peulh ,4=Sarakolé, 5= Sonrhaï,

6=Dogon,7=Bozo 8=Sénoufo, 9=Bobo, 10=Autres) 5x. Autre à

préciser.....

6. Référence |__| (1=HN, 2=CSCOM,3=cliniques,4=Cref,5=cabinets, 6=HR, 7=autres)

6x Autre à préciser..... 7. Rang fratrie |__|

8. Motif de consultation:

8.1=Fièvre |__| 8.2=Convulsion |__| 8.3=Coma |__|

8.4=Vomissement |__| 8.5=Toux ou Difficultés respiratoires |__| 8.6

=Diarrhée |__| 8.7=Pâleur |__| 8.8=raideur cervicale |__|

8.9=Prématurité |__| 8.10=Bombement fontanelle |__| 8.11=AEG |__|

8.14=Autres |__|

9. Antécédents :

9.1=L'enfant a t-il reçu des soins avant d'arriver à l'hôpital |__| 1=oui 2=non

9.1x. Si oui préciser |__| 1=médicament traditionnel 2=traitement moderne

9.2=ATCD de pathologie antérieure |__| 1=Oui 2=Non

9.2x Si oui la ou lesquelles |__| (1=RCIU, 2=Malformation congénitale, 3=Cardiopathie congénitale, 4=infections ORL ou Broncho-pneumonie, 5=drépanocytose, 6=Hémopathie, 7=VIH, 8=Hépatite virale 9=RAA, 10=Infection urinaire, 10=Autres)

9.2xx Autre à préciser

9.4=Nombre Hospitalisations |__|

9.4x. Causes d'hospitalisation antérieures.....

9.5=Statut vaccinal |__| (1=correct et complet, 2=correct et incomplet, 3=incorrect, 4=non vacciné)

9.6=Notion de séjour dans une autre localité |__| 1=Oui 2=Non

9.7=Notion de contagé tuberculeux |__| 1=Oui 2=Non

10-Anamnèse

10.1=Date de début de la maladie.....jours. 10.2= Durée du retard de soins.....heures

11- Examen clinique

11.1=Poids | _ |Kg, 11.2=T | _ |°c, 11.3= FC | _ | ./mn, 11.4= FR | _ | /mn

11.5=PC | _ | .cm, 11.6= taille | _ | en cm, 11.7=PB= | _ | en cm,

11.8=Etat général | _ | (1=bon, 2=passable, 3=altéré)

11.9=Etat nutritionnel | _ | (1= bon, 2= passable, 3=mauvais) 11.9x

Kanawati.....

11.10=Peau et Phanères | _ | (1=normal, 2=Pâleur, 3=Ictère, 4=Cyanose, 5=Œdème, 6=DsH₂O, 7=Plaies 8=Dermatoses 9=autres) 11.10.x Autre à préciser

.....

11.11=App respiratoire | _____ | (1=normal, 2= geignement, 3=Toux, 4=BAN, 5=Entonnoir Xiphoïdien, 6=Matité, 7=Crépitants, 8=Sibilants, 9=Roncus, 10=Autres

11.10x Autre à préciser..... 11= Score de sylverman.....

11.12=App cardiovascu | _ | (1=normal, 2=Souffle cardiaque, 3=Déformation-thoracique, 4=Autres) 11.12.4. Autre à préciser

11.13=App digestif | _ | (1=normal, 2=splénomégalie, 3=hépatomégalie, 4=Météorisme, 5=Masse abdominale, 6=Ascite, 7=Douleur abdominale, 8=gargouillement de la FID 9=Autres) 9x. Autre à préciser

.....

11.14=Syst. Nerveux | _ | _ | (1=normal, 2=Agitation, 3=Délire, 4=obnubilation, 5=convulsion 6=fontanelle dépressive, 7=Raideur, 8=kerning, 9=Brudzinski, 10=Tonicité, 11=Motricité, 12=Réflexivité, 13=Sensibilités, 14=Coma (stade II,III,IV), 15=Autre)

11.15x. Autres.....

11.14=App génito-urinaire | _ | 1=normal, 2=anormal

11.15=App locomoteur | _ | (1=normal, 2=déformation visible, 3=autres)

11.16=Œil et vision | _ | (1=normal, 2=sub-ictère, 3=Conjonctivite, 4=Autres)

11.17=O.R.L | _ | (1=normal, 2=Rhinorrhée, 3=gorge inflammatoire, 4=otorrhée, 5=tragus sensible 6=Autres) 11.17x Autre à préciser

.....

11.18=Aires ganglionnaires | _ | 1=libres 2=adénopathies

12-Examens complémentaires

12.1=GE | _ | (1=positive, 2=négative)

12.2=HB.....g/dl

12.3=HT..... %

12.4=Glycémie.....mmol/l

12.5=Groupage/Rhésus.....

- 12.6=PL |__| 1=oui 2=non 12.6x Si oui Germes |__|
- 12.6xa Si pas de Germes nbre de Leucocyte..... 12.6xb Nbre d'Hématie.....
- 12.7=Radiographie du Thorax... |__|
- 12.8=NFS..... Leucocyte..... Neutrophile..... HB.....g/dl
- Réticulocyte..... Blastose..... IDR..... VGM..... CCMH.....
- TCMH.....
- 12.9==VS |__| 1=normal 2=accélérée 12.10 CRP |__| (1=normal, 2=augmentée)
- 12.10=Widal |__| (1=positif, 2=négatif)
- 12.11=ECBU |__| 1=fait 2=non fait
- 12.11 Si oui résultat |__| (1=Hématurie, 2=leucocyturie, 2=bactériurie, 3=urine trouble, 4=Protéinurie, 5=Autres) 12.11x Autre à préciser
-
- 12.12=HIV |__| 1=Positif 2=Négatif 12.13=AgHBs |__|
- 1=Positif 2=Négatif
- 12.14=Electrophorèse de l'HB |__| 1=Positif 2=Négatif 12.15=TE |__| 1=Positif 2=Négatif
- 12.16=Crachat BARR |__| 1=Positif 2=Négatif 12.17=tubage gastrique |__|
- 1=Positif 2=Négatif
- 12.18=Echo-abdominale |__| 1=Masse abdominale. 2=Ascite 3=Adénopathie profonde
- 4=Splénomégalie 5=hépatomégalie 6=Autres.....
- 12.19=Biopsie |__| 1=Positif 2=Négatif
- 12.20=IDR |__| 1=Positif 2=Négatif
- 13-Diagnostic de sortie
- 13.1=cause ORL |__| 1=oui 2=non
- 13.1x. =si oui laquelle |__| (1=Otite, 2=Adénoïdite, 3= Sinusite, 4= Amygdalite, 5=Autres)
- 13.1xx. Autre à préciser
- 13.2=Cause broncho-pulmonaire |__| 1=oui 2=non
- 13.2.3=Si oui laquelle |__| (1=Broncho-pneumonie, 2= PFLA, 3= Abscès pulmonaire, 4= Bronchite, 5=Pleurésie, 6= Tuberculose pulmonaire, 7=Autres) |__|
- 13.3=Causes septicémiques |__| 1=oui 2=non
- 13.3.1 Cause Virale |__| 1=Oui 2=Non

13.3x Si oui laquelle |__| (1=.infection HIV, 2=Hépatite Virale, 3=Rubéole, 4=Autres)

13.3xx Autre à préciser

13.5=Causes Diarrhéiques |__| 1=oui 2=non

13.5x Si oui laquelle |__| (1=Salmonellose S.Typhi, 2=Salmonellose S. paratyphi)

13.5xx Autres à préciser

13.6 Causes parasitaires |__| .1=oui 2=non

13.6x=SI oui laquelle |_ | (1=Paludisme, 2= Amibiase hépatique, 3=Kala-Azar, 4=Autres)

13.6xx Autre à préciser

13.7 Cause inflammatoires |__| 1=oui 2=non

13.7x. Si oui laquelle |__| (1=RAA, 2= Maladie de kawasaki, 3= Maladie de Cronh, 4=Autres)

13.7xx Autre à préciser

13.8-Maladies tumorales et hématologiques |__| 1=oui 2=non

13.8.x Si oui laquelle |__| (1=Leucémie, 2=Lymphome, 3=Maladie de Hodgkin, 4=Néphroblastome, 5=Drépanocytaire, 6=Anémie isolée, 7=Autres)

13.8.xx Autre à préciser

13.9. Autres causes : (**cocher la mention utile**)

13.9.1=Encéphalopathies |__| 13.9.2. Méningocèle |__|

13.9.3=Méningite |__| 13.9.4.Prématurité |__| 13.9.5.

INN |__| 13.9.6= SFA |__|

13.9.7=Maladie membrane Hyaline |__| 13.9.8= Malformation. Congénitale |__|

13.9.9=MPE |__| 13.9.10=Troubles métaboliques |__| 13.10Autres pathologie |__|

14. Durée de séjour dans le service.....en jours

15. Traitement |__| (1=traitement spécifique, 2=traitement symptomatique, 3=traitement inachevé /manque de moyens ou autres causes)

16. Devenir |__| (1=Guérison 2=Séquelles 3=Décès, 4=Evasion, 5=SCAM, 6=Transf Service, 7=Transf. Structure) 16x. type de séquelles ou cause de décès

.....

17. Identification du père

17.1=Age |__|__|

17.2 Situation matrimoniale |__| (.1=Marié, 2=Célibataire, .3=Divorcé, 4=Veuf 5 =DCD)

17.3=Secteur d'activité |__| (1=Sans activité, 2=Fonctionnaire, 3=Commerçant, 4=Cultivateur, 5=Chauffeur, 6=Ouvrier, 7=Autres)

17.4=Etes-vous scolarisé |__| (1=oui, 2=non)

17.4.x Si oui quel niveau |__| (1=primaire, 2=secondaire, 3=supérieur)

18. Identification de la mère :

18.1 Age |__|__|

18.2=Situation matrimoniale |__| (1=Mariée, 2=Célibataire, 3=Divorcée, 4=Veuve, 5=DCD)

18.3=Secteur d'activité |__| (1=Ménagère, 2=Fonctionnaire, 3=Teinturière, 4=Commerçante/vendeuse 5=Autres)

18.4-Etes-vous scolarisée |__| (1=oui, 2=non)

18.4x Si oui quel niveau |__| (1=primaire, 2=secondaire, 3=supérieur)

FICHE SIGNALYTIQUE

Nom: SANGARE

Prénom: Adiara

Titre de la thèse: Etude rétrospective de la mortalité chez les enfants de 0 à 14 ans dans le service de pédiatrie du CHU Gabriel Touré sur cinq ans allant de 2000 à 2004.

Année: 2007-2008

Ville de soutenance: Bamako

Pays d'origine: Mali

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

Résumé:

Après une étude rétrospective allant du 1^{er} Janvier 2000 au 31 Décembre 2004 ressort une mortalité annuelle de (17, 6% ; 17, 16 % ; 14,17%, 6,9% et 17, 51%). Cette étude était basée sur l'analyse de 1142 dossiers médicaux d'enfants âgés de 0 à 14 ans hospitalisés et décédés au sein du service en 2004 ainsi que celle des bilans d'activités de la pédiatrie du CHU Gabriel Touré. La mortalité infantile occupait 92,6% de l'ensemble des décès avec une mortalité néo-natale de 56, 5%.L'infection néo-natale était responsable de 27% des décès durant la période néo-natale. Le paludisme quand à lui était responsable 16,7% des décès infanto-juvéniles.

Vue le nombre important de décès infanto-juvénile surtout dans les pays en développement comme le nôtre, l'accent doit être mis sur l'amélioration de nos indicateurs de performance, une bonne suivie de la grossesse et de l'accouchement ainsi que l'amélioration des conditions de vie et de santé des mères et des enfants.

Si le bien-être des sociétés dépend directement de la santé et de la survie des mères et des enfants donc l'épanouissement de cette société dépend d'eux. Là il s'agit de mettre en œuvre des moyens efficaces (curatifs et préventifs) et économiques pour sauver des vies et éviter la souffrance face à cette perte de vie humaine.

Mots clés= Mortalité hospitalière, Pédiatrie, Bamako.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté et 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 l'intérieur des maisons, mes yeux ne verrons 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 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 !