

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR REPUBLIQUE DU MALI
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE **Un Peuple - Un But - Une foi**



U.S.T.T.B



**UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO**

FACULTÉ DE MÉDECINE ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE

FMOS

(2018-2019)

**MOTIFS DE CONSULTATION DES ENFANTS DE 0 à
59 MOIS DANS LE CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE NARA
DE JANVIER EN JUIN 2018**

Présentée et soutenue publiquement le 25/06/19 devant la Faculté de Médecine et
d'odontostomatologie pour obtenir le grade de

Docteur en médecine

(Diplôme d'état)

Par :

M. Sidy Maiga

JURY :

Président : Pr Samba Diop

Membre : Dr Jean Baptiste Guindo

Co-Directeur : Dr Fousseinou Traoré

Directeur : Pr Boubacar Maiga

DEDICACE

A notre père feu soumaila Maiga:

Bien vrai que vous êtes parti quand nous étions jeunes mais sachez que vous restez graver dans nos mémoires à jamais

Que votre âme repose en paix, que la terre vous soit légère « Amen »

A notre mère Koutimi Maiga :

Malgré l'absence d'un père vous avez été pour nous un père et une mère à la fois.

Quand j'avais abandonné l'école vous m'avez amené à la raison en me disant de poursuivre les études.

Cher maman les mots m'ont toujours manqué pour exprimer toute l'admiration que j'ai pour vous.

Votre valeur humaine, votre simplicité, votre docilité, votre amour pour le prochain m'ont toujours inspiré. Vous avez tout sacrifié pour nous rendre heureux.

Merci pour les efforts et les sacrifices consentis pour notre éducation.

Puisse DIEU le Tout Puissant vous accorde une longue vie couronnée d'une santé meilleure.

REMERCIEMENTS

A tout le corps **professoral de la FMOS**, je présente mes sincères remerciements pour l'enseignement de qualité et l'initiation professionnelle que vous nous avez dispensé.

Merci à mes camarades de la **9ème promotion du numerus clausus** qui m'ont aidé dans le cadre de ma formation et avec qui j'ai passé des moments inoubliables. Camarades merci !

Au médecin chef du district sanitaire de Nara, **Dr Souleymane Traoré** mes très sincères remerciements et toute ma reconnaissance.

Aux docteurs **Traoré F, Soumaré, Ongoiba, Diaby, Barry, Diarra, Daou** tous médecins au CSREF de Nara merci pour vos conseils et j'ai beaucoup profité de vos connaissances.

Un vif remerciement à **Dr Abdoulaye Sacko** médecin à l'URENI du CSREF de Nara, merci pour vos conseils, sans vous je ne serai pas là où je suis aujourd'hui. Sachez bien que je ne vous oublierai jamais.

A tout le personnel de **l'URENI du CSREF de Nara** principalement au Major **Diaminatou Diop**, merci pour la collaboration professionnelle et sociale.

A mon collègue et promotionnel interne **Togo Abdoulaye**, merci pour la collaboration.

A mon cadet interne **Maiga Mahamadou**, les bénévoles et stagiaires du CSREF de Nara, merci et du courage car le bout du tunnel n'est pas loin.

Un grand remerciement à tout le **personnel du centre de santé de référence de Nara**.

A **Dr Ballo Nicodème** médecin généraliste, responsable médicale du centre de santé évangélique des assemblées de Dieu de l'hippodrome à Bamako.

J'ai grandi à vos côtés et j'ai beaucoup profité de vos connaissances. Merci, pour vos conseils et de m'avoir accepté en temps qu'apprenant.

Un remerciement à tout le **personnel du centre de santé évangélique des assemblées de Dieu de l'hippodrome** à Bamako.

Motifs de consultation des enfants de 0 à 59 mois dans le centre de santé de référence de Nara

A mes logeurs Cheick Oumar Tidiane Kane et ma mère Mariam Maiga à Bamako qui m'ont reçu et hébergé sous leur toit durant mon cursus universitaire.

A toute la famille **kané de l'hippodrome, Maiga de Djenné et Kati**, merci pour votre confiance.

A notre Papa Almamy Tawaty, vous avez comblé pour nous le vide qu'un père doit occuper pour son fils, que Dieu vous soit redevable.

A mon frère **Alhousseiny Maiga** et ma fiancée **Fatoumata Aya Kané** vous avez été pour moi des soutiens indispensables. Ce labeur est le vôtre.

A mes logeurs **Drissa Diakité et famille, Bounafou Tawaty et famille** tous à Nara, merci pour votre hospitalité.

Je tiens à remercier tous mes **amis d'enfance** et tous ceux qui de près ou de loin m'ont soutenu durant mon cursus universitaire.

A tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce modeste travail.

Je demande pardon à tous ceux qu'il m'est arrivé d'offenser sans le savoir. Je vous souhaite succès et réussite dans toutes vos entreprises.

HOMAGE AUX HONORABLES MEMBRES DU JURY

A notre maitre et Président du jury

Professeur Samba DIOP

- **Professeur titulaire d'anthropologie médicale et d'éthique en santé ;**
- **Enseignant-chercheur en écologie humaine, anthropologie et éthique en santé au DER de santé publique de la FMOS ;**
- **Responsable de l'unité de recherche formative en sciences humaines, sociales et éthique SEREFO-VIH-SIDA FMOS ;**
- **Membre du comité d'éthique institutionnel et national du Mali.**

Cher Maitre,

Nous sommes très reconnaissants d'avoir bien voulu vous intéresser à notre travail, et de nous avoir apporté toute votre expertise.

Nous tenons à vous remercier pour l'aide précieuse que vous nous avez faite pour l'élaboration de ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

A notre maitre et juge

Docteur Jean Baptiste GUINDO

- **Médecin directeur technique du centre de santé communautaire de Koulouba ;**
- **Chargé de cours d'anatomie à l'ESB (Ecole de Santé de Bamako) et l'Ecole de Santé N'Dounga.**

Cher maitre,

Nous sommes sincèrement reconnaissant d'avoir accepté de juger ce travail.

Nous avons été frappés par votre courtoisie, votre disponibilité, votre générosité, et votre engagement pour la formation.

Trouvez ici, cher maitre, l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A notre maitre et Co-directeur de thèse

Docteur Fousseinou TRAORE

- **Médecin de santé publique, spécialisé en médecine communautaire et de la famille ;**
- **Praticien au centre de sante de référence de Nara.**

Cher maitre,

Nous sommes très fièrs de la confiance que vous nous faite, en nous donnant ce thème. Votre simplicité, votre ponctualité, votre souci de transmettre vos connaissances font de vous un maitre exemplaire.

Soyez assurer de notre profonde reconnaissance.

A notre maitre et Directeur de thèse Professeur Boubacar MAIGA

- **Maitre de conférences d'immunologie ;**
- **Médecin chercheur au centre de recherche et traitement du paludisme (MRTC) de la FMOS ;**
- **Modérateur de PROMED-Francophone pour les maladies infectieuses ;**
- **Directeur technique du centre national de transfusion sanguine (CNTS).**

Cher maitre,

Vous avez accepté de diriger ce travail malgré vos multiples occupations, nous vous en sommes très reconnaissants.

Votre caractère social fait de vous un maitre exceptionnel.

Trouvez ici, cher maitre, l'expression de notre très haute considération et qu'Allah vous le rende au centuple.

Sommaire:

Introduction	14
Objectifs	17
1. Généralités	19
1.1 Notion de pyramide sanitaire	20
1. 2 Consultation médicale	21
1. 3 Pathologies	22
1. 3. 1 Fièvre	22
1. 3. 2 Paludisme	23
1. 3. 3 IRA	24
1. 3. 4 Diarrhée	24
1. 3. 5 Malnutrition	25
1. 3. 6 Méningite	26
1. 3. 7 Allaitement au sein	26
2. Méthodologie	28
2. 1 Cadre d'étude	29
2. 2 Type d'étude	33
2. 3 Période d'étude	33
2. 4 Echantillonnage	33
2. 5 Population d'étude	33
2. 6 Critères d'inclusion	33
2. 7 Critères de non inclusion	33
2. 8 Déroulement de l'enquête	33
2. 9 Traitement des données	34

2. 10 Aspects éthiques	34
3. Résultats	35
3. 1 Résultats descriptifs	36
3. 2 Résultats analytiques	51
4. Commentaires et discussions	57
4. 1 Contraintes et faiblesses de l'étude	58
4. 2 Caractéristiques sociodémographiques	58
4. 3 Motifs de consultation, temps mis avant la consultation, prise de décision, prise en charge du traitement	60
4. 4 Traitement reçus avant la consultation	61
4. 5 Diagnostic retenu	61
4. 6 Décision thérapeutique	62
4. 7 Qualité de la prise en charge	62
5. Conclusion	63
6. Recommandations	65
7. Références	67
Annexes:	71
Fiche d'enquête	72
Fiche signalétique	74
Serment d'Hippocrate	76

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau I : Répartition des enfants selon le rang dans la fratrie.....	37
Tableau II : Répartition des enfants selon le secteur d'activité du père.....	38
Tableau III : Répartition des enfants selon le statut matrimoniale du père.....	38
Tableau IV : Répartition des enfants selon la scolarisation du père.....	39
Tableau V : Répartition des enfants selon le statut matrimonial de la mère.....	39
Tableau VI : Répartition des enfants selon la scolarisation de la mère.....	40
Tableau VII : Répartition des mères selon la parité	40
Tableau VIII : Répartition des mères selon le type d'accouchement.....	40
Tableau IX : Répartition des mères selon la faisabilité de la CPN.....	41
Tableau X : Chimio prophylaxie à la SP lors de la CPN... ..	41
Tableau XI : Le fer acide folique lors de la CPN.....	41
Tableau XII : Vaccin antitétanique lors de la CPN.....	42
Tableau XIII : Répartition des enfants selon le motif de consultation.....	42
Tableau XIV : Répartition des enfants selon le temps mis avant la consultation.....	43
Tableau XV : Répartition des enfants selon la personne qui avait décision la consultation.....	43
Tableau XVI : Répartition des enfants selon la personne qui avait prise en charge le frais du traitement.....	44
Tableau XVII : Répartition des enfants selon le traitement reçus avant la consultation.....	44
Tableau XVIII : Répartition des enfants selon l'état général à l'examen clinique	44
Tableau XIX : L'état conjonctivo-palmo-plantaire à l'examen clinique.....	45
Tableau XX : Répartition des enfants selon le diagnostic retenu.....	48
Tableau XXI : Répartition des enfants selon la décision thérapeutique.....	49
Tableau XXII : Répartition des enfants selon la qualité de l'accueil	49
Tableau XXIII : Répartition des enfants selon la qualité de l'examen clinique	49

Tableau XXIV : Diagnostic selon la tranche d'âge.....	51
Tableau XXV : Diagnostic selon le sexe.....	52
Tableau XXVI : Diagnostic selon le temps mis avant la consultation.....	53
Tableau XXVII : Diagnostic selon la satisfaction de la prise en charge.....	54
Tableau XXVIII : Diagnostic selon la décision thérapeutique.....	55
Tableau XXIX : Motif de consultation selon le temps mis avant la consultation.....	56
Figure 1 : Répartition des enfants selon la tranche d'âge.....	36
Figure 2 : Répartition des enfants selon le sexe.....	36
Figure 3 : Répartition des enfants selon la résidence.....	37
Figure 4 : Répartition des enfants selon le secteur d'activité de la mère.....	39
Figure 5 : L'abdomen à l'examen clinique.....	45
Figure 6 : L'appareil respiratoire à l'examen clinique.....	46
Figure 7 : L'appareil cardiovasculaire à l'examen clinique.....	46
Figure 8 : Système nerveux à l'examen clinique.....	47
Figure 9 : L'examen complémentaire.....	47
Figure 10 : Répartition des enfants selon le temps d'attente.....	50
Figure 11 : Répartition des enfants selon la satisfaction de la prise en charge.....	50

LISTE DES ABREVIATIONS

ASACO : Association de santé communautaire

CHUGT : Centre hospitalier – universitaire Gabriel Touré

CNOS : Centre national d'odontostomatologie

CPN : Consultation prénatale

CSCOM : Centre de santé communautaire

CSRéf : Centre de santé de référence

DNSP : Direction nationale de santé publique

EDSM : Enquête démographique et de santé au Mali

FAF : Fer acide folique

FMOS: Faculté de médecine et d'odontostomatologie

FMPOS : Faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie

IDE : Infirmier(e) d'Etat

IEC: Information éducation communication

INN : Infection néonatale

IOTA : Institut d'ophtalmologie tropicale de l'Afrique

IRA : Infection respiratoire aiguë

IRC : International rescue committee

MAS : Malnutrition aiguë sévère

OMS : Organisation mondiale de la santé

ORL : Oto-rhino laryngologie

PCIME : Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant

PEV : Programme élargi de vaccination

PMA Paquet minimum d'activités

PPM : Pharmacie Populaire du Mali

PRODESS : Programme de développement socio-sanitaire

PTME : Prévention de la transmission mère enfant

Motifs de consultation des enfants de 0 à 59 mois dans le centre de santé de référence de Nara

RAA : Rhumatisme articulaire aigue

RAC : Réseau administratif de communication

SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise

SLIS : Système local d'information sanitaire

SP : Sulfadoxine pyriméthamine

SRO : Sel de réhydratation orale

TRO : Thérapie par réhydratation orale

UMPP : Usine malienne des produits pharmaceutiques

URENI : Unité de récupération et d'éducation nutritionnelle intensive

VAT : Vaccin antitétanique

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

INTRODUCTION

Motifs de consultation des enfants de 0 à 59 mois dans le centre de santé de référence de Nara

La population infantile constitue la couche la plus dominante et la plus vulnérable dans les pays en voie de développement. Cette vulnérabilité est associée à plusieurs facteurs:

- les facteurs environnementaux,
- les facteurs comportementaux,
- les facteurs démographiques,
- les facteurs socioéconomiques,
- les facteurs socioculturels[1].

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

La part croissante des décès dans la période néonatale illustre la baisse plus rapide du taux de mortalité des enfants âgés de 1 à 59 mois que de celui des nouveau-nés. Cependant, sur les 5,9 millions de décès d'enfants de moins de 5 ans en 2015, près de la moitié étaient dus à des maladies infectieuses et des pathologies telles que la pneumonie, la diarrhée, le paludisme, la méningite, le tétanos, la rougeole, la septicémie et le SIDA. La pneumonie et la diarrhée restent les principales causes de décès dans les trois régions affichant le plus fort taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans : Afrique de l'Est et australe, Asie du Sud et Afrique de l'Ouest et centrale. La charge de morbidité tout comme celle de la mortalité sont souvent plus élevées parmi les populations les plus défavorisées [2].

En Afrique de l'ouest, en dehors des pathologies périnatales (expliquant plus d'un quart des décès des enfants de moins de 5 ans), les principales causes de mortalité de ces enfants sont: le paludisme (21 %) les infections respiratoires aiguës (21 %), la diarrhée (16 %), la rougeole et la malnutrition et souvent une association de plusieurs de ces pathologies [4].

Pour la période des cinq dernières années avant L'EDSM-V, c'est à dire la période entre l'EDSM IV de 2006 et l'EDSM-V de 2012-2013, le risque de mortalité infantile est évalué à 58‰. Ce niveau se décompose de façon suivante: 35‰ pour la mortalité

Motifs de consultation des enfants de 0 à 59 mois dans le centre de santé de référence de Nara

néonatale et 23‰ pour la mortalité post néo-natale. Le quotidien de mortalité juvénile est estimé à 42‰. Globalement, le risque de mortalité infanto juvénile, c'est-à-dire le risque de décès avant l'âge de 5 ans est de 98‰ pour l'ensemble des 5 régions du sud, à savoir Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti et le district de Bamako[5].

De nos jours, des études ont été réalisées dans les services de pédiatrie portant sur les motifs de consultation en pédiatrie dont celles du CHU Gabriel Touré par SISSOKO S [7], SIDIBE M [8] ; au CSRéf de la Commune 1 de Bamako par MAIGA M B [9].

Cependant deux autres études, sur la PCIME réalisées en 2001 par Doumbia M N [10] et sur les références par Maiga B [11] en 2003 ont abordé le sujet.

Les cinq études révèlent la fièvre comme premier motif de consultation suivie par la toux ou les difficultés respiratoires et la diarrhée.

Vu la rareté d'études réalisées au Mali et devant la fréquence élevée de la morbidité et mortalité infanto-juvénile, il serait très utile de chercher à connaître les principaux motifs de consultation au CSRéf de Nara chez les enfants de 0 à 59 mois. La connaissance de la prévalence de ces motifs de consultation s'avère extrêmement important, pour la mise en œuvre des mesures de préventions et de luttés efficaces contre les maladies.

C'est dans cette attitude que s'inscrit notre étude avec comme but d'étudier les motifs de consultation chez les enfants de 0 à 59 mois dans le centre de santé de référence de Nara.

OBJECTIFS

Objectif général:

Identifier les motifs de consultation des enfants de 0 à 59 mois dans le centre de santé de référence de Nara.

Objectifs spécifiques:

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des enfants de 0 à 59 mois vus en consultation durant la période d'étude.
- Connaitre les motifs les plus fréquents pour lesquels les patients de 0 à 59 mois consultent dans le centre.
- Connaitre, parmi les motifs de consultations, les pathologies les plus fréquentes chez les enfants de 0 à 59 mois au centre de sante de référence de Nara.
- Déterminer le nombre d'enfants de 0 à 59 mois hospitalisés parmi ceux qui ont été vus en consultation.
- Décrire l'itinéraire thérapeutique qui a conduit ces enfants de 0 à 59 mois au centre de santé de référence de Nara.

1. GENERALITES

1.1 Notion de pyramide sanitaire

La stratégie de développement sanitaire du Mali est basée sur le concept de soins de santé primaire adopté par la conférence mondiale d'Alma Ata en 1978 et l'initiative de Bamako.

Afin d'accélérer la mise en œuvre des Soins de Santé Primaires, une quadruple stratégie a été adoptée dans le droit fil des principes énoncés dans l'initiative de Bamako.

- ✓ Faire évoluer la notion de pyramide sanitaire d'une conception hiérarchique et administrative vers une conception plus fonctionnelle qui différencie les niveaux : opérationnel, d'appui et d'orientation. Le cercle représente le niveau opérationnel et constitue l'unité chargée de planifier le développement de la santé, de le budgétiser et d'en assurer la gestion. Le niveau régional est chargé d'appuyer les cercles sur le plan technique. Le niveau central, chargé de l'appui stratégique, détermine les investissements de la fonction du secteur, les standards qui tiennent compte des principes d'efficacité, d'efficience, d'équité et de viabilité. Il veille à l'application de ces standards par tous ses partenaires à l'action sanitaire. Il s'efforce de mobiliser les ressources privées, celles de l'Etat et celles des bailleurs de fonds pour le financement de soins de qualité accessibles à tous.
- ✓ Assurer en permanence la disponibilité et l'accessibilité des médicaments essentiels à travers une série de mesures dont la réforme de PPM et de l'UMPP, la levée du monopole d'importation, la rationalisation de la distribution et de la prescription, et le recouvrement des coûts du médicament.
- ✓ Renforcer la participation communautaire à la gestion du système, les individus, les ménages et les communautés assurant leur propre santé. Malgré la modicité de leur pouvoir d'achat, ces derniers peuvent, grâce au développement de technologies nouvelles, peu coûteuses et efficaces favoriser grandement la survie de leurs enfants et réduire l'importance des maladies. Afin de garantir l'accessibilité aux soins et à l'information nécessaires à l'amélioration de la santé, les bénéficiaires seront associés à la gestion des services au niveau opérationnel.
- ✓ Mobiliser les ressources nécessaires au financement du système de santé, y compris par le recouvrement des coûts dans les formations sanitaires, et rationaliser l'utilisation de ces ressources à tous les niveaux[6].

Motifs de consultation des enfants de 0 à 59 mois dans le centre de santé de référence de Nara

Le système de santé du Mali est pyramidal, c'est-à-dire structuré de la base vers le sommet comme suit:

Le premier niveau de contact avec le système de santé est représenté par les CSCOM au nombre de 1134 en 2012.

Le premier niveau de référence est constitué par des centres de santé de référence 61 en 2013 généralement au niveau des chefs-lieux de cercle. Ils disposent communément d'un plateau technique comprenant une équipe à tendance chirurgicale pouvant assurer les soins chirurgicaux et gynéco-obstétricaux d'urgences tels que les césariennes.

Le second niveau de référence est constitué par des établissements publics hospitaliers (Kayes, Sikasso, Ségou, Mopti, Gao, Tombouctou, et l'Hôpital Mère Enfant le Luxembourg) soit sept au total.

Le troisième niveau de référence comprend les Etablissements Publics Hospitaliers avec un plateau technique à vocation générale (Hôpital point G, Hôpital Gabriel, Hôpital du Mali, Hôpital de Kati) ou spécialisé (IOTA, CNOS)

La pyramide sanitaire fonctionne par référencement de niveau à niveau (niveau primaire CSCOM, puis secondaire CSRéf, et tertiaire hôpitaux). L'Etat fournit une dotation minimum en matériel de soins, de laboratoire etc...qui correspond aux activités que la structure doit prendre en charge en fonction de son niveau. Par exemple, un CSCOM reçoit du matériel pour assurer un paquet minimum d'activités (PMA): consultations, soins infirmiers et accouchements en matière de soins curatifs, vaccination consultations infantiles et planning familial en matière de prévention. Si le patient nécessite un soin dépassant le PMA, il est référencé vers un CSRéf qui a une dotation pour des activités plus importantes dont à son tour peut référer vers un hôpital [12].

1. 2 Consultation médicale

La consultation médicale peut être définie comme un examen du malade que le médecin fait à son cabinet et qui est destiné à diagnostiquer la maladie ainsi qu'à en prescrire le médicament [13].

1. 3 Les pathologies

Selon l’OMS en Afrique, les taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans ont baissé de 45 %, passant de 162 décès pour 1000 naissances vivants en 1990 à 90 en 2012 mais la moitié des décès de ces enfants à travers le monde (6,6 millions) se produisent toujours en Afrique.

La pneumonie, le paludisme et la diarrhée sont responsables de 40 % de tous les décès des enfants de moins de cinq ans [14].

Des progrès importants ont été réalisés, dans le monde en 2012, dans la survie des enfants après le premier mois de vie. Par exemple, on a enregistré une baisse des décès d’enfant dus à la rougeole (-80%), au VIH/SIDA (-51%), à la diarrhée (-50%), à la pneumonie (-40%) et au paludisme (-37%).

Selon l’OMS, la probabilité pour un enfant de mourir avant l’âge de cinq ans est seize fois plus élevée pour les enfants des pays en voie de développement que pour ceux des pays développés [3]. En 2011, la Sierra Leone connaissait le taux de mortalité infanto-juvénile le plus élevé du monde 185‰, suivie par la Somalie 180‰ et le Mali 176‰ [3].

Au Mali selon l’enquête démographique et de santé IV 2006 (EDSM IV), 49% de la population malienne est représentée par les enfants de moins de 15 ans contre 53% à l’EDSM V de 2013 avec un taux global de mortalité estimée à 191 pour mille naissances [15],[5].

1.3.1 La Fièvre

La fièvre est un symptôme et non une maladie. Le plus souvent c’est une réponse normale de l’organisme à une infection, réaction vraisemblablement utile car renforçant les défenses anti-infectieuses de l’organisme par augmentation de l’activité des globules blancs,

La fièvre est un signe objectif, dont la mensuration ne nécessite pas une formation particulière.

Auparavant elle avait une connotation négative inquiétante. Elle était considérée comme une punition divine, citée comme telle dans la Bible, souvent associée à l’enfer et au diable.

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

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

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

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

Les convulsions hyper pyrétiques représentent les plus fréquentes de ses complications.

1.3.2 Le paludisme

Le paludisme est dû à un parasite du genre Plasmodium, transmis par des moustiques femelles du genre Anophèles qui en sont porteurs. Les populations les plus vulnérables des formes sévères du paludisme sont des enfants des moins de 5 ans ainsi que les femmes enceintes. C'est en Afrique au sud du Sahara que le fardeau du paludisme demeure le plus important. Cependant, dans son rapport 2010 sur le paludisme dans le monde, l'OMS a montré que dans 11 pays d'Afrique, le nombre de cas confirmés de paludisme, d'hospitalisation et de décès dus à cette maladie avait diminué de plus de 50% au cours de la décennie écoulée. Ces progrès importants ont été accomplis grâce à la distribution massive de moustiquaires imprégnées d'insecticide, au développement des programmes de pulvérisation intra domiciliaire d'insecticide à effet rémanent, pour la prévention et à une plus grande utilisation des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine, pour le traitement [16].

Au Mali, le paludisme est la première cause de consultation, d'hospitalisation et de mortalité dans les formations sanitaires. Les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes paient chaque année le plus lourd tribut à cette maladie [17]. Selon l'annuaire statistique du Système Local d'Information Sanitaire (SLIS), en 2014 les formations sanitaires ont enregistré plus de 2500000 cas suspects de paludisme (soit 40% des motifs de consultation) dont environs 1700000 cas simples et 800000 cas graves avec 2309 décès.

Malgré ces progrès remarquables, le nombre de cas de paludisme dans le monde a été estimé à 212 millions et le nombre de décès associés à 429000 en 2015. En Afrique, la population n'ayant pas accès aux outils permettant de prévenir et de traiter la maladie se compte encore par millions [16].

1.3.3 Les infections respiratoires aiguës

Selon l'OMS l'infection respiratoire aiguë se définit comme toute infection à début brutal, affectant les oreilles, le nez, la gorge, le larynx, la trachée, les bronches, les bronchioles ou les poumons.

Le nombre de décès dus aux IRA chez les enfants dans le monde est estimé à 2000000/an en grande majorité dans les pays en voie de développement. Les IRA sont responsables de 30 à 40% des hospitalisations chez les enfants et constituent les infections les plus fréquentes de l'enfant. Les pneumonies et les broncho-pneumopathies représentent 70 à 80% des admissions pour IRA [18].

Parmi toutes les IRA, la pneumonie cause 15% du nombre total de décès des enfants de moins de 5 ans. Elle est la première cause de mortalité chez l'enfant. 922136 enfants de moins de 5 ans sont morts de pneumonie en 2015. En Afrique, elle représente 21% des décès. Ce taux monte à 28% si on inclut la période néonatale de 4 semaines après la naissance, soit d'un tiers de la totalité des décès.

La pneumonie à pneumocoque est plus meurtrière que le paludisme, la rougeole et le sida réunis alors que seulement 30% des malades ont accès aux traitements. La plupart des décès interviennent dans les pays les plus pauvres et les enfants de moins de 2 ans. Ce fléau peut être endigué notamment grâce à la vaccination anti-pneumococcique [19].

Selon une étude sur les motifs de consultation dans le service de pédiatrie du CHU Gabriel Toure les IRA représentent 27,2%, du nombre de consultation [7].

1.3.4 Diarrhée

Elle constitue avec la pneumonie 29 % de tous les décès d'enfant de moins de 5 ans et causent chaque année la mort de 2 millions d'entre eux.

Une attention particulière est à porter aux maladies diarrhéiques car elle cause environ 800000 décès par an [4].

Le recours à la vaccination contre les rotavirus, cause la plus fréquente de décès d'enfant par la diarrhée, permet de réduire sensiblement la charge de morbidité et la mortalité causées par ces agents infectieux.

Les sels de réhydratation orale (SRO) notamment la formulation à faible osmolarité, ont fait leurs preuves comme traitement vital pour les enfants atteints de diarrhée. L'ajout de compléments de zinc aux SRO permet de réduire le nombre de décès chez les moins de 5 ans, et on donne seulement à 35% d'enfants souffrant de diarrhée [20].

1.3.5 La malnutrition

Le retard de croissance entrave le développement cognitif des jeunes enfants, ce qui amoindrit leurs capacités d'apprentissage plus tard dans la vie. Les effets de croissance sont irréversibles.

En Afrique en 2011, au moins 1 enfant sur 3 souffrait d'un retard de croissance dont:

- ✓ Afrique de l'Est 42%
- ✓ Afrique de l'ouest 38%
- ✓ Afrique centrale 36%
- ✓ Afrique Australe 35%
- ✓ Afrique du Nord 28% [21] .

L'état nutritionnel des enfants est évalué sur la base des mesures anthropométriques. Les mesures du poids et de la taille ont été enregistrées pour des enfants nés au cours des cinq années ayant précédé l'EDSM-V. Ces données sur le poids et la taille permettent de calculer les trois indices suivants: la taille par rapport à l'âge, le poids par rapport à la taille et le poids par rapport à l'âge. Ces indices sont exprimés en termes de nombre d'unités d'écart-type par rapport à la médiane des normes OMS de la croissance de l'enfant adoptées en 2006. Les enfants qui se situent à moins de deux écarts-types en dessous de la médiane de la population de référence, sont considérés comme mal nourris, tandis que ceux qui se situent à moins de trois écarts-types en dessous de la médiane sont considérés comme étant sévèrement mal nourris.

Les enfants dont le poids-pour-taille se situe en dessous de moins de deux écarts-types de la médiane de la population de référence sont atteints d'émaciation ou de maigreur. Cette forme de malnutrition aigüe est la conséquence d'une alimentation insuffisante durant la période ayant précédé l'observation et elle peut aussi être les résultats de maladie récentes, surtout la diarrhée. Les résultats montrent que 13% des enfants sont émaciés dont un peu moins d'un tiers (5%) sous la forme sévère. Les résultats indiquent que les enfants de 9-11 mois et ceux de 12-17 mois ont les niveaux d'émaciation les plus élevés (respectivement 22% et 20%). Le niveau de malnutrition aigüe varie selon la région de résidence: c'est à Mopti (15%), Ségou (13%) et Sikasso (13%) que les niveaux de prévalence de la malnutrition aigüe sont les plus élevés, contre 12% à Bamako, et à Kayes et 11% à Koulikoro [5].

1.3.6 Méningites

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

Les entérovirus (Echovirus, Coxsackie) sont responsables d'environ 80% des méningites virales identifiées.

Dans 20 à 25% de cas, les méningites sont d'origines bactériennes. Elles sont graves car l'évolution spontanée est pratiquement toujours mortelle.

Les méningites bactériennes sont dues à des bactéries pyogènes, principalement trois germes: **Haemophilus influenzae b**, **Neisseria meningitidis** et **Streptococcus pneumoniae** [9].

La méningite à méningocoque est une infection bactérienne des méninges, causée par la bactérie **Neisseria meningitidis**, qui se transmet d'une personne à l'autre par des gouttelettes de sécrétions nasales et orales contaminées, souvent émises par des porteurs asymptomatiques.

Les pays les plus affectés sont ceux situés dans la ceinture de la méningite, qui s'étend de l'Ethiopie au Sénégal, soit les pays subsahariens avec un climat chaud et sec. Les épidémies sont annuelles, mais suivent un cycle de 3 et 5 ans, avec des années qui connaissent des nombres de cas très élevés alternant avec des années moins intenses. Ainsi, 1997 et 2002 ont été des années de hautes épidémies avec, respectivement, 60000 et plus de 33000 cas déclarés et un taux de létalité de 13% en 2002 au Burkina Faso. 2005 et 2006 ont compté moins de cas (moins de 6000 en 2006). En revanche, 2007 a été de nouveau une année de forte épidémie, avec plus de 38000 cas recensés, dont plus de 26000 au Burkina Faso. La létalité a été de 8%, variant beaucoup, entre moins de 3% en Ethiopie et 25% en Côte d'Ivoire [4].

1.3.7 Allaitement au sein

L'allaitement exclusif au sein est défini comme la pratique de ne donner au nourrisson que du lait maternel au cours de 6 premiers mois (sans apport d'eau ni aucune alimentation complémentaire). Il assure une nutrition essentielle et irremplaçable pour la croissance et le développement de l'enfant. C'est la première forme d'immunisation que reçoit l'enfant qui le protège contre les infections respiratoires, les maladies diarrhéiques et d'autres affections potentiellement mortelles.

Au niveau mondial, seul 38% des nourrissons âgés de 0 à 6 mois sont exclusivement nourris au sein. Il ressort en effet des analyses récentes que les pratiques non optimales en matière d'allaitement, dont l'allaitement non exclusif, sont à l'origine de 11,6% des décès d'enfant de moins de 5 ans, ce qui correspondait en 2011 à 804000 décès [22].

Motifs de consultation des enfants de 0 à 59 mois dans le centre de santé de référence de Nara

L'allaitement est une pratique quasi universelle au Mali et durant une période assez longue. En effet, les résultats de l'enquête montrent que 96% des enfants de moins de six mois sont allaités et, de plus, 89% des enfants de 12-15 mois le sont encore. Cependant, la recommandation selon laquelle l'enfant doit être exclusivement allaité pendant les six premiers mois n'est pas bien suivie. En effet dans le groupe d'âges 0-5 mois, seulement un enfant sur trois (33%) n'a reçu que du lait maternel, c'est-à-dire qu'il a été exclusivement allaité au sein. Dans 67% des cas, ces enfants ont déjà reçu autre chose en plus d'être allaités, essentiellement de l'eau seulement (28%), aliments de complément (20%), des jus et autres liquides non lactés (8%) et autre lait (6%).

Par rapport aux recommandations internationales en matière d'alimentation des jeunes enfants, l'introduction d'autres liquides ou suppléments a donc lieu à un âge trop jeune. Les résultats montrent aussi que, à l'inverse, la recommandation relative à l'introduction d'aliments solides de complément à partir de l'âge de six mois n'est pas encore complètement suivie: en effet, seulement 49% des enfants de 6 à 9 mois reçoivent, en plus du lait maternel, des aliments de complément. Par ailleurs, une proportion non négligeable d'enfants est nourrie au biberon (6% des enfants de 0 à 5 mois) [5].

2. METHODOLOGIE

2.1 Cadre d'étude

a. Aperçus général sur le cercle de Nara

Selon certains, la ville de Nara tirerait son nom de l'expression maure « Nar » qui signifie feu. Selon d'autres, Nara n'est qu'une déformation de « nouar » qui signifie fleur et même de « nouara », le nom d'une femme maure.

En tout cas, l'origine maure du nom de Nara confirmerait la thèse selon laquelle, Nara fut d'abord un campement maure. Mais c'est Djida Bamody Keïta et ses fils (Awa Niamé Keïta et deux autres), partis de Kaloumba à la recherche de terres cultivables, qui fondèrent le village en 1776. Ils s'y installèrent définitivement, après avoir sollicité et obtenu l'accord des « Doucouré » de Goumbou.

Le village de Nara eut alors comme 1^{er} chefs, Djida Bamody Keïta, dont le règne ne dura qu'une année. A sa mort son fils, Awa Niamé Keïta, prend le pouvoir. Il est, à cet égard, considéré comme le fondateur du village de Nara, son père n'ayant pas eu le temps d'être bien connu.

Ainsi de 1776 à nos jours, 14 chefs de village se sont succédé. Par ailleurs, Nara est passé par plusieurs étapes avant son érection en cercle. Pendant les premières années, il dépendit du poste colonial de Goumbou dont une partie du territoire lui avait servi d'emplacement lors de sa création. Par la suite, survinrent les changements suivants :

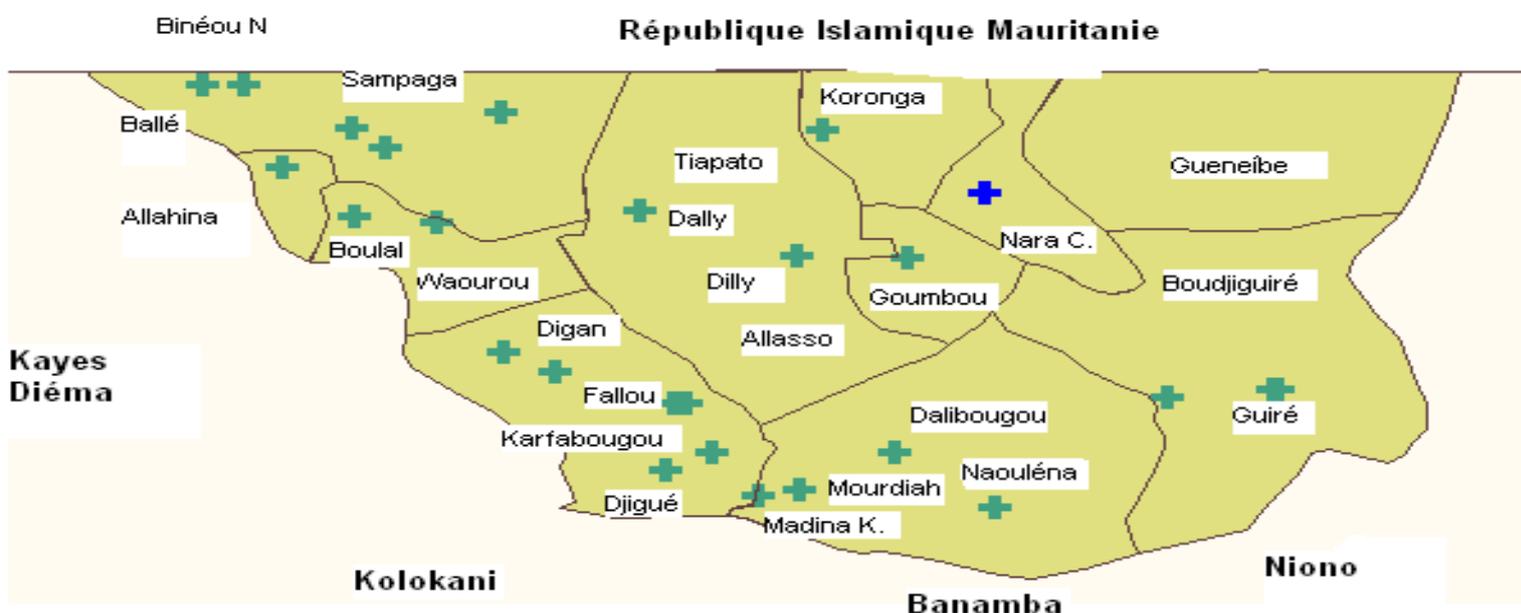
- 1916 : le transfert du poste administratif de Goumbou à Nara,
- 1941 : le rattachement de Nara à la subdivision de Nioro,
- 1947 : l'érection définitive de Nara en cercle.

Situé à l'extrême Nord de la région de Koulikoro, le cercle de Nara couvre une superficie de 30 000 Km² soit le 1/3 de celle de la région. Il est limité :

- au Nord par la République Islamique de Mauritanie,
- au Sud par les cercles de Banamba et de Kolokani,
- à l'Ouest par les cercles de Nioro du Sahel et de Diéma (Région de Kayes),

Motifs de consultation des enfants de 0 à 59 mois dans le centre de santé de référence de Nara

- à l'Est par le cercle de Niono (Région de Ségou).



Le relief du cercle de Nara est monotone et peu accidenté. Le groupe de sol caractéristique de la localité est constitué de dunes mortes et aplanies couvrant surtout les communes de Dilly, Dogofry, Dally, Dabo et Allahina. Dans les communes de Guiré, Ouagadou, Niamana et Nara apparaissent les plaines.

Le cercle de Nara a un climat de type sahélien. La température varie entre 18° et 40°. La moyenne annuelle de la durée de l'insolation est de 8,2 heures par jour.

Deux saisons principales caractérisent le cercle :

- La saison sèche : elle est froide d'octobre en février et chaude de mars à juin.
- La saison pluvieuse de juillet à septembre.

Le nombre moyen de jour de pluie en 2017 était de 31 jours et le cumul annuel moyen de pluie de la même période était de 265,9 mm. C'est le cercle le moins arrosé de la région de Koulikoro

Motifs de consultation des enfants de 0 à 59 mois dans le centre de santé de référence de Nara

La végétation est dominée par la steppe boisée caractérisée par des épineux du genre *Acacia*, *Commiphora* et *Combrétacée*. Les espèces rabougries se rencontrent dans la partie septentrionale.

Nara est relié à Bamako par la route nationale N°4 sur une distance de 395 km et à la capitale régionale Koulikoro sur une distance 455 km. Cette route traverse les communes de Niamana, Fallou et de Ouagadou qui sont par ce fait les plus accessibles. Les moyens de télécommunication sont en développement. On note la présence de RAC au niveau de quelques services techniques. Il existe deux réseaux de téléphonie mobile géré par Orange et Malitel accessible dans environ 70% du territoire.

En 2017 le cercle comptait 31.629 habitants, soit une densité moyenne d'environ 11 hbts / km² avec un taux d'accroissement de 3,6%.

Le district sanitaire de Nara compte 30 aires de santé dont 28 disposent d'un CSCOM fonctionnel. Les aires non fonctionnelles se situent dans la commune de Niamana (Naouléna), et la commune de Guiré (Ngabakoro). Les principaux groupes ethniques du cercle sont les Maures, les Sarakolés, les Bambaras et les Peuls. Ces différentes populations vivent en harmonie même si quelque part les coutumes et us diffèrent souvent d'une ethnie à une autre. Suite aux conditions de vie difficiles, le mouvement migratoire connaît aujourd'hui une importance particulière et intéresse surtout les jeunes de sexe masculin.

A l'instar des autres localités du Mali, la communauté de Nara a une stratification sociale. Au sommet de la pyramide, nous avons les nobles détenteurs de la chefferie et en bas, les hommes de caste. Chaque chef de village est assisté dans ses tâches par des conseillers.

La famille, cellule de base de toute société, est généralement étendue. C'est l'unité d'action de production et de consommation. Elle regroupe les grands-parents, les petits-fils et les collatéraux.

Il existe dans le cercle de Nara, plusieurs activités économiques dont les principales sont : l'agriculture, le commerce, l'élevage.

Motifs de consultation des enfants de 0 à 59 mois dans le centre de santé de référence de Nara

Avec l'avènement de la décentralisation administrative, le cercle de Nara a connu un découpage en onze (11) communes toutes rurales. Il s'agit de la commune de Nara, Niamana, Allahina, Dogofry, Dabo, Dilly, Ouagadou, Fallou, Koronga, Guéneïbé, Guiré. Les sous-préfectures, autre fois appelées arrondissements sont au nombre de six (6) regroupant les onze (11) communes.

b. Aperçus sur le centre de santé de référence de Nara

Notre étude s'est déroulée dans le CSRéf de Nara situé au quartier DABAYE à proximité du camp militaire et du CAP de Nara construit en 1992.

Le district sanitaire de Nara comprend en plus du CSRéf, 29 aires de santé dont 28 fonctionnelles, possédant chacune un centre de santé communautaire. Les aires de santé non fonctionnelles ne possèdent pas d'infrastructure sanitaire. Il est à noter la présence de structures sanitaires privées, et une infirmerie militaire.

Le centre est composé de:

- unités chargés de la prise en charge clinique des malades : au nombre de neuf

- Unité de maternité
- Unité d'URENI
- Unité de médecine
- Unité de chirurgie
- Unité d'ophtalmologie
- Unité d'odontostomatologie
- Unité d'anesthésie et de réanimation
- Un laboratoire d'analyse biomédicale
- Unité de radiologie

- unités chargés d'exécuter les programmes de santé publique : au nombre de six

- PEV
- Lèpre
- Tuberculose
- SIS (système d'information sanitaire)
- Paludisme
- VIH/PTME

-Situation du personnel socio sanitaire :

Le CSRéf est composé de neuf médecins dont quatre spécialistes et cinq généralistes

Médecins spécialistes : un anesthésiste réanimateur, un gynécologue obstétricien, un médecin spécialisé en médecine communautaire et de la famille, un ophtalmologue.

Motifs de consultation des enfants de 0 à 59 mois dans le centre de santé de référence de Nara

Cinq médecins généralistes

Un technicien supérieur en ophtalmologie, un technicien supérieur en odontostomatologie, un technicien supérieur en laboratoire et pharmacie, 8 techniciens supérieurs I.D.E, 4 techniciennes supérieures, sages-femmes, 2 techniciens en labo pharmacie, 9 infirmiers, techniciens de santé, 5 Infirmières obstétriciennes, 2 Aides-soignants, 2 matrones, 3 gérants de pharmacie, une secrétaire, un comptable, 8 manœuvres, Un gardien

2.2 Type d'étude

Il s'agit d'une étude prospective portant sur les motifs de consultation chez les enfants de 0 à 59 mois dans le centre de santé de référence de Nara.

2.3 Période d'étude

Notre étude s'est déroulée du 1 janvier au 30 juin 2018.

2.4 Echantillonnage

La méthode utilisée a été la méthode aléatoire de type simple où chacun des enfants de notre tranche d'âge avait la même chance d'être inclus dans notre échantillon.

2.5 Population d'étude

Elle a été constituée d'enfants âgés de 0 à 59 mois reçus en consultation ou référés dans le centre de santé de référence de Nara.

2.6 Critères d'inclusions

Ont été inclus dans l'étude tous les enfants âgés de 0 à 59 mois référés ou non, vus en consultation pour une première visite au centre de santé de référence de Nara dans le cas de la maladie actuelle.

2.7 Critères de non inclusion

Il s'agit des enfants ayant un âge supérieur ou égal à 5 ans.

Les enfants venant pour le contrôle.

Les enfants venant dans le cadre des visites systématiques.

Le refus des parents de répondre au questionnaire.

2.8 Déroulement de l'enquête

Pour recueillir les différentes variables, un questionnaire contenant différents éléments a été élaboré. Il comprenait six grandes rubriques.

Rubrique 1 : Identification du patient.

- Elle portait sur les données démographiques de l'enfant malade (âge, sexe, lieu de résidence, l'ethnie le rang dans la fratrie, orphelin).

Rubrique 2 : Identification du père

- Elle portait sur l'âge, la profession, statut matrimoniale, le niveau d'instruction ainsi qu'un contact téléphonique

Rubrique 3 : Identification de la mère

- Notre question était centrée sur l'âge, la profession, le niveau de scolarisation, les antécédents obstétricaux.

Rubrique 4 : Episode actuel de la maladie.

- **Interrogatoire:** Dans ce chapitre, le motif de consultation, le délai écoulé avant la consultation, qui a décidé la consultation, et qui prendra en charge les frais du traitement, les soins déjà reçus ont été étudiés.
- **Examen physique:** Paramètres vitaux, l'état conjonctivo-palmo-plantaire, l'abdomen, l'appareil respiratoire, l'appareil cardiovasculaire, système nerveux.

Rubrique 5 : Examen complémentaire et diagnostic

- La faisabilité d'un examen complémentaire et aussi, il a été dégagé chez chaque patient l'hypothèse diagnostique la plus probable, la décision thérapeutique

Rubrique 6 : Qualité de la prise en charge

2.9 Traitement des données

L'analyse des données est faite sur le logiciel Epi-info 7.2 et la saisie sur Excel.

2.10 Aspects éthique

Après l'accord de la faculté de médecine et d'odontostomatologie, de la direction régionale de la santé de Koulikoro et celui de la population de Nara par le médecin chef du district sanitaire de Nara le travail fut initié.

Avant de commencer l'interrogatoire un consentement éclairé verbale est recherché chez les parents ou accompagnant des malades.

3. RESULTATS

3.1 RESULTATS DESCRIPTIFS

Notre étude s'est déroulée dans le centre de santé de référence de Nara durant la période du 01 janvier au 30 Juin 2018 soit 6 mois d'enquête. Elle a concernée 560 enfants âgés de 0 à 59 mois.

3.1.1 AGES :

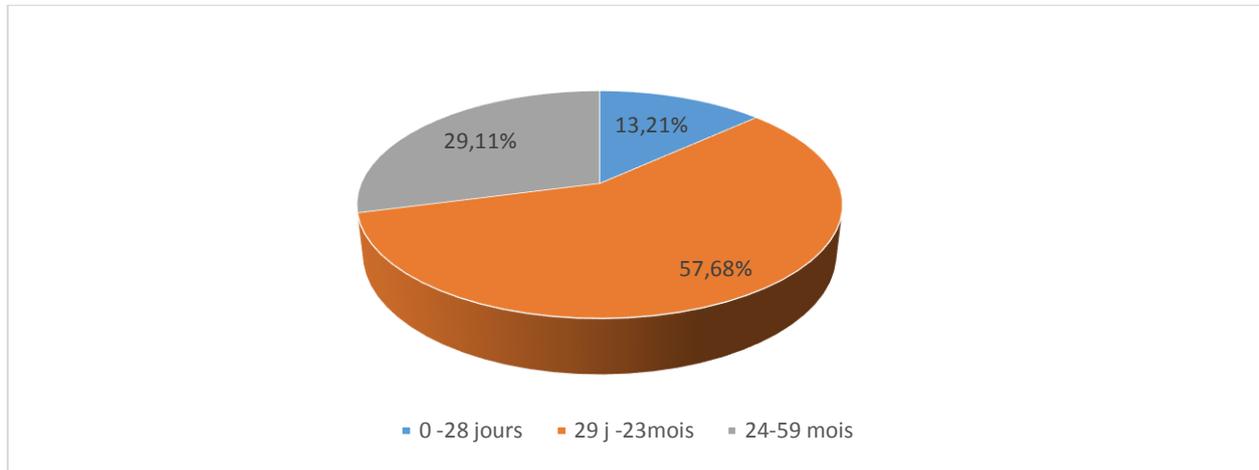


Figure 1: Répartition des enfants selon la tranche d'âge

La tranche d'âge de 29 jours à 23 mois représentait la proportion la plus élevée avec **57,68%**.

3.1.2 Sexe :

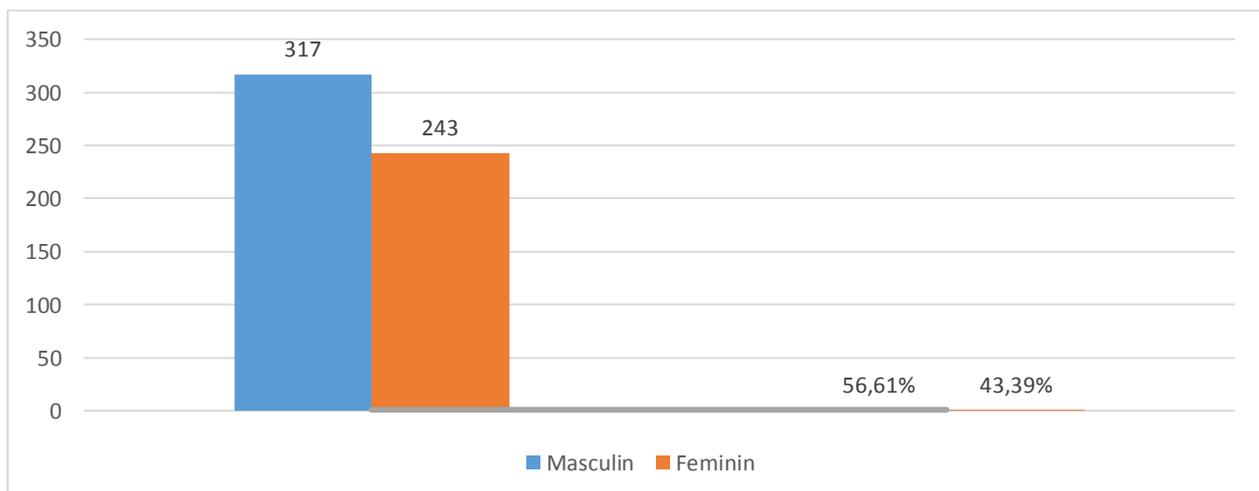


Figure 2: Répartition des enfants selon le sexe

Le sexe masculin a été majoritaire avec **56,61%**.

3.1.3 Résidence :

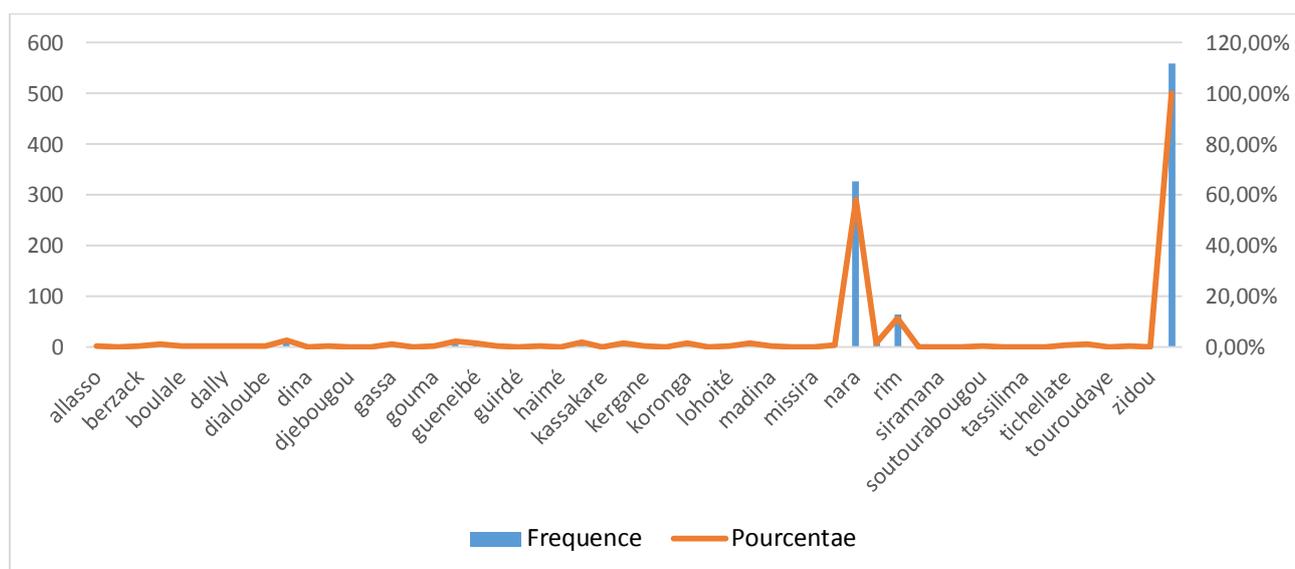


Figure 3: Répartition des enfants selon la résidence

A **58,39%**, les enfants résidaient à Nara ville et à **11,43%** à la République islamique de la Mauritanie.

3.1.4 Le rang des enfants dans la fratrie :

Tableau I : Répartition des enfants selon le rang dans la fratrie

Rang dans la fratrie	Fréquence	Pourcentage
1	154	27,50%
2	127	22,68%
3	106	18,93% ²
4	60	10,71%
5	41	7,32%
6 et plus	72	12,86%
Total	560	100,00%

A **27,50%**, les enfants occupaient le premier rang dans la fratrie.

3.1.5 La profession du père :

Tableau II : La répartition des enfants selon la profession du père

Profession	Fréquence	Pourcentage
Commerçant	182	32,50%
Fonctionnaire	125	22,32%
Cultivateur	95	16,96%
Eleveur	45	8,04%
Autres	113	20,18%
Total	560	100,00%

Fonctionnaire : Enseignant, médecin, militaire, garde, policier, agent de santé, agent ONG.

Autre : Mécanicien, maçon, élève, étudiant, manœuvre, chauffeur, boucher, forgeron.

Parmi nos enfants **32,50%** avaient un père commerçant.

3.1.6 Situation matrimoniale du père :

Tableau III : Répartition des enfants selon le statut matrimoniale du père

Situation matrimoniale	Fréquence	Pourcentage
Marié	544	97,14%
Célibataire	6	1,07%
Divorcé	5	0,90%
Veuf	5	0,89%
Total	560	100,00%

Les pères de nos enfants étaient mariés dans **97,14%** des cas.

3.1.7 Scolarisation du père :

Tableau IV : Répartition des enfants selon la scolarisation du père

Scolarisation	Fréquence	Pourcentage
Non scolarisé	298	53,21%
Scolarisé	262	46,79%
Total	560	100,00%

Les pères de nos enfants n'étaient pas scolarisés dans **53,21%** des cas.

3.1.8 Le secteur d'activité de la mère:

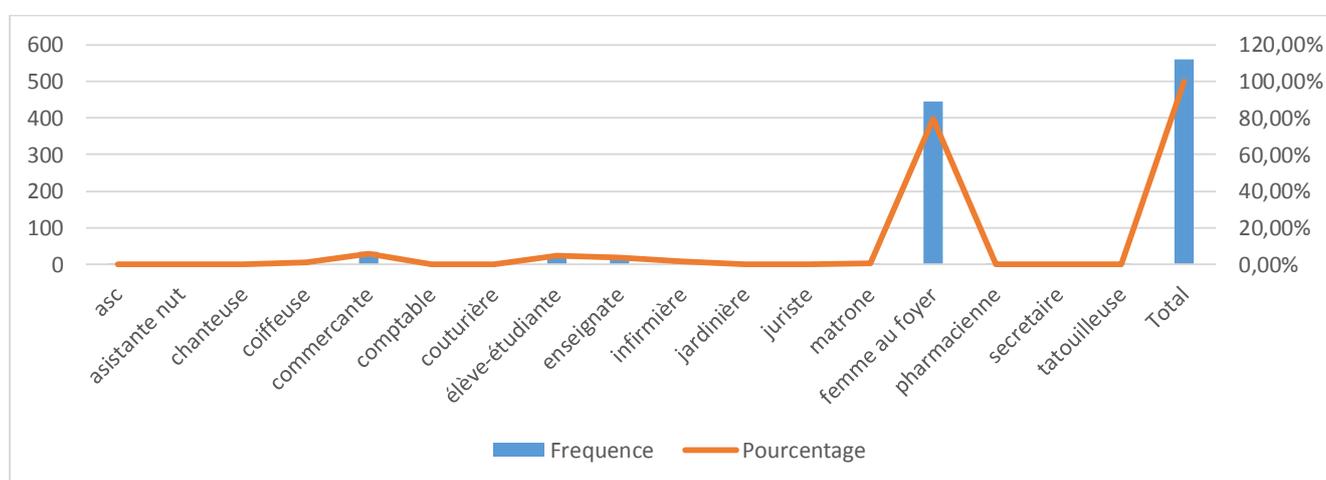


Figure 4: La répartition des enfants selon le secteur d'activité de la mère

Les mamans étaient des femmes au foyer dans **99 %** des cas.

3.1.9 Statut matrimonial de la mère:

Tableau V: La répartition des enfants selon le statut matrimonial de la mère

Situation matrimoniale	Fréquence	Pourcentage
Mariée	541	96,61%
Célibataire	6	1,07%
Divorcée	6	1,07%
Veuve	7	1,25%
Total	560	100,00%

Dans **96,61%**, les mères étaient mariées.

3.1.10 Scolarisation de la mère :

Tableau VI : La répartition des enfants selon la scolarisation de la mère

Scolarisation	Fréquence	Pourcentage
Non scolarisé	339	60,54%
Scolarisé	221	39,46%
Total	560	100,00%

Dans **60,5%** des cas, les mères n'étaient pas scolarisées.

3.1.11 La parité de la mère :

Tableau VII : La répartition des mères selon la parité

Parité	Fréquence	Pourcentage
Primipare	134	23,93%
Paucipare	237	42,32%
Multipare	113	20,17%
Grande multipare	76	13,58%
Total	560	100,00%

Les mères de nos enfants étaient paucipares dans **42,32%** des cas.

3.1.12 Le type d'accouchement :

Tableau VIII : Répartition des mères selon le type d'accouchement

Type d'accouchement	Fréquence	Pourcentage
Eutocique	402	71,79%
Dystocique	117	20,89%
Césarienne	41	7,32%
Total	560	100,00%

Les accouchements de nos enfants étaient à **71,79%** eutociques.

3.1.13 Consultation prénatale :

Tableau IX : Répartition des mères selon la faisabilité de la CPN

CPN	Fréquence	Pourcentage
OUI	428	76,43%
NON	132	23,57%
Total	560	100,00%

A **76,43%** les mères avaient fait au moins une CPN.

3.1.14 Chimio prophylaxie à la SP:

Tableau X : Chimio prophylaxie à la SP lors de la CPN

Chimio prophylaxie à la SP	Fréquence	Pourcentage
OUI	384	89,71%
NON	44	10,29%
Total	428	100,00%

Lors de la CPN **89,71%** des mères avaient au moins reçue une dose de SP.

3.1.15 Fer Acide Folique:

Tableau XI : Fer acide folique lors de la CPN

FAF	Fréquence	Pourcentage
OUI	410	95,80%
NON	18	4,20%
Total	428	100,00%

Lors de la CPN **95,80%** des mères avaient reçue du FAF.

3.1.16 Vaccin antitétanique :

Tableau XII : Vaccin antitétanique lors de la CPN

VAT	Fréquence	Pourcentage
Oui	377	88,09%
Non	51	11,91%
Total	428	100,00%

Lors de la CPN **88,09%** des mères avaient reçue au moins une dose de VAT.

3.1.17 Motifs de consultation :

Tableau XIII : Répartition des enfants selon le motif de consultation

Motif de consultation	Fréquence	Pourcentage
Fièvre	215	38,39%
Diarrhée	97	17,32%
Toux, difficulté respiratoire	58	10,36%
Rhinorrhée	47	8,39%
Vomissement	23	4,11%
Douleur abdominale	12	2,14%
Cris plaintifs	9	1,61%
Ballonnement	6	1,07%
Convulsion	5	0,89%
Refus de téter	3	0,54%
Jaunisse	2	0,36%
Autres	83	14,82%
Total	560	100,00%

Autres: Muguet, plaie, anorexie, otorrhée, dysurie, éruption cutanée.

La fièvre était le premier motif de consultation avec **38,39%**.

3.1.18 Temps mis avant la consultation :

Tableau XIV : Répartition des enfants selon le temps mis avant la consultation

Temps mis avant la consultation	Fréquence	Pourcentage
0 à 3 jours	336	60,00%
4 à 7 jours	160	28,57%
8 à 14 jours	25	4,46%
15 jours et plus	39	6,97%
Total	560	100,00%

Parmi nos enfants **60,00%** étaient venus en consultation avant le quatrième jour qui a suivi le début des symptômes

3.1.19 Décision à consulter :

Tableau XV : Répartition des enfants selon la personne qui avait décidé la consultation

Qui a décidé la consultation	Fréquence	Pourcentage
Père	239	42,68%
Mère	221	39,46%
Grande mère	40	7,14%
Agent de santé	31	5,54%
Grand père	11	1,96%
Tante	10	1,79%
Oncle	7	1,25%
Belle mère	1	0,18%
Total	560	100,00%

Le père était le décideur de la consultation dans **42,68%** des cas.

3.1.20 Prise en charge du traitement :

Tableau XVI : Répartition des enfants selon la personne qui avait pris en charge le frais du traitement

Qui prendra en charge les frais du traitement	Fréquence	Pourcentage
Père	444	79,29%
Mère	52	9,29%
Oncle	22	3,93%
Grande mère	18	3,21%
Grand père	14	2,50%
Tante	9	1,60%
Grand frère	1	0,18%
Total	560	100,00%

Le père avait pris en charge le frais du traitement à **79,29%**.

3.1.21 Traitement reçu avant la consultation :

Tableau XVII : Répartition des enfants selon le traitement reçu avant la consultation

Traitement reçu avant la consultation	Fréquence	Pourcentage
OUI	279	49,82%
NON	281	50,18%
Total	560	100,00%

Dans **49,82%** des cas, nos enfants avaient reçus un traitement avant la consultation.

3.1.22 Etat général à l'examen clinique :

Tableau XVIII : Répartition des enfants selon l'état général à l'examen clinique

Etat général	Fréquence	Pourcentage
Bon	524	93,57%
Mauvais	36	6,43%
Total	560	100,00%

A l'examen clinique l'état général était bon à **93,57%**.

3.1.23 L'état conjonctivo-palmo-plantaire à l'examen clinique:

Tableau XIX : Répartition des enfants selon l'état conjonctivo-palmo-plantaire à l'examen clinique

L'état conjonctivo-palmo-plantaire	Fréquence	Pourcentage
Normale	535	95,54%
Ictère	12	2,14%
Cyanose	7	1,25%
Pâleur	6	1,07%
Total	560	100,00%

L'examen clinique de l'état conjonctivo-palmo-plantaire était normale dans **95,54%** des cas.

3.1.24 L'abdomen à l'examen clinique :

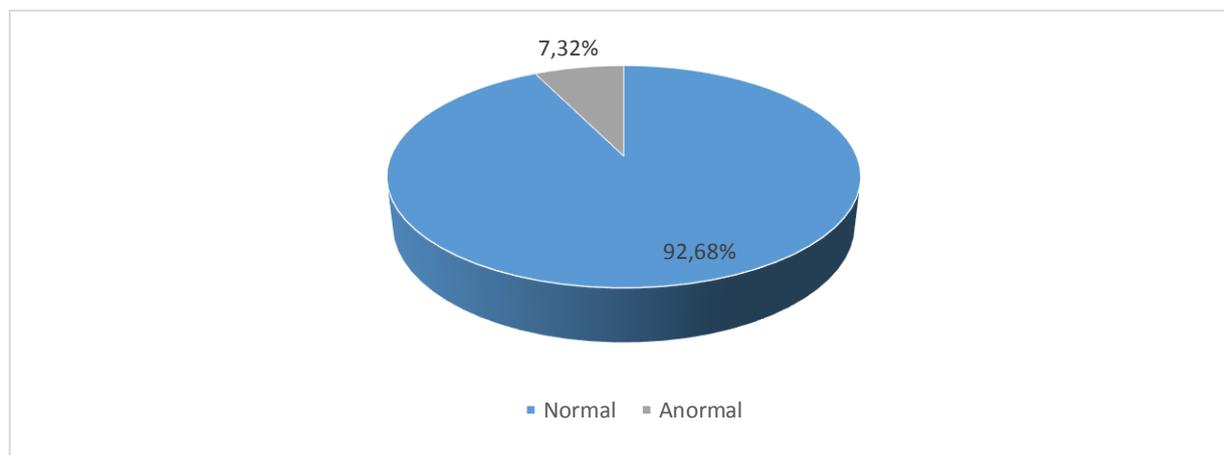


Figure 5: Répartition des enfants selon l'état de l'abdomen à l'examen clinique

L'examen clinique de l'abdomen était normal dans **92,68%** des cas.

3.1.25 Appareil respiratoire à l'examen clinique

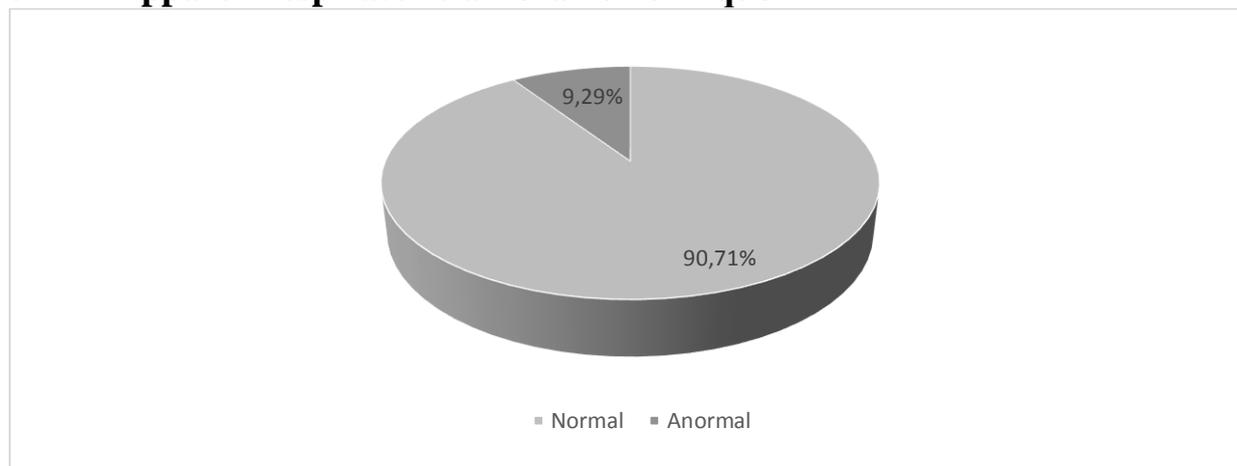


Figure 6: Répartition des enfants selon l'examen clinique de l'appareil respiratoire
L'examen clinique de l'appareil respiratoire était normal dans **90%** des cas.

3.1.26 Appareil cardiovasculaire à l'examen clinique :

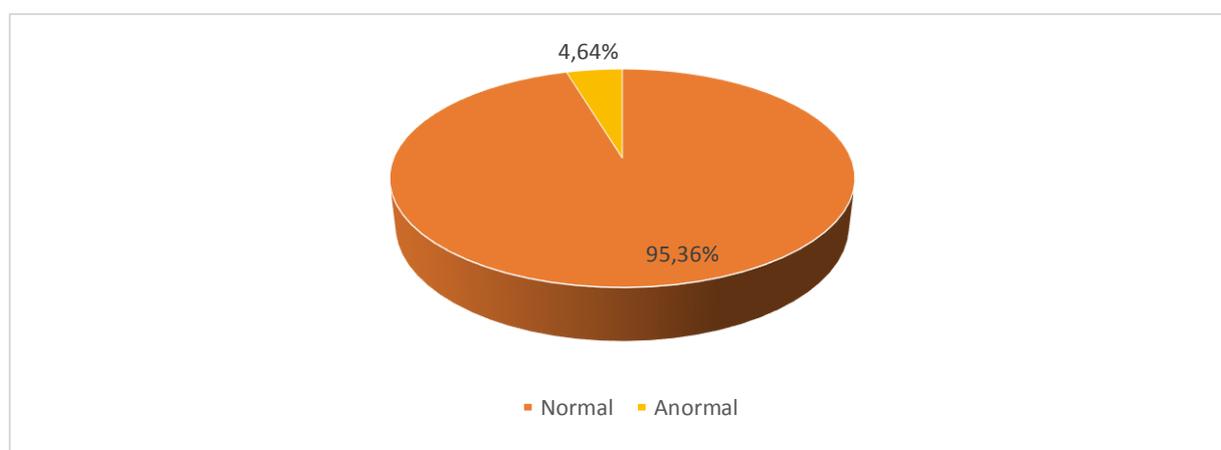


Figure 7: Répartition des enfants selon l'examen clinique de l'appareil cardiovasculaire

L'examen clinique de l'appareil cardiovasculaire était normal à **96%**.

3.1.27 Système nerveux à l'examen clinique :

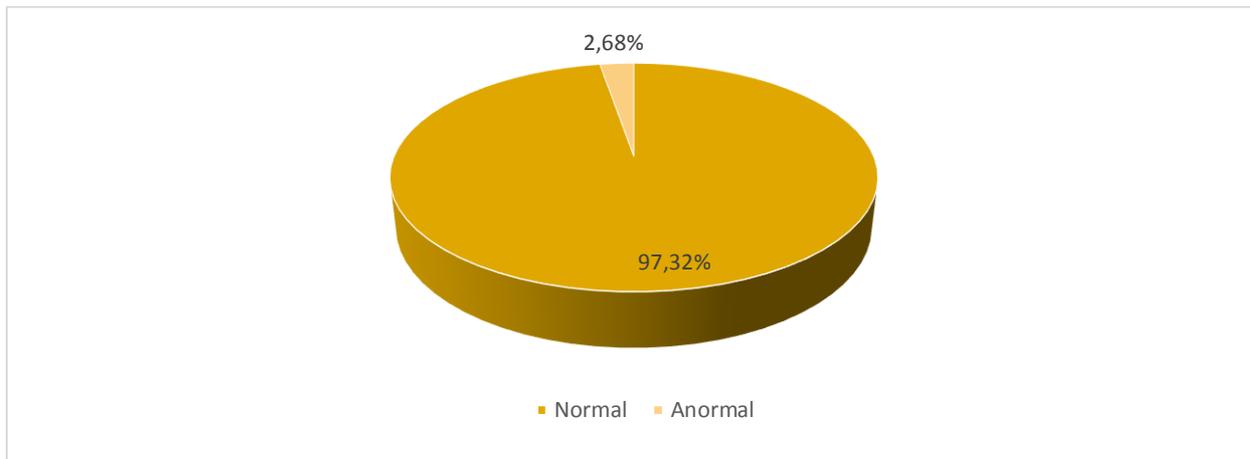


Figure 8: Répartition des enfants selon l'examen clinique du système nerveux
L'examen clinique du système nerveux était normal à **97,32%**.

3.1.28 Examen complémentaire :

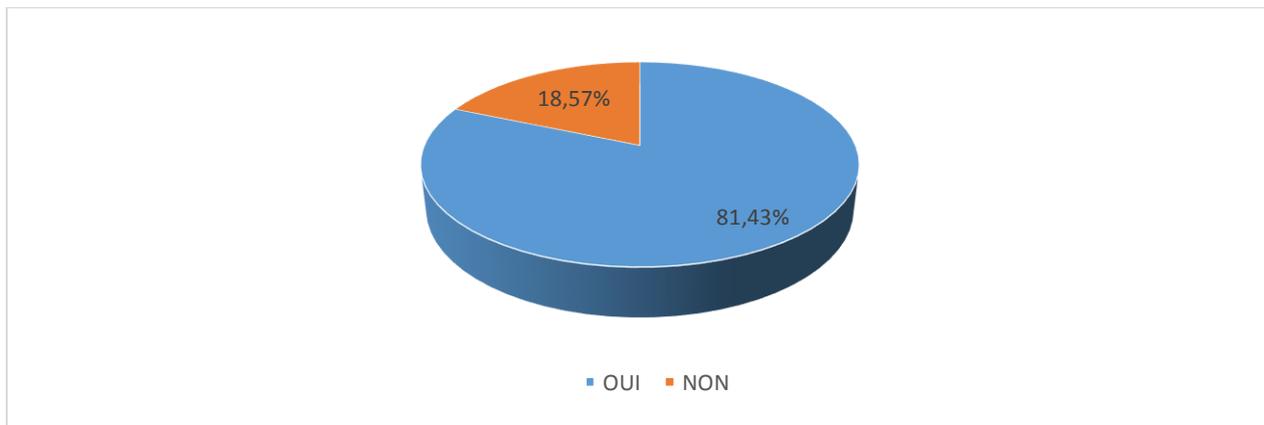


Figure 9: Répartition des enfants selon l'examen complémentaire
Au moins un examen complémentaire avait été fait chez **81,69%** des enfants.

3.1.29 Diagnostic retenu :

Tableau XX : Répartition des enfants selon le diagnostic retenu

Diagnostic	Fréquence	Pourcentage
IRA haute	169	30,18%
Gastroentérite	92	16,44%
MAS	46	8,21%
Dermatose	45	8,04%
IRA basse	41	7,32%
INN	34	6,07%
Candidose buccale	26	4,64%
Parasitose	25	4,46%
Paludisme simple	17	3,04%
Infection urinaire	6	1,07%
Paludisme grave	5	0,89%
Prématurité	5	0,89%
Hypotrophie	5	0,89%
Hernie ombilicale	3	0,54%
Méningite	3	0,54%
Omphalite	3	0,54%
Retard psychomoteur	3	0,54%
Anoxie cérébrale	3	0,54%
Autres	30	2,16%
Total	560	100,00%

Autres: Adénite cervicale, Accident domestique ,Asthme ,Epilepsie, Hydrocéphalie, Parotidite, Morsure d'âne, Noyade, insuffisance du lait maternel, Plaie infectée, RAA, Fièvre jaune, AVP, Brulure, Conjonctivite ,Crise colique , Drépanocytose, Phimosis ,rougeole

Les infections respiratoires aiguës hautes étaient prédominantes dans **30,18%** des cas.

3.1.30 Décision thérapeutique :

Tableau XXI : Répartition des enfants selon la décision thérapeutique

Décision thérapeutique	Fréquence	Pourcentage
Suivi à l'externe	438	78,21%
Hospitaliser	118	21,07%
Evacuer	3	0,54%
Décéder	1	0,18%
Total	560	100,00%

Parmi les enfants **78,21%** étaient suivis en externe et **21,07** étaient hospitalisé.

3.1.31 L'accueil :

Tableau XXII : Répartition des enfants selon la qualité de l'accueil

Accueil	Fréquence	Pourcentage
Bon	536	95,71%
Assez bon	13	2,33%
Mauvais	11	1,96%
Total	560	100,00%

A **95,71%** les accompagnants avaient trouvé l'accueil bon.

3.1.32 Satisfaction de l'accompagnant à l'examen de l'enfant :

Tableau XXIII: Répartition des enfants selon la qualité de l'examen clinique

Qualité de l'examen clinique	Fréquence	Pourcentage
Bon	535	95,53%
Assez bon	24	4,29%
Mauvais	1	0,18%
Total	560	100,00%

Les accompagnants étaient satisfaits de l'examen clinique de leurs enfants à **95,53%**.

3.1.33 Temps d'attente :

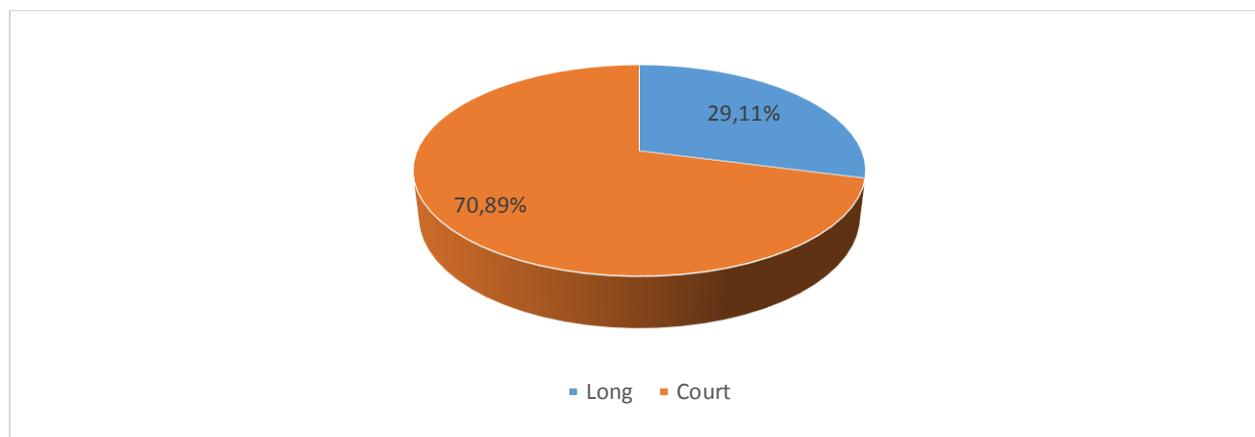


Figure 10: Répartition des enfants selon le temps d'attente

Les accompagnants avaient trouvé le temps d'attente court dans **70,89%** des cas.

3.1.34 Satisfaction de la prise en charge de l'enfant :

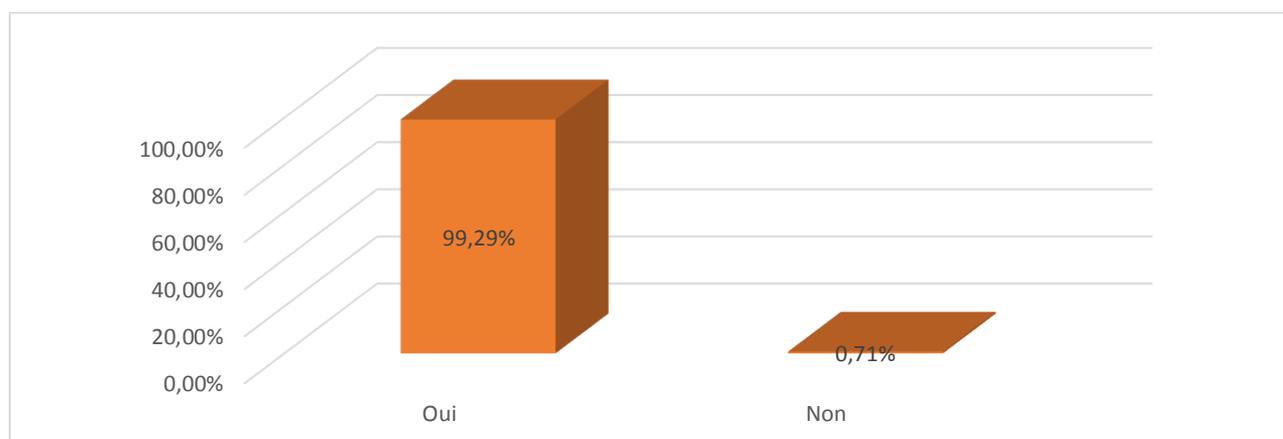


Figure 11: Répartition des enfants selon la satisfaction de leur prise en charge pour les accompagnants

Parmi les accompagnants **99,29%** étaient satisfaits de la prise en charge de leur enfant.

3.2 RESULTATS ANALYTIQUES:

3.2.1 Diagnostic selon la tranche d'âge:

Tableau XXIV: Répartition du diagnostic selon la tranche d'âge

<i>Diagnostic retenu</i>	<i>Age</i>			<i>Total</i>
	<i>0 à 28 jours</i>	<i>29 jours à 23 mois</i>	<i>24 mois à 59 mois</i>	
<i>Anoxie cérébrale</i>	3	0	0	3
<i>Candidose buccale</i>	1	20	5	26
<i>Dermatose</i>	3	31	11	45
<i>Drépanocytose</i>	0	0	1	1
<i>Erreur diététique</i>	2	4	0	6
<i>Gastroentérite</i>	5	66	21	92
<i>Hernie ombilicale</i>	0	2	1	3
<i>Hypotrophie</i>	3	0	0	3
<i>Infection urinaire</i>	0	2	4	6
<i>INN</i>	32	2	0	34
<i>IRA basse</i>	1	27	13	41
<i>IRA haute</i>	8	110	51	169
<i>Méningite</i>	1	2	0	3
<i>Omphalite</i>	3	0	0	3
<i>Paludisme grave</i>	0	0	5	5
<i>Paludisme simple</i>	0	7	10	17
<i>Parasitose</i>	0	10	15	25
<i>Prématurité</i>	5	0	0	5
<i>Retard psychomoteur</i>	0	3	0	3
<i>Rougeole</i>	0	1	0	1
<i>Souffrance fœtale</i>	3	0	0	3
<i>Autres</i>	4	12	10	26
TOTAL	74	323	163	560

Khi²= 386,4927

P= 0

Le diagnostic retenu a une influence statistiquement sur la tranche d'âge.

3.2.2 Diagnostic selon le sexe:

Tableau XXV : Répartition du diagnostic selon sexe

<i>Diagnostic retenu</i>	<i>Sexe</i>		
	Masculin	Féminin	Total
<i>Anoxie cérébrale</i>	3	0	3
<i>Candidose buccale</i>	15	11	26
<i>Dermatose</i>	27	18	45
<i>Drépanocytose</i>	1	0	1
<i>Gastroentérite</i>	55	37	92
<i>Hernie ombilicale</i>	0	3	3
<i>Hypotrophie</i>	2	1	3
<i>Infection urinaire</i>	4	2	6
<i>INN</i>	20	14	34
<i>IRA basse</i>	24	17	41
<i>IRA haute</i>	85	84	169
<i>MAS</i>	24	22	46
<i>Méningite</i>	3	0	3
<i>Omphalite</i>	1	2	3
<i>Paludisme grave</i>	4	1	5
<i>Paludisme simple</i>	8	9	17
<i>Parasitose</i>	16	9	25
<i>Prématurité</i>	3	2	5
<i>Retard psychomoteur</i>	3	0	3
<i>Rougeole</i>	1	0	1
<i>Souffrance fœtale</i>	2	1	3
<i>Autres</i>	16	10	26
TOTAL	317	243	560

Khi²= 19,9234

P= 0,5261

Le diagnostic retenu n'a pas d'influence statistiquement sur le sexe de l'enfant.

3.2.3 Diagnostic selon le temps mis avant la consultation :

Tableau XXVI : Répartition du diagnostic selon le temps mis avant la consultation

<i>Diagnostic retenu</i>	<i>Temps mis avant la consultation</i>				<i>Total</i>
	<i>0 à 3 jours</i>	<i>4 à 7 jours</i>	<i>8 à 14 jours</i>	<i>15 jours et plus</i>	
<i>Anoxie cérébrale</i>	2	0	0	1	3
<i>Candidose buccale</i>	16	10	0	0	26
<i>Dermatose</i>	25	14	1	5	45
<i>Drépanocytose</i>	1	0	0	0	1
<i>Gastroentérite</i>	57	26	5	4	92
<i>Hernie ombilicale</i>	0	0	0	3	3
<i>Hypotrophie</i>	2	0	1	0	3
<i>infection urinaire</i>	3	2	1	0	6
<i>INN</i>	29	5	0	0	34
<i>IRA basse</i>	17	16	4	4	41
<i>IRA haute</i>	120	45	2	2	169
<i>MAS</i>	9	14	8	15	46
<i>Méningite</i>	3	0	0	0	3
<i>Omphalite</i>	1	1	1	0	3
<i>Paludisme grave</i>	2	2	1	0	5
<i>Paludisme simple</i>	12	5	0	0	17
<i>Parasitose</i>	11	10	0	4	25
<i>Prématurité</i>	4	1	0	0	5
<i>Retard psychomoteur</i>	0	2	0	1	3
<i>Rougeole</i>	1	0	0	0	1
<i>Souffrance fœtale</i>	3	0	0	0	3
<i>Autres</i>	18	7	1	0	26
TOTAL	336	160	25	39	560

Khi²= 199,4231

P= 0

Le diagnostic retenu a une influence statistiquement sur le temps mis avant la consultation.

3.2.4 Diagnostic selon la satisfaction de la prise en charge :

Tableau XXVII: Répartition du diagnostic selon la satisfaction de la prise en charge

<i>Diagnostic retenu</i>	<i>Satisfaction de la prise en charge</i>		Total
	OUI	NON	
<i>Anoxie cérébrale</i>	3	0	3
<i>Candidose buccale</i>	26	0	26
<i>Dermatose</i>	45	0	45
<i>Drépanocytose</i>	1	0	1
<i>Gastroentérite</i>	92	0	92
<i>Hernie ombilicale</i>	3	0	3
<i>Hypotrophie</i>	3	0	3
<i>Infection urinaire</i>	6	0	6
<i>INN</i>	34	0	34
<i>IRA basse</i>	40	1	41
<i>IRA haute</i>	168	1	169
<i>MAS</i>	46	0	46
<i>Méningite</i>	3	0	3
<i>Omphalite</i>	3	0	3
<i>Paludisme grave</i>	4	1	5
<i>Paludisme simple</i>	17	0	17
<i>Parasitose</i>	25	0	25
<i>Prématurité</i>	5	0	5
<i>Retard</i>	3	0	3
<i>psychomoteur</i>			
<i>Rougeole</i>	1	0	1
<i>Souffrance fœtale</i>	3	0	3
<i>Autres</i>	25	1	26
TOTAL	556	4	560

Khi²= 33,8696

P= 0,0374

Le diagnostic retenu a une influence statistiquement sur la satisfaction de la prise en charge.

3.2.5 Diagnostic selon la décision thérapeutique:

Tableau XXVIII : Répartition du diagnostic selon la décision thérapeutique

<i>Diagnostic retenu</i>	<i>Décision thérapeutique</i>				<i>Total</i>
	<i>Suivi à l'externe</i>	<i>Hospitalisé</i>	<i>Evacué</i>	<i>Décédé</i>	
<i>Anoxie cérébrale</i>	1	2	0	0	3
<i>Candidose buccale</i>	26	0	0	0	26
<i>Dermatose</i>	45	0	0	0	45
<i>Drépanocytose</i>	0	1	0	0	1
<i>Gastroentérite</i>	75	17	0	0	92
<i>Hernie ombilicale</i>	2	1	0	0	3
<i>Hypotrophie</i>	2	1	0	0	3
<i>Infection urinaire</i>	5	1	0	0	6
<i>INN</i>	12	22	0	0	34
<i>IRA basse</i>	34	7	0	0	41
<i>IRA haute</i>	168	1	0	0	169
<i>MAS</i>	5	41	0	0	46
<i>Méningite</i>	0	3	0	0	3
<i>Omphalite</i>	3	0	0	0	3
<i>Paludisme grave</i>	1	4	0	0	5
<i>Paludisme simple</i>	16	1	0	0	17
<i>Parasitose</i>	25	0	0	0	25
<i>Prématurité</i>	0	5	0	0	5
<i>Retard psychomoteur</i>	1	0	2	0	3
<i>Rougeole</i>	1	0	0	0	1
<i>Souffrance fœtal</i>	1	2	0	0	3
<i>Autres</i>	15	9	1	1	26
TOTAL	438	118	3	1	560

Khi²= 571,0669

P= 0

Le diagnostic retenu a une influence statistiquement sur la décision thérapeutique.

3.2.6 Motif de consultation selon le temps mis avant la consultation :

Tableau XXIX: Répartition du motif de consultation selon le temps mis avant la consultation

<i>Motif de consultation</i>	<i>Temps mis avant la consultation</i>				<i>Total</i>
	<i>0 à 3 jours</i>	<i>4 à7 jours</i>	<i>8 à14 jours</i>	<i>15jours et plus</i>	
<i>Ballonnement</i>	2	3	1	0	6
<i>Convulsion</i>	3	1	1	0	5
<i>Cris plaintifs</i>	7	2	0	0	9
<i>Diarrhée</i>	50	25	8	14	97
<i>Douleur abdominale</i>	5	4	0	3	12
<i>Fièvre</i>	149	56	5	5	215
<i>Jaunisse</i>	2	0	0	0	2
<i>Refus de téter</i>	2	0	1	0	3
<i>Rhinorrhée</i>	31	13	1	2	47
<i>Toux, difficulté respiratoire</i>	24	27	2	5	58
<i>vomissement</i>	16	5	1	1	23
<i>Autres</i>	45	24	5	9	83
<i>TOTAL</i>	336	160	25	39	560

Khi²= 63,8649

P= 0,001

Le motif de consultation a une influence statistiquement sur le temps mis avant la consultation.

4. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

4.1 Contraintes et faiblesse de l'étude:

Notre étude a été prospective, et a porté sur les motifs de consultation des enfants de 0 à 59 mois dans le centre de santé de référence de Nara.

Nous avons été confrontés au cours de cette étude au problème de recrutement des malades, le plus souvent lié à l'indisponibilité de l'un des parents, un questionnaire long selon certains accompagnants, la rareté d'études précises qui ont traité notre sujet.

Les faiblesses ont été : L'ignorance des mères ou accompagnants à nous édifier sur l'âge, la profession, le niveau d'instruction des parents. Certains parents ne connaissaient pas leur propre âge à plus forte raison celui de leur enfant, la tranche d'âge de 0 à 59 mois.

4.2 Caractéristiques sociodémographiques :

4.2.1 Malade :

- ❖ **L'Age:** La tranche d'âge de 29 jours à 23 mois a été la plus représentée avec **57,68%**.

Notre résultat est supérieur à une étude menée au CHU Gabriel Touré [23] qui avait trouvé que 33% des enfants étaient entre 1 et 11 mois.

Ce phénomène s'expliquerait par une plus grande vulnérabilité de cette tranche d'âge aux maladies.

- ❖ **Le sexe:** Le sexe masculin a été prédominant avec **56,61%**.

MAÏGA B [11] , dans le service de pédiatrie au CHU Gabriel Touré a trouvé un résultat similaire avec 55,2% en faveur du sexe masculin.

TRAORE B [24] a noté également une prédominance du sexe masculin avec 56,4% au centre de santé de référence de Koutiala.

En ce qui concerne le sexe, le phénomène paraît normal puisque le sexe ratio de la population générale du Mali (EDSM-V) est en faveur du sexe masculin.

- ❖ **La provenance:** Nos enfants provenaient de Nara ville dans **58,39%**, cependant près de **11,43%** des enfants résidaient à la République islamique de la Mauritanie.

Ce résultat est opposé à une étude menée au centre de santé de référence de Koutiala par TRAORE B [24] qui avait trouvé que 64,5% des patients provenaient hors de Koutiala ville et inférieure à celle de BAGAYOGO L [25] dans le service de pédiatrie de l'hôpital régional de Sikasso qui avait trouvé que 86,46% des patients provenaient de Sikasso ville.

Le lieu de provenance peut s'expliquer par la distance qui sépare le centre de santé et la localité de résidence et ou la qualité de soins offerts à la population.

- ❖ **Le rang dans la fratrie :** Dans **27,50%** des cas, nos enfants occupaient le premier rang dans la fratrie qui peut être en relation avec le manque d'expérience des parents pour la prévention des maladies de l'enfant.

Ce résultat est similaire à d'autres études:

MAÏGA B [11] dans le service de pédiatrie du CHU Gabriel Touré a trouvé que 30,4% des enfants occupaient le premier rang dans la fratrie,

MAIGA M B [9] au CSRéf de la commune I du district de Bamako et TRAORE B [24] au CSRéf de Koutiala avec respectivement 26,4% et 31,8% des enfants occupaient le premier rang dans la fratrie.

4.2.2 Les Parents:

- ❖ **Le secteur d'activité des parents:** Les pères de nos enfants étaient commerçants dans 32,50% des cas.

SISSOKO S [7] , dans le service de pédiatrie du CHU Gabriel Touré a trouvé un résultat similaire avec 31,6% et contrairement à TRAORE B [24] au CSRéf de Koutiala qui a trouvé que 44 % des pères étaient cultivateurs.

Les mères de nos enfants étaient des femmes au foyer à 99%.

Notre résultat est supérieur à d'autres. Il s'agit de :

SIDIBE M [8], dans le service de pédiatrie du CHU Gabriel Touré de Bamako, a trouvé un résultat inférieur avec 63,9% et TRAORE B au CSRéf de Koutiala 85,7% des mères qui étaient des femmes au foyer.

- ❖ **Le statut matrimonial des parents:** Dans **97,14%** les pères étaient mariés contre **96,61%** des mères.

MAIGA B [11] dans le service de pédiatrie du CHU Gabriel Touré a trouvé un résultat similaire avec 94% des pères qui sont mariés contre 92,5% des mères.

SISSOKO S [7] dans le même service a trouvé un résultat inférieur avec 90% des pères mariés contre 88,1% des mères.

- ❖ **Scolarisation des parents :** Les pères des enfants dans notre échantillon n'étaient pas scolarisés dans **53,21%** contre **60,5%** des mères. Nous constatons une baisse du taux d'alphabétisation dans notre échantillon.

Notre taux d'analphabète est supérieur à ceux de:

SIDIBE M [8] et SISSOKO S [7] qui ont trouvé respectivement 27,3%, contre 29,5% et 33,3% contre 52,88% le taux d'analphabète des pères et des mères.

- ❖ **La parité des mères :** Les mères de nos enfants étaient paucipares dans **42,32%**.

MAIGA M B [9] a trouvé un résultat similaire avec 40,3% des mères qui étaient paucipares au CSRéf de la commune I du district de Bamako.

4. 3 Motifs de consultation, temps mis avant la consultation, prise de décision, prise en charge du traitement:

4.3.1 Motifs de consultation La fièvre a été le premier motif de consultation des enfants avec **38,39%**, suivie par la diarrhée à **17,32%** et la toux/difficulté respiratoire à **10,36%**.

La fièvre a constitué le motif de consultation le plus fréquent des enfants selon d'autres études réalisées dans le service de pédiatrie du CHU Gabriel Touré par SIDIBE M [8] et SISSOKO S [7] qui ont trouvé la fièvre comme premier motif de consultation suivie de la toux / difficultés respiratoires et la diarrhée avec respectivement 35,1% et 14,6%, 14,4% et 68,4%, 28,7% et 13,4%.

MAIGA B [11] aussi a trouvé comme fièvre premier motif de consultation avec 64,8% suivie par la toux/difficultés respiratoires à 33,7% et par la diarrhée à 21,7% au CSRéf de la commune I du district de Bamako.

Cette prédominance de la fièvre pourrait être attribuée au fait que les maladies infectieuses dominent la pathologie pédiatrique au Mali.

La forte représentativité de la diarrhée peut être due au fait que c'est un signe accompagnateur de beaucoup de pathologies digestives et extradigestives chez les enfants de moins de 5 ans.

Il en va de même pour la toux/difficultés respiratoires qui traduit une plus grande susceptibilité des enfants aux infections respiratoires et surtout chez les enfants de moins de 5 ans.

Ces résultats sont contraires à celui de LY F à Pikine au Sénégal selon lui les troubles respiratoires représentaient les premiers motifs de consultation avec 30,2%, suivies par les troubles digestifs 28,7% et une fièvre isolée à 20,1% [27].

La fièvre (25,5%), les affections respiratoires (24,5%), les pathologies digestives (21,75%) ont été les motifs de consultation les plus fréquentes d'après une étude dans le service de pédiatrie de Clocheville en France [28].

4.3.2 Temps mis avant la consultation: Parmi nos enfants 60,00% étaient venus en consultation dans les 72 heures qui ont suivi le début des symptômes.

SIDIBE M [8] et SISSOKO S [7] ont trouvé de résultats inférieurs avec 42,9% et 52,2% des enfants ont été amenés par les parents en consultation avant le 4^{ème} jour.

4.3.3 Prise de décision : Le père a décidé la consultation dans 42,68% des cas suivie de la mère à 39,46% et à 7,14% par la grande mère. Dans la société malienne, à majorité, le dernier mot revient surtout au père.

Ce résultat est similaire à celui de SIDIBE M [8] avec respectivement, le père dans 59,4% des cas, la mère dans 31,4%, et seulement dans 2,8% par les grands parents.

Contrairement à SISSOKO S [7] qui avait trouvé que cette décision a été prise par la mère dans 45,6% des cas, le père dans 37,8% des cas et les grands parents dans 3,3% de cas.

4.3.4 Prise en charge du traitement : Le père a pris en charge le frais du traitement dans 79,29% des cas dans notre étude qui peut signifier que le père est le premier responsable de la famille.

Selon MAIGA B [11] à l'hôpital Gabriel Touré dans 83,3% des cas et MAIGA M B [9] au CSRéf de la commune I dans 90,8% le père a pris en charge le frais du traitement.

4.4 Traitement reçu avant la consultation : Nos patients avaient reçus un traitement avant la consultation dans 49,82%.

Différemment à MAIGA M B [9] , 52,3% des enfants avaient reçus un traitement avant la consultation et SISSOKO S [7] , qui avait trouvé que 70,6% des enfants ont reçus un traitement avant de venir consulter.

4.5 Diagnostic retenu : Les infections respiratoires aiguës hautes ont été prédominantes dans 30,18% des cas suivies par les gastroentérites dans 15,36% et la malnutrition dans 8,21%.

L'absence du paludisme parmi nos hypothèses diagnostics les plus fréquentes peut s'expliquer par la période de l'année au cours de laquelle notre étude s'est déroulée. A cette période de saison sèche, surtout associés à des facteurs favorisants tels que le climat sahélien et un système immunitaire défaillant chez les enfants de moins de 5 ans on peut observer fréquemment les affections respiratoires.

Selon d'autres études :

MAIGA B [11] , les infections respiratoires aiguës étaient le premier diagnostic retenu avec 35,5%, le paludisme 26,8%, la diarrhée 8,7%.

Au service de pédiatrie du CHU de Brazzaville les gastroentérites représentaient le diagnostic le plus fréquent avec 24,7 % , les infections broncho-pulmonaires à 18,9% et le paludisme à 17,3% [29].

4.6 Décision thérapeutique : Dans notre étude **78,21%** des enfants étaient suivis en externe et **21,07%** ont été hospitalisés.

Comparativement à MAIGA B [11] et SISSOKO S [7] qui ont trouvé respectivement que 23,6% et 32,5% des patients vu en consultation étaient hospitalisés.

4.7 Qualité de la prise en charge :

❖ **L'accueil :** L'accueil a été bon selon **95,71%** des accompagnants.

Notre résultat est concordant à celui de MAIGA M B [9] au service de pédiatrie du CSRéf de la commune I qui avait un taux de 91,1% des parents qui ont trouvé l'accueil bon.

❖ **Temps d'attente :** Les accompagnants ont trouvé le temps d'attente court dans **70,89%**.

Ce résultat est supérieur à ceux de SISSOKO S [7] au CHU Gabriel Touré et MAIGA M B [9] au CSRéf de la Commune I qui ont trouvé que respectivement 66,7% et 57,6% des accompagnants ont trouvé le temps d'attente long ou très long.

❖ **Satisfaction de la prise en charge de l'enfant :** Les accompagnants ont été satisfaits de la prise en charge de leur enfant dans **98,93%** des cas.

MAIGA M B [8] au CSRéf de la commune I avait trouvé un résultat similaire avec 97,5% des parents ont été satisfaits de la prise en charge.

MARIKO S [30] et SISSOKO S [7] ont trouvé un résultat similaire dans le service de pédiatrie CHU Gabriel Touré avec respectivement 74,9% et 74,7% des cas.

5. CONCLUSION

Motifs de consultation des enfants de 0 à 59 mois dans le centre de santé de référence de Nara

Notre étude s'est déroulée au centre de sante de référence de Nara portant sur les motifs de consultation des enfants de 0 à 59 mois de janvier en juin 2018.

Il en ressort de notre travail que:

La majorité de nos enfants provenaient de la ville de Nara et étaient venus en consultation avant le quatrième jour qui a suivi le début des symptômes.

La fièvre représentait le premier motif de consultation et les infections respiratoires aigües hautes le premier diagnostic retenu.

Rares étaient ceux qui ont reçu un traitement avant la consultation.

Le père avait décidé la consultation et avait pris en charge le frais du traitement dans la plus part des cas.

Peu d'enfants ont été hospitalisé permis ceux qui étaient venus en consultation et la majorité des accompagnants étaient satisfaits de la prise en charge de leur enfant.

6. RECOMMANDATIONS

Au vu des résultats de notre étude, nous suggérons :

6.1 Aux autorités :

- Formation en qualité et quantité du personnel dans la prise en charge des maladies de l'enfant
- Créer une unité de pédiatrie avec un spécialiste au centre de santé de référence de Nara.
- Mener des campagnes d'information et d'éducation pour les parents en matière des maladies de l'enfant.

6.2 Aux personnels socio sanitaires :

- Assurer les communications pour le changement de comportement avec les mères par rapport à l'hygiène individuelle et collective.
- Mettre en place un service d'accueil et d'orientation des malades.
- Améliorer la qualité des soins dans le but d'obtenir un résultat meilleur.

6.3 Aux usagés :

- Fréquenter les structures périphériques pour les pathologies considérées comme non urgentes afin d'avoir une orientation thérapeutique.
- Prévenir la maladie de l'enfant en adoptant certaines mesures de protection, d'hygiène et d'alimentation.
- Promouvoir l'allaitement maternel exclusif chez les enfants de moins de 6 mois et éviter le sevrage précoce.
- Utiliser des moyens physiques (enveloppement humide) pour les enfants fébriles avant d'arriver au centre de santé le plus proche.

7. REFERENCES

Motifs de consultation des enfants de 0 à 59 mois dans le centre de santé de référence de Nara

1. République du Mali. PLAN DECENNAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE ET SOCIAL 1998 -2007 (PDDSS). 2007.
2. UNICEF. L'égalité des chances pour chaque enfant [Internet]. OMS; 2016 p. 184. Disponible sur: www.unicef.org
3. UNICEF. RAPPORT ANNUEL DE L'UNICEF 2011 [Internet]. OMS; 2011 p. 44. Disponible sur: www.unicef.org/french
4. Eniko Edit Akom. ATLAS DE L'INTEGRATION REGIONAL EN AFRIQUE DE L'OUEST. In: Les maladies transmissibles. OMS; 2008. p. 20.
5. ENQUETE DEMORAPHIQUE ET DE SANTE DU MALI EDMS V 2012 2013. Bamako; 2013 mai p. 37.
6. Déclaration politique sectorielle santé 1995. 1995.
7. SISSOKO S. MOTIF DE CONSULTATION DANS LE SERVICE DE PEDIATRIE DE L'HOPITAL GABRIEL TOURE [Transversale prospective]. [Bamako]: FMPOS; 2005.
8. SIDIBE M. LES MOTIFS DE CONSULTATION EN EXTERNE DANS LE SERVICE DE PEDIATRIE DU CHU GABRIEL TOURE DE BAMAKO [Transversale, longitudinale]. [Bamako]: FMPOS; 2011.
9. MAIGA M B. MOTIFS DE CONSULTATION DANS LE SERVICE DE PEDIATRIE DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE I DU DISTRICT DE BAMAKO [Transversale, prospective et descriptive]. [Bamako]: FMPOS; 2010.
10. DOUMBIA M N. PRISE EN CHARGE INTEGREE DES MALADIES DE L'ENFANT DANS LE SERVICE DE CONSULTATION EXTERNE PEDIATRIQUE DE L'HOPITAL GABRIEL TOURE [Prospective, descriptive]. [Bamako]: FMPOS; 2001.
11. MAIGA B. ETUDE DE LA REFERENCE DANS LE SERVICE DE PEDIATRIE DU CHU GABRIEL TOURE [Transversale prospective]. [Bamako]: FMPOS; 2003.
12. PROGRAMME DE DEVELOPPEMENT SOCIO-SANITAIRE 2014-2018 (PRODESS III). 2018.
13. LAROUSSE MEDICALE. 2005^e éd. 2005.

14. UNICEF. STATISTIQUE CLES SUR LA SURVIE, LA PROJECTION ET LE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT [Internet]. OMS; 2014 p. 8. Disponible sur: www.childinfo.org
15. Cellule de Planification et de Statistique. ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE (EDSM-IV). Mali; 2006 p. 535.
16. RAPPORT DU PALUDISME DANS LE MONDE 2010. 2010 p. 6.
17. COULIBALY CHIAKA. PRISE EN CHARGE DES CAS DE PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE 0 A 5 ANS ET PERCEPTION DES MERES DANS UN SERVICE DE PEDIATRIE. MALI Med. 2012;XXVII:6.
18. SANOGO B. ETUDE DES INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUËS EN MILIEU COMMUNAUTAIRE CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS DANS LES REGIONS DE KAYES, SIKASSO, SEGOU ET MOPTI [Transversale]. [Bamako]: FMPOS; 2010.
19. Professeur Pierre Aubry, Docteur Bernard-Alex Gaüzère,. MEDECINE TROPICALE 2016. 2016 p. 8.
20. PLAN D'ACTION MONDIALE INTEGRE POUR PREVENIR ET COMBATER LA PNEUMONIE ET LA DIARRHEE [Internet]. OMS; 2013 p. 72. Disponible sur: www.who.int)
21. OMS. MALNUTRITION DES ENFANTS EN AFRIQUE [Internet]. 2013 p. 8. Disponible sur: www.childinfo.org
22. OMS. CIBLES MONDIALES DE NUTRITION 2025 [Internet]. OMS; 2017 p. 8. Disponible sur: www.who.int/nutrition
23. Doumbia AK, Togo B, Togo P, Traoré F, Coulibaly O, Dembélé A, Maïga B, Dicko F, Diakité AA, Sylla M. MORBIDITE ET MORTALITE CHEZ LES ENFANTS DE 01 A 59 MOIS HOSPITALISES AU SERVICE DE PEDIATRIE GENERALE DU CHU GABRIEL TOURE DE JANVIER A DECEMBRE 2013. Rev Malienne D'Infectiologie Microbiol 2016. 2013;8:9.
24. TRAORE B. ETUDE DE LA MORTALITE ET DE LA MORBIDITE DES ENFANTS DE 0 à 15 ANS AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE KOUTIALA [descriptive transversale, prospective]. [Bamako]; 2011.
25. BAGAYOGO L. MORBIDITE ET MORTALITE DANS LE SERVICE DE PEDIATRIE DE L'HOPITAL REGIONAL DE SIKASSO DE 2002 à 2004 [rétrospective]. [Bamako]: FMPOS; 2008.
26. BEATRIZ PÉREZ BERNABÉ. COVERAGE ASSESSMENT. 2014 avr p. 52.

Motifs de consultation des enfants de 0 à 59 mois dans le centre de santé de référence de Nara

27. LY F. PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE DES CONSULTANTS ADMIS AUX URGENCES MEDICALES PEDIATRIQUES DU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL DE PIKINE. déc 2016;4(2).
28. Anaïs HAHUSSEAU. LE RECOURS AUX URENCES PEDIATRIQUE EST-IL TOUJOURS JUSTIFIE [descriptive prospective.]. [Paris]: FACULTE DE MEDECINE DE TOURS; 2015.
29. Mabilia-Babela JR, Senga P. Consultations de nuit aux urgences pédiatriques du CHU de Brazzaville, Congo. 69 2009;281-5.
30. MARIKO S. QUALITE DE PRISE EN CHARGE DES SIX PREMIERE PATHOLOGIES, NIVEAU DE SATISFACTION DES PARENTS. FMOS; 2003.

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE :

MOTIFS DE CONSULTATION DES ENFANTS DE 0 à 59 MOIS DANS LE CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE NARA DE JANVIER EN JUIN 2018

1. IDENTITE DU MALADE

Date:

Nom..... Prénom.....

Age: (0-28J) (29 J à 23 mois) (24 mois à 59 mois)

Sexe: M. F. Résidence.....

Ethnie.....Rang dans la fratrie.....

Orphelin: oui non Si oui: de père de mère des deux parents

2. IDENTITE DU PERE

Age.....Profession.....Tel:.....

Situation matrimoniale: marié célibataire divorcé veuf

Est-il scolarisé? Oui non Si oui, niveau d'étude: primaire secondaire supérieure

3. IDENTITE DE LA MERE

Age.....Profession.....

Situation matrimoniale: marié célibataire divorcé veuve

Est-elle scolarisée? oui non Si oui, niveau d'étude: primaire secondaire supérieure

Antécédents obstétricaux: G.....P.....V.....D.....A.....

Type d'accouchement concernant le malade: eutocique dystocique césarienne

Consultations prénatales: oui non Si oui, nombre.....

Chimio prophylaxie à la sulfadoxine pyriméthamine: oui non Sérothérapie anti anémique: oui non

Sérothérapie antitétanique: oui non

4. MALADIE

Motif de consultation: fièvre diarrhée convulsion jaunisse toux/difficulté respiratoire raideur de la nuque

fontanelle déprimé refus de téter cris plaintifs vomissement rhinorrhée ballonnement

douleur abdominale Autres

Temps mis avant la consultation.....Qui a décidé la consultation.....

Qui prendra en charge les frais du traitement.....

L'enfant a-t-il reçu de soins avant l'admission: oui non

Si oui: auto médication médicament traditionnel personne sanitaire centre de santé.....

Motifs de consultation des enfants de 0 à 59 mois dans le centre de santé de référence de Nara

- Examen clinique:

Poids.....température.....fréquence cardiaque.....fréquence respiratoire.....

Etat général: bon......altéré......Etat conjonctivo-palmo-plantaire: colorées......pales......ictère......cyanose...

Abdomen : normal......anormal......si anormal préciser.....

Appareil respiratoire: normal......anormal......si anormal préciser.....

Appareil cardiovasculaire: normal......anormal......si anormal préciser.....

Système nerveux: normal......anormal......si anormal préciser.....

5 .EXAMEN COMPLEMENTAIRE:

Oui......non......Si oui, nature

Resultats.....

- Diagnostic retenu:

Devenir du malade: suivi à l'externe......hospitalisé......Evacué......décédé...

Si évacué, motif.....

6. QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE

Comment avez-vous trouvé votre accueil?

Bon......assez bon......mauvais...

Comment avez-vous trouvé la façon dont l'enfant à été examiné:

Bon......assez bon......mauvais...

Comment avez-vous trouvé le temps d'attente? Long......court...

Etes-vous satisfait de la prise en charge de votre enfant? Oui......non...

Si non pourquoi?.....

FICHE SIGNALETIQUE :

Nom : MAIGA

Prénom : SIDY

Contact : (00223)77-72-64-75/60-76-73-60 ou maigasidy12@gmail.com

Titre de la thèse : Motifs de consultation des enfants de 0 à 59 mois dans le centre de sante de référence de Nara de janvier en juin 2018

Année universitaire : 2018-2019

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS)

Secteur d'intérêt : Pédiatrie et Santé publique

Résumé:

Notre étude a été prospective et s'est déroulée de janvier en juin 2018.

Elle a porté sur 560 enfants de 0 à 59 mois vus en consultation.

L'objectif principal était d'étudier les motifs de consultation des enfants de 0 à 59 mois dans le centre de santé de référence de Nara.

Objectifs spécifiques : Décrire les caractéristiques sociodémographiques des enfants de 0 à 59 mois vus en consultation durant la période d'étude, connaître les motifs les plus fréquents pour lesquels les patients de 0 à 59 mois consultent dans le centre, connaître parmi les motifs de consultations les pathologies les plus fréquentes chez les enfants de 0 à 59 mois au centre de sante de référence de Nara, déterminer le nombre d'enfants de 0 à 59 mois hospitalisés parmi ceux qui ont été vus en consultation, décrire l'itinéraire thérapeutique qui a conduit ces enfants de 0 à 59 mois au centre de santé de référence de Nara.

Il ressort de notre étude que :

- 56,61% des patients étaient de sexe masculin. Les enfants de 29 jours à 23 mois ont été les plus nombreux avec 57,68% ;
- 58,39% de nos enfants provenaient de Nara ville ;

Motifs de consultation des enfants de 0 à 59 mois dans le centre de santé de référence de Nara

- La fièvre a été le premier motif de consultation avec 38,39% ;
- Les infections respiratoires aiguës hautes ont été le premier diagnostic retenu avec 30,18% ;
- 21,07% des patients ont été hospitalisés ;
- 60% de nos patients sont venus en consultation avant le 4^{ème} jour du début des symptômes ;
- Le père a décidé la consultation dans 42,68% des cas et a pris en charge les frais du traitement dans 79,29% des cas.

Mots clés : motifs, consultation, enfants de 0 à 59 mois, csréf Nara

SERMENT D'HIPPOCRATE :

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'HIPPOCRATE, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !