

République du Mali
Un Peuple-Un But-Une Foi

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE

UNIVERSITÉ DE BAMAKO

Faculté de Médecine de Pharmacie et D'Odonto-Stomatologie

ANNEE : 2002-2003

Thèse N°.....

**Etude de la référence dans le service de pédiatrie du
CHU Gabriel Touré**

Thèse présentée et soutenue publiquement le
Faculté de Médecine de Pharmacie et D'Odonto-Stomatologie
Par **Monsieur Belco Maiga**
Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY :

Président du jury:

Pr Mohamed Touré

Membres du jury:

Dr Hamadoun Sangho

Dr Mahamadou Balla Cissé

Directeur de thèse :

Pr Toumani Sidibé

INTRODUCTION :

Conceptuellement la référence est le transfert, d'une formation sanitaire à une autre, de cas qui, pour une raison ou pour une autre, ne trouve pas satisfaction [21]

Ces raisons sont d'ordre soit :

- médical : le niveau de qualification du personnel disponible ne permet pas d'assurer une bonne prise en charge des malades.
- Social : pour des raisons de famille ou économiques.
- Organisationnel : Il s'agit de la répartition des rôles ou des fonctions par niveau. On peut citer par exemple la décentralisation de certaines modalités diagnostique, thérapeutique (tuberculose).

Au Mali, les soins de santé de base ont été d'abord marqués par les hygiénistes, les secouristes, les accoucheuses traditionnelles recyclées oeuvrant dans les équipes de santé villageoise. Ensuite des reformes ont contribué à faire évoluer le système tout au long des années pour aboutir à une nouvelle politique appelée politique sectorielle de santé. [26]

La politique sectorielle de santé et de population adoptée par le Mali le 13 décembre 1990, vise à réduire la mortalité et la morbidité dues aux principales maladies, améliorer l'état de santé des populations, étendre la couverture sanitaire tout en rendant les services de santé accessibles à la population, implanter un dispositif de soins adapté aux réalités socio-économiques des populations. La politique sectorielle de santé a mis en place un système national de soins qui peut être schématisé sous la forme d'une pyramide dont la base représente l'ensemble de la population (pour les soins primaires) et le sommet (hôpitaux nationaux) le dernier recours médical du pays.[23]

Entre les CSCOM qui constituent le premier contact pour la population à la base de la pyramide avec le système de santé et les hôpitaux nationaux, il existe des liens fonctionnels, organisationnels et administratifs.

- En effet, le malade du CSCOM est référé vers le centre de santé de la préfecture ou district sanitaire qui est le premier niveau de référence.

Le niveau du district assure la coordination, l'appui et la formation du personnel des CSCOM.

- Le deuxième niveau de la référence est constitué par les centres de santé de référence, les hôpitaux secondaires et régionaux . Le niveau régional assure la coordination, l'appui et la formation des deux niveaux ci-dessus énumérés.

- Le troisième niveau de référence, niveau central ou sommet de la pyramide, est constitué par les hôpitaux nationaux (HGT, HPG, Hôpital de Kati) et les centres nationaux de soins.

Il devrait exister normalement une parfaite collaboration entre les différents niveaux de la pyramide.

Adoptée dans l'objectif de rapprocher les structures sanitaires, le plus proche possible des populations, la pyramide sanitaire permet de référer les patients dont le problème de santé nécessite une compétence dépassant celle du personnel se trouvant au niveau primaire. Elle vise à créer un véritable contact entre les différents niveaux en matière de formation, d'approvisionnement en médicaments, de gestion etc.

Elle permet, par la même occasion à l'exécutif d'atteindre l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000, fixé par l'OMS à travers le choix de la stratégie des soins de santé primaire. En clair, elle permet la référence et la contre référence.

Comme dans les autres régions du Mali, à Bamako le schéma pyramidal du système de santé existe , mais il n'est pas respecté par les populations.

La présence de plusieurs structures privées qui complètent les structures publiques explique la diversité de choix dont dispose la population. La situation centrale de l'hôpital Gabriel TOURE en fait une infrastructure très accessible, favorisant l'afflux des patients vers le service de pédiatrie qui est détourné de ses missions traditionnelles qui sont :

- La prise en charge des malades graves
- La formation
- La recherche biomédicale

Tous ces facteurs entre autres concourent au non-respect de l'utilisation des structures de santé selon le schéma tracé.

Peu d'études réalisées dans le service de pédiatrie de l'HGT ont pris en compte sur le plan statistique les malades référés. Néanmoins, DOUMBIA M. en 2000 trouve sur un échantillon de 300 patients 50 cas référés soit 16,66%.[15]. La même année MAIGA M. dans une étude sur les pleurésies de l'enfant dans le service de pédiatrie de l'HGT trouve 22,6% de cas référés[20], SY O en 2003 trouve 25,4% de cas référés.[28]

Pour remédier à un non-respect de la référence dans le district de Bamako, de nombreuses actions ont été prises. Il y a eu des mesures administratives mais aussi financières. En effet, la consultation des enfants malades était gratuite selon le décret 203 qui sera modifiée en décret 311 en 2002.

Pour limiter l'afflux, une tarification a été instaurée à cinq cents francs (500F). L'augmentation à milles francs ne semble pas inverser le processus.

Il est nécessaire de mieux comprendre le phénomène pour recommander des mesures applicables et efficaces. Cette absence d'information pour comprendre le non-respect de la référence en pédiatrie motive notre étude.

OBJECTIFS

1 - OBJECTIF GENERAL

Etudier la référence en milieu pédiatrique de l'Hôpital Gabriel TOURE (HGT).

2 - OBJECTIFS SPECIFIQUES

- 1- Décrire les caractéristiques socio démographiques et économiques des enfants vus en consultation externe de juin 2001 à juin 2002.
- 2- Déterminer le nombre de malades référés par rapport à l'ensemble des malades vus en consultation externe.
- 3- Analyser la pertinence de la référence.
- 4- Décrire l'itinéraire thérapeutique les ayant conduit au service de pédiatrie de l'HGT.
- 5- Répertorier les pathologies les plus fréquentes pour lesquelles les patients sont référés vers le service de pédiatrie de l'HGT.
- 6- Répertorier les pathologies les plus fréquentes pour lesquelles les patients consultent le service de pédiatrie de l'HGT
- 7- Identifier les raisons de consultations directes des malades vus dans le service de pédiatrie sans consultation préalable vers les structures de niveau inférieur.
- 8- Faire des recommandations

GENERALITES

Le Mali a opté pour la stratégie des soins de santé primaire (SSP) comme le principal moyen d'atteindre la santé pour tous d'ici l'an 2000 à l'instar de tous les pays membres de l'OMS.

Les soins de santé de base ont été d'abord marqués par les hygiénistes, les secouristes, les accoucheuses traditionnelles recyclées œuvrant dans les équipes de santé villageoises. Ensuite des réformes ont contribué à faire évoluer le système de santé national, tout au long des années, pour aboutir à une nouvelle politique de santé appelée politique sectorielle de santé.

En effet la politique sectorielle de santé et de population adoptée par le Mali le 13 décembre 1990 vise à :

- ❖ Améliorer l'état de santé des populations afin qu'elles participent plus activement au développement socio-économique du pays notamment en :
 - réduisant la mortalité et la morbidité dues aux principales maladies ;
 - réduisant particulièrement la mortalité maternelle et infantile en promouvant des comportements favorables à la santé.
- ❖ Etendre la couverture sanitaire tout en rendant les services de santé accessibles à la population en :
implantant un dispositif de santé géographiquement et économiquement accessible, y compris la disponibilité en médicaments essentiels .

Rendre le système de santé viable et performant en :

- rationalisant l'utilisation des services en rapport avec les ressources disponibles ;
- améliorant l'efficacité du système de santé par une gestion rationnelle des ressources financières, matérielles et humaines.[26]

La politique sectorielle de santé a mis en place un système national de soins comportant plusieurs niveaux qui peut être schématisé sous la forme d'une pyramide dont la base représente l'ensemble de la population (pour les soins primaires) et le sommet (les hôpitaux nationaux) le dernier recours médical du pays. [23]

La population était couverte au niveau du village par une équipe de santé de village comprenant classiquement un hygiéniste secouriste, une accoucheuse traditionnelle et une animatrice de village. Depuis l'avènement des centres de santé communautaire des réformes ont contribué à améliorer cette situation.

- Le 1^{er} niveau de la pyramide sanitaire est constitué par les CSCOM et les CSAR .Ces structures disposent comme personnel des médecins, infirmiers, infirmières obstétriciennes ou sages - femmes. Elles assurent une prise en charge du PMA.

- Le deuxième niveau est constitué par les centres de santé de référence et les hôpitaux secondaires .Ces structures sont dotées de services spécialisés :radiologie, laboratoire, gynécologie, pédiatrie etc.

Comme personnel, ils disposent, de médecins et techniciens de niveau de qualification requis.

La direction régionale de la santé assure la coordination de tous ces services au niveau de la région ainsi que la liaison avec les autorités centrales.

- Le troisième niveau, niveau central est constitué, par les hôpitaux et les centres nationaux de soins qui constituent l'instance de référence pour les hôpitaux régionaux. Ils tiennent lieux également de centre de recherche et de centre hospitalier universitaire pour les établissements de formation socio-sanitaires du pays.[23]

Il faut noter ce pendant que malgré cette répartition des niveaux, la pyramide sanitaire observe des insuffisances. Ces lacunes peuvent être résumées en deux grandes catégories :

- ❖ Des lacunes liées à l'offre des soins : l'offre des soins de santé développés dans les services se caractérise par sa disparité et un déséquilibre dans sa répartition à travers le pays. Qu'il s'agisse de l'accès aux soins, de la qualité des soins, ou de leur utilisation, nos services de santé sont parmi les plus faibles. L'extension de la couverture socio-sanitaire du pays rencontre les contraintes suivantes :
- L'insuffisance de l'accessibilité des populations aux services de santé de base : Les réseaux de centre de santé de la sous-préfecture qui peuvent être considérés comme étant l'échelon de soins primaire de qualité acceptable n'honorent qu'environ 45% de la population. Les médicaments facteurs de crédibilité des services de santé ne sont ni financièrement abordables, ni même disponibles sur la majeure partie du pays.[23]
- La qualité médiocre des soins dispensés : Identifiée comme étant l'une des principales causes de la baisse de fréquentation des services de santé. Elle

s'explique par le manque d'équipements techniques, de médicaments et de fournitures, la faible productibilité du personnel socio-sanitaire, l'insuffisance des moyens de supervision.

❖ Des lacunes inhérentes au système de gestion centralisée aux services de santé :

L'organisation de la santé au Mali présente le paradoxe de la centralisation du pouvoir de décision au niveau central, et la faiblesse des moyens de gestions du niveau opérationnel dont l'importance stratégique dans le développement sanitaire du pays est en revanche croissante .

Beaucoup d'effort entrepris ces dernières années par l'exécutif ont permis d'améliorer l'état de santé des populations .

En 1995-1996 les résultats de l'EDS II ont estimé que 30°/° de la population situés dans un rayon de 5 km avaient accès au PMA et 50°/° dans un rayon de 15 km.

Les rapports d'activité de la DNS révèlent que l'accès au PMA était en 1998 de 32°/° dans un rayon de 5km et 53°/° dans un rayon de 15km.

E n 2000, 37°/° dans un rayon de 5km et 59°/° dans un rayon de 15km, enfin en 2001, 40°/° à moins de 5 km et 63°/° à moins de 15km.

La situation a donc évolué positivement entre 1996 et 2001.

Le ratio nombre d'habitant par catégorie de personnel reste au Mali inférieur aux normes retenues par l'OMS. Ainsi, ce ratio est de 1 médecin pour 14612 habitants (norme = 10000), 1 infirmier d'état pour 18145 habitants (norme =5000), 1 infirmier du premier cycle pour 13989 habitants (norme = 5000), 1 sage femme pour 21440 habitants (norme = 5000) et enfin 1 infirmière obstétricienne pour 62163 habitants (norme = 5000) [3]

Le district de Bamako couvre une superficie de 267 Km² pour une population estimée en 2002 à 1218853 habitants . Il est divisé en six communes dont quatre sur la rive gauche du fleuve Niger. Il renferme plusieurs aires de santé échelonnées selon la pyramide sanitaire. Le tableau suivant donne le nombre de structures sanitaires publiques et communautaires. [5]

Tableau récapitulatif des structures communautaires et des centres de santé de référence du district de Bamako.[4]

District BKO	CSCOM	CENTRE REF
CI	9	1
CII	5	1
CIII	7	1
CIV	5	1
CV	9	1
CVI	9	1
TOTAL	44	6

Dans un rapport de la direction régionale du district de BKO, on note que les structures publiques et communautaires disposent de :

92 médecins ,1 ingénieur sanitaire, 227 sages-femmes ,85 infirmiers d'état, 22 techniciens de laboratoire ,21 techniciens sanitaires ,44 techniciens de développement communautaire ,1 ingénieur de technologie alimentaire.

Les structures communautaires et publiques sont épaulées par plusieurs structures privées et paramédicales.[5]

Le rapport de la DNS en 2001 donne le nombre de structures privées dans le district de Bamako :

- Cliniques chirurgicales :14
- Cliniques d'accouchement : 2
- Cliniques médicales : 20
- Cabinet de consultations médicales : 40
- Cabinet de consultation sages-femmes :5
- cabinet de soins infirmiers : 44
- Cabinet dentaires : 13
- cabinet de radiologie : 1
- Pharmacie privée :158
- Laboratoire médicale privée : 3 [3]

Les structures publiques et parapubliques disposent de 180 médecins ,73 sages-femmes ,70 infirmiers d'état.

L'ensemble de ces structures , qu'elles soient publiques ,communautaires ,privées ou parapubliques ont pour dernier recours les hôpitaux nationaux et les centres nationaux de soins .[5]

La pédiatrie de l'Hôpital Gabriel TOURE se situe au cœur de la ville de Bamako. C'est un Hôpital de 3^{ème} niveau et par conséquent ne doit recevoir que les patients référés des autres structures. Malheureusement, ce service reçoit un flux de consultation le détournant de ses missions. Le Rapport annuel du service de pédiatrie de l'hôpital Gabriel TOURE en 2001 révèle un nombre de consultation de 39 034 patients pour seulement 6304 patients hospitalisés.

L'équipe de consultation constituée de médecins, internes et infirmiers représente le premier niveau de contact du malade avec cette structure. Ensuite les patients connaîtront trois situations :

- hospitalisation
- suivi en externe
- référée vers d'autres structures.

Le nombre élevé des consultations qui contraste avec un nombre insuffisant de personnel expliquerait parfois les insuffisances constatées tant dans la prise en charge que l'accueil des patients.

III. METHODOLOGIE

1 - CADRE DE L'ETUDE

Notre étude s'est déroulée dans le service de pédiatrie de l'hôpital Gabriel TOURE. Situé en plein centre de Bamako par sa position privilégiée, l'hôpital Gabriel TOURE reçoit les patients de toutes les communes de Bamako plus particulièrement celle de la rive gauche du fleuve Niger, souvent même ceux de l'intérieur du pays.

1.1.Le Bâtiment : Le service de pédiatrie de l'hôpital Gabriel TOURE comprend deux bâtiments à un seul étage chacun. Ce service est divisé en deux grandes parties

1- la pédiatrie A :Composée de deux ailes (pédiatrie III et pédiatrie IV) et l'unité de réanimation et de néonatalogie.

◇ La pédiatrie III comprend deux grandes salles dont chacune dispose de 8 lits d'hospitalisation ,deux petites salles climatisées d'un lit d'hospitalisation.

◇ La pédiatrie IV comprend deux grandes salles dont chacune dispose de 8 lits d'hospitalisation.

◇ L'unité de réanimation et de néonatalogie comprend quatre compartiments dont un pour les grands enfants (5 lits) et les trois autres destinés aux nouveau-nés, nourrissons, prématurés. Ces trois compartiments comprennent : des berceaux mobiles, 15 berceaux fixes, 5 couveuses.

2- La pédiatrie B : composée de deux ailes (pédiatrie I et pédiatrie II), l'unité de la consultation externe et de l'accueil.

◇ La pédiatrie I comprend deux salles dont chacune dispose de 8 lits et six petites salles climatisées d'un lit chacune.

◇ La pédiatrie II comprend trois grandes salles dont chacune dispose de 8 lits d'hospitalisation.

◇ L'unité de consultation externe et de l'accueil comprend 5 salles de consultation, deux salles de repos de trois lits, deux salles de perfusion, une grande salle pour l'accueil.

En plus des salles, la pédiatrie dispose de bureaux, toilettes, magasins.

1.2.Le personnel : il se compose de

10 médecins dont : 1 professeur de pédiatrie, chef de service

1 maître de conférence agrégé de pédiatrie, chef de service

4 assistants chef de clinique de pédiatrie

2 médecins pédiatres

2 médecins généralistes

18 techniciens de santé

9 agents techniques de santé

12 aides soignantes

4 manœuvres

A ceux-ci il faut ajouter les élèves des écoles socio-sanitaires et les étudiants en médecine des différentes années académiques faisant leur stage.

2.TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude transversale prospective portant sur les enfants âgés de 0 mois à 15 ans vus en consultation externe, référés ou non, venant des communes II, III, V, et VI du district de Bamako.

3.PERIODE D'ETUDE :

Notre étude s'est déroulée du 13 juin 2001 au 13 juin 2002

4.ECHANTILLONNAGE

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

Nous avons néanmoins calculé la taille minimale de notre échantillon en utilisant la

$$\text{formule} \quad n = \frac{(\epsilon)^2 \alpha \times p \times q}{i^2}$$

n : est la taille minimale de l'échantillon

p : la prévalence retenue, est celle retrouvée par l'étude de Maiga M = 0,22

q : 1-P = 1-0,22 = 0,78

i : la précision = 0,05

$\epsilon \alpha = 1,96$

On aura $n = (1,96)^2 \times 0,22 \times 0,78 \div 0,0025 = 263$

La taille minimale n = 263 enfants âgés de 0 à 15 ans.

Pour étudier l'impact de la saison sur notre étude un nombre de 402 malades ont été recruté durant la période d'étude.

Le choix des communes II, III, V, VI est non fortuit, permet de voir si l'éloignement et /ou la proximité de l'HGT n'influence pas cette consultation. Ainsi la commune II est considérée comme proche de l'HGT, la commune III est aussi la commune dans laquelle se trouve l'HGT. Les communes V et VI sont situées sur la rive droite du district de Bamako, sont considérées comme éloignées de l'HGT.

5.CRITERES D'INCLUSION :

Il s'agit de tout enfant âgé de 0 mois à 15 ans résidant dans les communes II, III, V, VI du district de Bamako référé ou non référé vu en consultation externe hospitalisé ou non dans le service de pédiatrie de l'hôpital GABRIEL TOURE.

*** Définition de la zone d'habitation :**

Nous avons défini trois types de zones d'habitations

- Zone urbaine : quartiers entièrement lotis et électrifiés appartenant au district de Bamako.
- Zone périurbaine : Quartiers partiellement ou non lotis plus ou moins électrifiés du district de Bamako.
- Zone rurale : Quartiers ou villages isolés situés à la périphérie de Bamako (Senou, Samaya, Kognabougou)

6.CRITERES DE NON-INCLUSION :

Il s'agit des enfants ayant :

- * Un âge supérieur à 15 ans
- * Résidants dans les autres communes du district de BAMAKO à savoir la commune I et IV
- * Résidants hors du district de BAMAKO

7.PARAMETRES EVALUES :

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

Rubrique I : identification du patient

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

Rubrique II : identification des parents

Elle porte sur le nom, le prénom, l'âge, la situation matrimoniale, la situation professionnelle, le niveau scolaire ainsi que le niveau socio-économique.

Le niveau socio-économique des parents a été défini de façon consensuelle et reparté en deux groupes de critères (tableau...).

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

Cette répartition peut ainsi être définie en échelle de niveau :

- * Le niveau 1, défini comme étant très faible, est représenté par tout ménage se

trouvant en location et ne possédant qu'un puits et une latrine.

* Le niveau 2, défini comme faible, est représenté par les éléments de niveau de vie très faible avec au moins deux éléments du groupe A

* Le niveau 3 ou niveau moyen regroupe les éléments du niveau faible avec au plus deux éléments du groupe B

* Le niveau 4 ou niveau bon regroupe les éléments du niveau faible avec au moins trois éléments du groupe B

Rubrique III: épisode actuel de la maladie

Dans ce chapitre le motif de consultation, les traitements déjà reçus l'identité de celui qui a décidé la consultation et de celui qui prendra en charge les soins médicamenteux sont recherchés.

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

Le temps mis pour arriver à l'hôpital, le moyen de transport emprunté, le coût du transport et le coût d'éventuels traitements reçus dans les autres structures sont recherchés chez l'ensemble des malades de l'échantillon

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

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

Rubrique IV : la référence

Dans ce chapitre la structure qui réfère, la qualification de celui qui réfère, le motif de référence, la présence ou non de documents de référence sont recherchés chez tous les malades référés.

La structure sanitaire la plus proche de la famille est recherchée afin d'évaluer la fréquentation des structures périphériques, de même que la qualification de celui qui consulte dans ces structures, ainsi que le bénéfice qu'apportent ces structures périphériques aux usagers, sont étudiés chez l'ensemble des patients de l'échantillon.

Chez les patients non référés une place est réservée aux raisons de consultation directe de même que la présence ou non de connaissance à l'hôpital GABRIEL

TOURE et l'habitude de consultation dans ce service

Rubrique V : accueil

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

7. TRAITEMENT DES DONNEES :

L'ensemble de ces données est traité, saisi et analysé sur le logiciel épi info version 6.04cfr

8. PROBLEMES D'ETHIQUES :

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

V- RESULTATS

1. Caractéristiques socio-démographiques

Tableau I : Répartition des patients selon le sexe

Sexe	Fréquence	Pourcentage
Masculin	222	55,2
Féminin	180	44,8
Total	402	100

55,2% des patients étaient du sexe masculin avec un sex- ratio de 1,2 en faveur des garçons.

Tableau II : Répartition des patients selon l'âge

Groupe d'âge	Fréquence	Pourcentage
0 – 4 ans	319	79,4
5 – 9 ans	61	15,2
10-15 ans	22	5,5
Total	402	100

79,4% des patients étaient âgés de moins de 5 ans

Tableau III : Répartition des patients selon le rang de la fratrie

Rang dans la fratrie	Fréquence	Pourcentage
1er	122	30,4
2 ^{ème}	98	24,4
3 ^{ème}	63	15,7
4 ^{ème}	47	11,7
5 ^{ème}	24	6,0
6 ^{ème}	13	3,2
> 6 ^{ème}	35	8,6
Total	402	100

30,4 % des patients occupaient le premier rang de la fratrie

Tableau IV : Répartition des patients selon l'ethnie

Ethnie	Fréquence	Pourcentage
Bambara	126	31,3
Soninké	80	19,9
Peulh	68	16,9
Malinké	29	7,2
Sonrhaï	16	4,0
Sénoufo	12	3,1
Dogon	10	2,5
Bozo	7	1,7
Autres *	54	13,4
Total	402	100

Autres * : Khassonké 23, Maures 9, Toucouleurs 7, Tamacheq 15
 31,3 % des patients sont des bambara

Tableau V : Répartition des patients selon la résidence

Commune	Fréquence	Pourcentage
Commune II	107	26,6
Commune III	52	12,9
Commune V	109	27,2
Commune VI	134	33,3
Total	402	100

33,3% des patients étaient de la Commune VI du District de Bamako, suivis de la commune V 27,2%

Tableau VI : Répartition des patients selon la zone d'habitats

Zone	Fréquence	Pourcentage
Zone urbaine	220	54,7
Zone péri-urbaine	175	43,5
Zone rurale	7	1,8
Total	402	100

54,7% des cas venaient des zones urbaines

Tableau VII : Répartition des patients selon l'âge du père

Tranche d'âge	fréquence	Pourcentage
20-29 ans	45	11,2
30-39 ans	143	35,6
40-49 ans	123	30,6
50-59 ans	38	9,5
≥ 60ans	17	4,1
Age inconnu	36	9,0
Total	402	100

35,6 % des pères ont un âge compris entre 30-39 ans

Tableau VIII : Répartition des patients selon le statut matrimonial du père

Statut matrimonial	Fréquence	Pourcentage
Marié	378	94,0
Célibataire	23	5,7
Divorcé	1	0,3
Total	402	100

94,0 % des pères sont mariés

Tableau IX : Répartition des patients selon la profession du père

Profession du père	Fréquence	Pourcentage
Sans activité	8	1,9
Fonctionnaire	49	12,2
Commerçant	127	31,6
Cultivateur	14	3,5
Chauffeur	33	8,2
Etudiant	3	0,7
Artisan	72	17,8
Autres *	96	24,1
Total	402	100

Autres* : Frigoriste 2, Photographe 10, Expatrié 20, Marabout 18, Manœuvre 32, Transitaire 6, Assureur 8.

31,6% des pères étaient des commerçants.

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

Niveau scolaire	Fréquence	Pourcentage
Primaire	110	27,4
Secondaire	83	20,6
Tertiaire	41	10,2
Aucun	168	41,8
Total	402	100

41,8% des pères étaient non scolarisés

Tableau XI : Répartition des patients selon le niveau socio-économique des parents

Niveau socio-économique	Fréquence	Pourcentage
Niveau très faible	28	7,0
Niveau faible	156	38,8
Niveau moyen	119	29,6
Niveau bon	99	24,6
Total	402	100

38,8% des parents ont un niveau socio-économique faible

Tableau XII : Répartition des patients selon l'âge de la mère

Age de la mère	Fréquence	Pourcentage
15-19 ans	46	11,4
20-29 ans	203	50,5
30-39 ans	114	28,4
≥ 40 ans	22	5,5
Age inconnu	17	4,2
Total	402	100

50,5% des mères ont un âge compris entre 20-29 ans

Tableau XIII : Répartition des patients selon le statut matrimonial des mères

Statut matrimonial	Fréquence	Pourcentage
Mariée	372	92,5
Célibataire	23	5,7
Divorcée	7	1,8
Total	402	100

92,5 % des mères sont mariées

Tableau XIV : Répartition des patients selon la profession de la mère

Profession de la mère	Fréquence	Pourcentage
Fonctionnaire	11	2,8
Ménagère	269	66,9
Commerçante (ou vendeuse)	62	15,4
Autres *	60	14,9
Total	402	100

Autres * : Etudiante 28, Artiste 9, Couturière 12, Comptable 6, Secrétaire 5.
66,9% des mères étaient des ménagères

Tableau XV : Répartition des patients selon le niveau d'instruction de la mère

Niveau d'instruction	Fréquence	Pourcentage
Primaire	122	30,3
Secondaire	59	14,7
Tertiaire	5	1,3
Aucun	216	53,7
Total	402	100

53,7% des mères étaient non scolarisées

2. Motif de consultation et prise en charge des frais de traitement

Tableau XVI : Répartition des patients selon le motif de consultation

Motif de consultation	Fréquence	Pourcentage
Diarrhée	72	21,7
Fièvre	215	64,8
Convulsion	20	6,0
Toux ou difficultés respiratoires	112	33,7
Vomissements	60	18,1
Amaigrissement	6	1,8
Fontanelle bombée	1	0,7
Raideur cervicale	1	0,3
Pâleur	5	1,4
Autres *	136	41,0

Autres* : Geignement 8, somnolence 6, ictère 6, tuméfaction 1, Altération de l'état général 24, Prurit 2, anorexie 12, douleur abdominale 26, constipation 10 agitation 3, céphalée 8, brûlures mictionnelles 5, œdème 2, otorrhée 1, plaies cutanées 4.

La fièvre est le motif de consultation dans 64,8%.

Tableau XVII : Répartition des patients selon la personne qui a pris la décision de la consultation.

Décision	Fréquence	Pourcentage
Grand-parents	12	3,6
Père	226	68,1
Mère	72	21,7
Oncle	4	1,2
Grand frère ou grande sœur	6	1,8
Tierce personne	12	3,6
Total	402	100

Dans 68,1 %, c'est le père qui a pris la décision de faire consulter l'enfant.

Tableau XVIII : Répartition des patients selon la personne qui prend en charge les frais du traitement

Personne qui prend en charge les frais du traitement	Fréquence	Pourcentage
Père	335	83,3
Mère	28	7,0
Grands-parents	10	2,5
Grand frère ou grande sœur	3	0,7
Oncle	5	1,3
Tierce personne	21	5,2
Total	402	100

Dans 83,3% des cas c'est le père qui prend en charge les frais du traitement

3. Moyens thérapeutiques et diagnostic retenu

Tableau XIX : Répartition des patients selon qu'ils ont reçu un traitement avant d'arriver à l'hôpital

Soins reçus avant d'arriver à l'Hôpital	Fréquence	Pourcentage
Oui	336	83,6
Non	66	16,4
Total	402	100

83,6% des cas ont reçu des soins avant d'arriver à l'Hôpital.

Tableau XX : Répartition des patients selon le type de soins reçus avant d'arriver à l'hôpital

Type de soins	Fréquence	Pourcentage
Soins modernes	136	40,4
Médicaments traditionnels	34	10,2
Automédication	166	49,4
Total	336	100%

49,4% des patients ont reçu une automédication avant d'arriver à l'Hôpital.

Tableau XXI : Répartition des patients selon le temps mis pour arriver à l'hôpital

Temps mis pour arriver à l'Hôpital	Fréquence	Pourcentage
Une demi-heure	356	88,6
Une heure	43	10,7
Deux heures	3	0,7
Total	402	100

88,6 % des patients ont mis au plus une demi-heure pour arriver à l'Hôpital.

Tableau XXII : Répartition des patients selon le moyen de transport emprunte pour aller à l'hôpital

Moyen de transport	Fréquence	Pourcentage
Véhicule personnel	54	13,4
Véhicule transport commun	292	72,5
Moto	28	7,1
A pied	28	7,0
Total	402	100

72,3% des cas ont empruntés un véhicule de transport pour aller à l'Hôpital

Tableau XXIII : Répartition des patients selon le diagnostic retenu à la pédiatrie

Diagnostic	Fréquence	Pourcentage
Infection respiratoire aiguë	143	35,5
Paludisme	108	26,8
Diarrhée	35	8,7
Malnutrition	32	8,1
Infection néonatale	21	5,3
Méningite	7	1,8
Souffrance fœtale	6	1,6
Prématurité	2	0,5
Septicémie	2	0,5
Autres *	46	11,2
Total	402	100

Autres *: Parasitose 8, cellulite 1, drépanocytose 4, urticaire 5, staphylococcie cutanéomuqueuse 4, varicelle 6, intoxication médicamenteuse 1, abcès 1, embarrure 1, retard psychomoteur 4, Fièvre typhoïde 2, rétrovirose 2, rougeole 3, syndrome néphrétique 1, infection urinaire 3.

Dans 35,5% le diagnostic retenu est l'infection respiratoire aiguë suivi du paludisme 26,8%.

Tableau XXIV : Répartition des patients selon le temps d'attente à la consultation

Temps d'attente	Fréquence	Pourcentage
≤ une demi-heure	144	35,8
Une heure	64	15,9
Deux heures	106	26,2
Trois heures	56	13,9
Plus de trois heures	32	8,2
Total	402	100

Près de la moitié des patients a mis au moins deux heures pour avoir la consultation.

4. LA REFERENCE

Tableau XXV : Répartition des patients selon la référence

Référé	Fréquence	Pourcentage
Oui	70	17,4
Non	332	82,6
Total	402	100

82,6% des patients étaient non référés.

Tableau XXVI : Répartition des patients selon la présence de fiche de référence

Fiche de référence	Fréquence	Pourcentage
Oui	65	92,9
Non	5	7,1
Total	70	100

92,9% des patients référés ont une fiche de référence.

Tableau XXVII : Répartition des patients selon la structure de référence

Structure de référence	Fréquence	Pourcentage
CSCOM	28	40,0
Centre de Santé de Référence	13	18,6
PMI	1	1,8
CEMI	3	4,3
Hôpital	3	4,3
Cabinet médical privé	5	7,0
Dispensaire	7	10,0
Clinique médicale privée	10	14,0
Total	70	100

40,0% des patients référés proviennent des CSCOM.

Tableau XXVIII: Répartition des patients référés selon les différents niveau de la pyramide sanitaire

Niveau	Fréquence	Pourcentage
Premier	39	56,1
Deuxième	28	39,6
Troisième	3	4,3
Total	70	100

56,1% des patients ont été référés du premier niveau vers le troisième niveau (Hôpital) sans donc passer par le deuxième niveau.

Tableau XXIX : Répartition des patients selon l'agent qui réfère

Agent	Fréquence	Pourcentage
Médecin	44	62,9
Infirmier	17	24,2
Sage-femme	9	12,9
Total	70	100

62,9% des patients référés ont été référés par un médecin.

Tableau XXX : Répartition des patients selon le motif de référence

Motif de référence	Fréquence	Pourcentage
Convulsion/Coma	19	27,1
Détresse respiratoire ou infection respiratoire aiguë	11	15,7
Altération de l'état général	9	12,9
Diarrhée ou déshydratation	6	8,6
Pathologies néonatales	5	7,0
Anémie	4	5,7
Autres *	12	17,0
Total	70	100

Autres* : Encéphalopathie 1, douleur intercostale et épigastrique 2, syndrome ictérique 3, dermatose 2, ballonnement 4

27,1% des patients ont été référés pour convulsion ou coma suivi de la détresse respiratoire ou infection respiratoire aiguë 15,7%.

Tableau XXXI : Répartition des patients référés selon le diagnostic retenu en consultation externe

Diagnostic	Fréquence	Pourcentage
Paludisme	20	28,5
Infection respiratoire aiguë	16	22,1
Malnutrition	9	12,9
Infection néonatale	7	10,0
Souffrance fœtale	5	7,1
Méningite purulente	4	5,7
Prématurité	2	2,9
Diarrhée	1	1,4
Autres *	6	8,4
Total	70	100%

Autres* : Parasitose 1, drépanocytose urticaire 1, staphylococcie cutanéomuqueuse 1, varicelle 1, intoxication médicamenteuse 1, Septicémie 1.

28,5% des patients référés avaient un diagnostic retenu de paludisme suivi des infections respiratoires aiguës 22,1%.

Tableau XXXII : Répartition des patients selon la résidence et la référence

Commune	Référés	Non référés	Total
II	9 (8,4%)	98 (91,6%)	107 (26,6%)
III	9 (17,3%)	43 (82,7%)	52 (12,9%)
V	22 (20,2%)	87 (79,8%)	109 (27,2%)
VI	30 (22,4%)	104 (77,6%)	134 (33,3%)
Total	70	332	402

La commune VI du District de Bamako est la commune qui réfère plus de malade et la commune II est celle qui envoie plus de malades non référés avec un test statistiquement significatif

Khi2 = 8,92

P = 0,0304

DDI = 2

Tableau XXXIII : Répartition des patients référés selon le temps d'attente à la consultation

Temps d'attente	Référés	Non référés	Total
≤ demi-heure	53 (37,0%)	91 (63 %)	144 (35,8%)
Une heure	6 (9,6%)	58 (90,4%)	64 (15,9%)
Deux heures	4 (3,7%)	102 (96,3%)	106 (26,4%)
> trois heures	6 (10,7%)	50 (89,3%)	56 (13,9%)
Plusieurs heures	1 (3,1%)	31 (96,9%)	32 (8,0%)
Total	70	332	402

Khi2 = 63,3

P < 10⁻³

DDL = 5

Plus de la moitié des patients référés ont mis moins d'une demi-heure et plus de la moitié des patients non-référés ont mis au moins deux heures avant d'être consultés. Avec un test statistiquement significatif.

Tableau XXXIV : Répartition des patients selon l'âge et la référence

Tranche d'âge	Référés		Non référés		Total	
0-4 ans	60	(18,9%)	258	(81,1%)	318	(79,1%)
5-9 ans	6	(9,7%)	56	(90,3%)	62	(15,4%)
10-15 ans	4	(18,2%)	18	(81,8%)	22	(5,5%)
Total	70		332		402	

Khi2 = 8,94 P = 0,011 DDI = 2

Les moins de 5 ans sont les plus nombreux chez les patients référés et la classe d'âge 5 - 9 ans constitue la majorité chez les patients non référés
Avec un test statistiquement significatif

Tableau XXXV : Répartition des patients selon le niveau socio-économique des parents et la référence

Niveau socioéconomique	Référés		Non référés		Total	
Très faible	11	(39,3%)	17	(60,7%)	28	(7,0%)
Faible	39	(25,0%)	117	(75,0%)	156	(38,8%)
Moyen	14	(11,8%)	105	(88,2%)	119	(29,6%)
Bon	6	(6,1%)	93	(93,9%)	99	(24,6%)
Total	70		332		402	

Plus le niveau socio-économique des parents est bas plus les patients sont référés et plus le niveau socio-économique des parents est élevé plus les patients sont non-référés. Avec un test statistiquement significatif.

Khi2 = 2,07

P < 0,01

DDL = 2

Tableau XXXVI : Répartition des patients selon le moyen de transport emprunté et la référence

Moyen de transport	Référés	Non référés	Total
Véhicule personnel	14 (25,5%)	41 (74,5%)	55 (13,7%)
Véhicule de transport	50 (17,2%)	240 (82,8%)	290 (72,1%)
Moto	2 (7,1%)	26 (92,9%)	28 (7,0%)
A pied	4 (13,8%)	25 (86,2%)	290 (72,1%)
Total	70	332	402

La majorité des patients référés et des patients non-référés ont utilisé le transport en commun pour arriver à l'hôpital avec un test statistiquement significatif :

$\text{Khi}^2 = 5,39$ $P = 0,36$ $\text{DDL} = 5$

Tableau XXXVII : Répartition des patients selon la structure la plus proche

Structure	Fréquence	Pourcentage
Centre de Santé de référence	35	8,7
CSCOM	252	62,7
PMI	62	15,4
Hôpital	20	5,0
Autres *	33	8,2
Total	402	100

Autres* : Clinique 12, Cabinet Médical 6, Service Socio-Sanitaire des Garnisons 8, CEMI 7.

62,7% des patients sont proche d'un CSCOM.

Tableau XXXVIII : Répartition des patients selon qu'ils aient consulté la structure la plus proche

Structure plus proche	Fréquence	Pourcentage
Oui	182	45,3
Non	220	54,7
Total	402	100

54,7% des patients n'avaient pas consulté la structure la plus proche.

Tableau XXXIX : Répartition des patients selon la qualification de l'agent qui a consulté dans la structure la plus proche

Agent	Fréquence	Pourcentage
Médecin	111	61,0
Infirmier	55	30,2
Sage-femme	16	8,8
Total	182	100

61,0% des patients qui ont consulté la structure la plus proche ont été consulté par un Médecin.

Tableau XXXX : Répartition des patients qui ont consulté la structure la plus proche selon la satisfaction

Satisfaction	Fréquence	Pourcentage
Oui	33	18,1
Non	149	81,9
Total	182	100

81,9% des patients qui ont consulté la structure la plus proche n'ont pas reçu de satisfaction.

5. Déterminant de la non référence

Tableau XXXXI : Répartition des patients non référés selon qu'ils soient déjà venus en pédiatrie de l'HGT

Antécédent de consultation	Fréquence	Pourcentage
Oui	193	58,1
Non	139	41,9
Total	332	100

58,1% des patients non-référés avaient déjà consulté dans le service de Pédiatrie de l'HGT.

Tableau XXXXII : Répartition des patients non référés selon qu'ils aient une connaissance à l'HGT

Connaissance à HGT	Fréquence	Pourcentage
Oui	103	31,0
Non	229	69,0
Total	332	100

69% des patients non-référés n'ont pas une connaissance à l'HGT.

Tableau XXXXIII: Répartition des patients non référés selon les raisons du choix de consultation directe dans le service de pédiatrie

Raisons	Fréquence	Pourcentage
Rechutes fréquentes	47	14,2
Pas de guérison	91	27,4
Coût moindre	23	6,9
Connaissance ou conseil d'une autre personne	42	12,7
Pas confiance aux autres structures	80	24,1
Autres*	49	14,7
Total	332	100

Autres*: Confiance à la Pédiatrie 23, proximité 10, diagnostic rapide 7, guérison rapide 5, préférence du spécialiste 4.

27,4 % des patients non-référés ont fait une consultation directe en Pédiatrie de l'Hôpital Gabriel TOURE parce qu'ils n'ont pas obtenus une guérison dans les autres structures.

6. Devenir du malade et coût du traitement à l'Hôpital

Tableau XXXXIV : Répartition des patients selon le devenir

Devenir	Fréquence	Pourcentage
Suivi externe	307	76,4
Hospitalisé	95	23,6
Total	402	100

76,4% des patients étaient suivi en externe.

Tableau XXXXV: Répartition des patients référés selon le devenir

Devenir	Référés	Non référés	Total
Hospitalisé	52 (74,3%)	43 (23,0%)	95
Suivi externe	18 (25,7%)	289 (87,0%)	307
Total	70 (100%)	332 (100%)	402

74,3% des patients référés et 23 % des patients non référés ont été hospitalisés.

Tableau XXXXVI : Répartition des patients selon l'appréciation du temps d'attente

Temps d'attente	Fréquence	Pourcentage
Court	147	36,6
Long	165	41,0
Très long	90	22,4
Total	402	100

41,0% des patients ont trouvé le temps d'attente long.

Tableau XXXXVII: Répartition des patients selon le coût du transport

Coût	Fréquence	Pourcentage
0 F	123	30,6
100 - 500	233	57,9
500 - 1 000	27	6,8
> 1 000	19	4,7
Total	402	100

Dans 57,9% le coût de transport était compris entre 100 – 500 FCFA.

N.B : Coût moyen de transport est de 250,7 avec un minimum de 0 FCA et un maximum de 3 500 F CFA.

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

1- Les contraintes de l'étude :

Nous avons été confronté à l'insuffisance d'études précises qui ont traité notre sujet ,ceci explique souvent l'absence d'éléments pour comparer et discuter les différents résultats.

2 - Les caractéristiques socio-démographiques :

2 -1 Le malade :

*Sexe : Le sexe masculin prédomine avec 55,2% contre 44,8% pour le sexe féminin avec un sex- ratio égal 1,2 en faveur des garçons.

DOUMBIA M et SY O dans le même service de pédiatrie trouvent des résultats similaires avec respectivement 54,6% et 57,3% en faveur des garçons. [15],[28]

*Age : Les enfants de moins de cinq ans représentent 79,4% .

COULIBALY S.M , DOUMBIA M et SY O trouvent respectivement 81,8% [2] 82,7% [15] et 69,9% [28]

*Rang dans la fratrie : 30,4% des patients sont les premiers enfant du couple. SY O trouve 24,7% .

L'âge jeune des parents pourrait être l'explication.

*Ethnie : 31,3% des patients sont de l'ethnie bambara, 16,9% sont peulhs, 19,9% sont Soninké. DOUMBIA M trouve respectivement 32 %, 15,7% ,23% pour les bambara, Peulhs et Soninké [15].

Ces résultats reflètent la répartition démographique du district de Bamako.

*Résidence : Les communes de la rive droite du District de Bamako (V et VI) considérées comme les plus éloignées de la pédiatrie de l'HGT représentent respectivement 27,2% et 33,3%. Les Commune de la rive gauche du district de Bamako (II et III) proches de l'HGT représentent 26,6% et 12,9%.

Malgré la distance et les aléas des moyens de transport les communes les plus éloignées semble constituer plus de la moitié des patients de notre échantillon .

Il faut noter que 54,7% de nos patients étaient dans des zones urbaines,43,5% dans les zones péri-urbaines ,et seulement 1,8% en zone rurale .

Ceci s'explique par l'urbanisation croissante du District de Bamako.

2-2 Les parents :

*Age : 35,6 % des pères ont un âge compris entre 30-39 ans. 50,5% des mères ont un âge compris entre 20-29 ans. DOUMBIA M, trouve 25,4% des pères entre 30-39 ans et 52% des mères entre 20-29 ans. [15]

*Statut matrimonial : 94% des pères sont mariés contre 92,5% des mères. MAÏGA M et SY O trouvent des résultats similaires. [20],[28]

*Profession, niveau socio-économique et scolaire des parents : 31,6% des pères de notre échantillon sont des commerçants. MAÏGA M, DOUMBIA M et SY O trouvent des résultats similaires.[20] , [15],[28]

66,9% des mères de notre échantillon sont ménagères. DOUMBIA M et MAÏGA M trouvent respectivement 53,3% [15] et 90% [20].

41,8% des pères de notre échantillon sont non scolarisés contre 53,7% des mères. DOUMBIA M trouve 39,7% de pères non scolarisés et 53,3% des mères [15], SY O trouve 55% de pères non scolarisés et 68,2% de mères non scolarisées. [28]

45,8% des parents avaient un niveau de vie considéré comme faible selon des critères énumérés ci-dessus dans notre méthodologie.29,6% ont été jugés moyen et 24,6% bons.

SY O trouve 31,8% de parents à niveau socio-économique moyen 23,9% faible et 26,6 bon.[28]

3- Motif de consultation, responsable de décision et frais de traitement:

La fièvre constitue le premier motif de consultation des patients de notre échantillon avec 64,8%. La diarrhée représente 21,7%, la toux ou les difficultés respiratoires 33,7%, les vomissements 18,1%. COULIBALY N dans le même service de pédiatrie trouve 23,2% pour la toux ou les difficultés respiratoires [1]. DOUMBIA M trouve respectivement 53%, 18,3%, 38,6% pour la fièvre, la diarrhée, la toux ou les difficultés respiratoires [15]. Ces résultats sont concordants avec nos résultats.

Les autres symptômes sont : l'amaigrissement 1,7%, la convulsion 6%, bombement de la fontanelle 0,3%, raideur cervicale 0,3%, la pâleur 1,4%.

La décision de consulter dans le service de pédiatrie de l'HGT a été prise par le père dans 68,1% des cas, la mère dans 21,7% des cas, les grands-parents seulement dans 3,6%.

Le père a pris en charge les frais du traitement reçu à l'hôpital dans 83,3% des cas, la mère et les grands-parents dans respectivement 7% et 2,5%.

Ces chiffres s'expliquent en grande partie par le rôle de chef de famille attribué au père par notre législation et aussi par les habitudes de notre société à laisser les femmes seulement aux travaux ménagés.

4- Moyens thérapeutiques :

83,6% des patients de notre échantillon avaient déjà reçu des soins avant d'arriver à l'Hôpital.

KEITA M a obtenu des résultats similaires 81,34%. [19]

L'automédication a été le premier moyen de recours thérapeutique dans 49,4% des cas, les soins modernes représentent 40,4%, les médicaments traditionnels 10,2%.

Cette situation peut s'expliquer par le revenu bas et l'analphabétisme de nos populations.

5-Diagnostic retenu :

Les infections respiratoires aiguës (I.R.A) constituent le premier diagnostic retenu de notre échantillon 35,5%, le paludisme représente 26,8% , la diarrhée et la malnutrition se rapprochent avec respectivement 8,7% et 8,1%, les infections néonatales 5,3%, la méningite 1,8%. DOUMBIA M trouve 17,7% pour les infections respiratoires aiguës, 32,8% pour le paludisme, la diarrhée 2,9%, les infections néonatales 2,9%, la méningite 8,8% [15],SY O trouve respectivement 66,4% ;20,8% ;27,5% ;13,2% pour le paludisme, les infections respiratoires aiguës, la méningite et la diarrhée.[28]

Les différences constatées entre ces différentes études sont liées à la saisonnalité des différentes affections de notre échantillon.

6- Référence :

*Seulement 17,4% des patients de notre échantillon ont été référés.

DOUMBIA M, MAÏGA M et SY O trouvent des résultats similaires avec respectivement 16,7% [15] , 22,6% [20] et 25,4% [28]

Les moins de cinq ans sont les plus nombreux.

Plus le niveau socio-économique des parents est bas plus les patients sont référés.

La majorité des patients référés sont venus à l'hôpital par le transport en commun.

Le temps mis pour aller à l'hôpital a été inférieur ou égal à une demi-heure dans près de 90% des cas.

Le coût du transport a varié entre 100 et 500 franc CFA dans 57,9% des cas, plus de 500FCFA dans 11% des cas.

La position centrale de l'HGT fait de lui une structure sanitaire très accessible par conséquent très sollicitée malgré l'impact du coût de transport et des conditions socio-économiques parfois difficile des populations .

***Motif de référence :**

7,1% des malades référés ne disposaient pas de fiche de référence. Ce chiffre aurait pu augmenter si on tenait en compte les fiches de références sans informations médicales précises.

Les convulsions ou coma ont été le premier motif de référence des patients référés de notre échantillon avec 27,1%. La détresse respiratoire ou infection respiratoire aiguë représente 15,7%, l'altération de l'état général 12,9%, la diarrhée ou déshydratation 8,6%, les pathologies néonatales 7,0%, l'anémie 5,7%.

DOUMBIA M trouve respectivement 20%, 24%, 16%, 14,4%, 14%, 6%, pour les convulsions ou coma, la détresse respiratoire ou infection respiratoire aiguë, l'anémie, la diarrhée ou déshydratation, la méningite, la malnutrition [15]. Ces chiffres sont concordants avec nos résultats.

*La Commune VI du District de Bamako représente la Commune qui a référé le plus de patients de notre échantillon avec 22,4%. Elle est suivie de la Commune V avec 20,2%, les autres Communes de l'échantillon (II et III) ont respectivement 8,3% 17,3%. C'est à dire les Communes les plus éloignées de l'Hôpital Gabriel TOURE sont les Communes qui réfèrent plus.

*Le temps d'attente a été au plus une demi-heure dans 35,8%, une heure dans 15,9%, deux heures dans 26%, trois heures dans 13,9% et seulement plus de trois heures dans 8% des cas.

67% des patients référés ont mis moins de 30 minutes pour être consultés. Ces chiffres prouvent que les cas référés sont rapidement pris en charge dans le service de pédiatrie.

Le temps d'attente a été jugé long et très long dans 63,4% des cas. En effet au regard du nombre de consultation dans le service de pédiatrie avoisinant près de deux cent malades ou même plus par moment la critique du temps d'attente à toute sa justification.

*Les CSCOMS ont été la structure qui a référé plus avec 40% des cas. Ils sont suivis des Centre de Santé de référence 18,6%, des CPMI 8% et des hôpitaux (HPG et Kati) 4,3%.

Si O.SY trouve 39,1 % pour les CSCOMS, 21,2 % pour les centres de santé de référence, 4,8 % pour les CPMI et 6,7 % pour les hôpitaux [28].

Les médecins ont été les agents qui ont référé plus de patients avec 62,9% suivis des infirmiers 24,22%, les Sage femmes 12,9%.

Plus de la moitié des patients ont été référée du premier niveau au troisième niveau (Hôpital), sans passer par le deuxième niveau.39,6% ont été référés du deuxième niveau vers le troisième niveau.

Cette situation s'explique par le fait que le personnel de premier niveau sachant qu'il manque souvent des compétences dans les structures secondaires préfère gagner du temps en referant au troisième niveau.

*Le paludisme est le premier diagnostic retenu des malades référés avec 28,5%. Il est suivi des infections respiratoires 22,1%, la malnutrition, 12,9%, les infections néonatales 10%, la souffrance fœtale 7,1%, la méningite 5,7%, la prématurité 2,9%, la septicémie, la diarrhée.

*74,3% des patients référés ont été hospitalisés. DOUMBIA M trouve un résultat similaire 79,5%. [15]

Cette situation témoigne la sévérité des affections pour lesquelles les patients sont référés.

*62,7% des parents affirment être proche d'un CSCOM, 8,7% d'un Centre de Santé de référence, 15,4% d'un PMI et seulement 5% d'un hôpital. Ce n'est que 45,3% de ces parents qui ont consulté cette structure de proximité au cours de cet épisode de la maladie. Dans plus de 60%, le médecin a été l'agent consultant, suivi des infirmiers 30,2% et les Sages-femmes 8,8%.

La satisfaction est de 18,1% dans cette structure. Les raisons évoquées pour la non satisfaction sont entre autre l'absence de guérison, la rechute fréquente, voir même souvent l'absence de médecins.

Malgré la multiplication des structures de proximité dans toutes les communes du district de BAMAKO mais aussi la présence d'agents de qualification requise (médecin, infirmier, sage-femme), nos structures de proximité semblent être moins appréciées par les usagers.

7 - Les non-référés :

*Ils constituent 82,6% des patients de notre échantillon.

La majorité des patients non référés ont un âge compris entre 5 et 9 ans.

La commune II est la commune qui envoie plus de malades non référés (91,6 %) , elle est suivie de la commune III 82,7 %, la commune V (79,8%), la commune VI (77,6%). C'est dire que les communes les plus proches de l'HGT envoient plus de patients non référés.

Plus le niveau socio-économique des parents est élevé plus les patients sont non référés.

La majeure partie des patients non référés ont emprunté le transport en commun pour arriver à l'hôpital.

Plus de la moitié des patients non référés ont mis au moins 2 heures pour être consultés.

Cette situation s'explique par le nombre élevé de consultation dans le service.

*58,1% d'entre eux ont déjà consulté le service de pédiatrie de l'HGT, 31% connaissent quelqu'un à l'HGT, 27,4% d'entre eux sont venus directement en pédiatrie parce qu'ils n'ont pas reçu une guérison dans les autres structures, 24,1% affirment être venus parce qu'ils n'ont pas confiance aux autres structures, 14,2% à cause des rechutes fréquentes, 12,9% des parents des malades affirment être venus directement parce qu'ils ont une connaissance à l'HGT ou sur conseil d'un parent, 6,9% trouvent que le coût du traitement est moindre.

*Seulement 23,0% des patients non-référés ont été hospitalisés. Le temps d'attente long, le coût du transport et du ticket ne semblent pas diminuer l'affluence de la consultation en pédiatrie.

VII. CONCLUSION :

Notre étude effectuée de juin 2001 à juin 2002 dans le service de pédiatrie de l'HGT a montré que sur 402 patients vus en consultation externe :

- 55,2% des patients sont des garçons. Les moins de cinq sont les plus nombreux 79,4%. , 33,3% des patients résident en commune VI.
- Seulement 17,4% des patients ont été référés, les CSCOM sont les structures qui réfèrent le plus 40,0%, plus de la moitié des patients ont été référés directement du premier niveau vers le troisième niveau.
- 74,3% des patients référés ont été hospitalisés.
- L'automédication a été la première intention thérapeutique.
- La fièvre a été le premier motif de consultation avec 64,8%.
- Les convulsions ou coma sont le premier motif de référence
- Le diagnostic retenu des patients référés reste le paludisme 28,5%.
- 27,4% des patients non-référés ont consulté directement dans le service car ils n'ont pas eu de satisfaction dans les autres structures.
- Plus de 60% de nos patients ont trouvé le temps d'attente long ou très long.

VIII. RECOMMANDATIONS :

1 – Aux usagers :

- Fréquenter les structures périphériques pour les pathologies considérées comme non urgentes afin d’avoir une orientation thérapeutique ou même de référence
- Avoir confiance aux médicaments génériques car ils sont aussi efficaces que les Autres formes galéniques (spécialités)
- Prévenir la maladie en adoptant certaines mesures d’hygiène et d’alimentation

2 – Aux personnels socio-sanitaires :

- Privilégier l’approche PCIME pour une prise en charge des enfants malades
- Mettre un accent particulier sur la prévention des maladies en préconisant la vaccination et les I.E.C
- Orienter les patients référés en respectant l’ordre des différents niveau de la pyramide sanitaire.

3 – Aux autorités :

- Organiser la référence dans le district de Bamako : il s’agit de créer un cadre institutionnel de concertation et d’échange pour mieux définir la référence et l’évaluer
- Expliquer clairement aux usagers et même personnels socio-sanitaires ce que veut la pyramide sanitaire
- Formation en qualité et quantité du personnel de centre de santé périphérique afin de soulager le fardeau des structures de troisième niveau
- La nécessité d’un Hôpital pédiatrique paraît évidente afin de permettre une prise en charge améliorée de l’enfant malade
- Promouvoir une bonne politique de formation de spécialistes dans différents domaines médicaux afin de permettre au citoyen d’avoir accès à des soins de qualité et de Proximité.
- Déplacer les boxes de consultations externes vers le bureau des entrées de l’HGT afin de décongestionner le service de pédiatrie.

Bibliographie

1. Coulibaly. N.,

Etude des infections respiratoires aiguës basses dans le service de pédiatrie de l'hôpital Gabriel Touré.

Thèse de méd. 2001 N° 68

2. Coulibaly. S.M.,

Morbidité et mortalité dans le service de Pédiatrie de l'Hôpital Gabriel Touré en 1999 et 2000.

Thèse de méd. N° 123

3.Direction nationale de la santé

Rapport annuel 2001

4.Direction régionale de la santé du district Bamako

réflexion sur le système de référence en commune 5, 1996

5.Direction régionale de la santé du district de Bamako

Rapport d'activité et plan d'opération 2002.

6.Direction régionale de la santé du district Bamako

rapport annuel de la situation sanitaire dans le district 2001.

7. Direction régionale de santé de Koulikoro :

Organisation du système de référence/évacuation dans la région de Koulikoro, à partir des expériences des 3 centres de référence (Diola, Kangaba, Kolokani) juin,1999

8. Direction régionale de la santé de Koulikoro

Rapport annuel d'évaluation du système de référence/évacuation du Centre de santé de Kangaba,1998

9.Direction régionale de Koulikoro

Service socio-sanitaire de Diola, le système de référence du cercle de Diola ; 1997

10.Direction régionale de Koulikoro :

Service socio-sanitaire de Kolokani, réflexion sur l'organisme du système de référence dans le cercle de Kolokani ;1996

11.Direction régionale de santé de Ségou :

Service socio-sanitaire de Bla, point de mise en œuvre du programme de renforcement du centre de référence de Bla ; 1997

12.D, Georges

Etude du rôle de référence des hôpitaux nationaux et le CNOS, aspects hospitalisations (1995-1996)

Thèse de méd. 1996 N° 10

13.Dupon. J. L.,

Effets du développement d'un réseau de centre de premier niveau sur les activités de district sanitaire à propos du cercle de Bla,1992-1997

Mémoire de fin d'étude, santé publique.

14. Doumbia. N.M.,

Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant.

Thèse de méd. 2000 N° 119

15. Grah. N.,

Anémie des nourrissons et enfants de 2 à 60 mois en milieu pédiatrique Bamakois.

Thèse de méd.2000 N° 106

16. Haladou. A.,

Aspects cliniques bactériologiques, thérapeutiques et évolutifs des méningites purulentes du nourrisson et de l'enfant dans le service de pédiatrie IV, Hôpital Gabriel Touré.

Thèse de méd.2000 N° 52

17. Hada. J.,

Analyse des dysfonctionnements au sein d'un système de santé de district à trois échelons cas de Bembereke au Bénin,

29^{ème} Cours international pour la promotion de la santé, 1992-1993.

18. Keita. M.,

Paludisme grave et compliqué forme neurologique et anémique : aspects cliniques, évolutifs et coût de la prise en charge.

Thèse de méd.2001 N° 7

19. Maiga. M.,

Pleurésie de l'enfant, aspects épidémiologiques cliniques et évolutifs à la pédiatrie de l'hôpital Gabriel TOURE,

Thèse de méd. 2000, N° 104

20. Ministère de la santé de la solidarité et des personnes âgées

Division santé familiale et communautaire : cadre conceptuel pour une organisation du système de santé de référence, Mai, 1996

21. Ministère de la santé, de la solidarité et des personnes âgées

Analyse de la situation des SMI au Mali, novembre 1997

22. Ministère de la santé, de la solidarité et des personnes âgées

Note de présentation de la situation socio-sanitaire du Mali, Koulouba, octobre, 1991.

23. Ministère de la santé de la solidarité et des personnes âgées:

Déclaration de Politique sectorielle de santé et de population ; édition 1995

24. Tall.A.,

Etude de mortalité et de morbidité infantile.

Thèse de méd. N° 123

25. Touré. A.A.,

Etude de l'organisation et du financement de la référence dans le cercle de Diola.

Thèse de méd. 2000, N° 32.

26. Traoré. A.M.,

Analyse de la situation du paludisme au Mali et les stratégies de prise en charge des formes graves et compliquées dans le service de pédiatrie de l'HGT.

Thèse de méd.2001 N° 121

27.Sy. O.,

Mortalité et morbidité dans le service de pédiatrie B du CHU Gabriel Touré

Thèse de Méd. 2003

Fiche signalétique

<u>Nom</u>	: Maiga
<u>Prénom</u>	: Belco
<u>Titre de la thèse</u>	: Etude de la référence dans le service de pédiatrie de l'Hôpital Gabriel TOURE.
<u>Année universitaire</u>	: 2002-2003
<u>Ville de soutenance</u>	: Bamako
<u>Pays d'origine</u>	: Mali
<u>Lieu de dépôt</u>	: <i>Bibliothèque de la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'OdontoStomatologie</i>
<u>Secteur d'intérêt</u>	: Santé publique, Pédiatrie

Résumé

Au Mali, Malgré des nombreuses réformes entreprises, ces dernières années le système de référence reste émaillé de plusieurs problèmes.

Notre étude a été transversale prospective et s'est déroulée du 13 juin 2001 au 13 juin 2002. Elle a porté sur 402 patients âgés de 0 à 15 ans vus en consultation externe. L'objectif principal était d'étudier la référence dans le service de pédiatrie de l'HGT.

Il ressort de notre étude que :

- ✓ 17,4% des patients ont été référés.
- ✓ Les convulsions ou coma ont été le premier motif de référence.
- ✓ Les CSCOM ont été les structures qui réfèrent le plus.
- ✓ Le paludisme reste le premier diagnostic retenu en pédiatrie 28,5%.
- ✓ 74,3% des patients référés ont été hospitalisés.
- ✓ 27,4% des patients non-référés sont venus directement en consultation pédiatrique par manque de résultat dans les autres structures.

Mots clés : Pyramide sanitaire, référence, pédiatrie, Santé publique