

Ministère des Enseignements  
Secondaire Supérieur et de la  
Recherche Scientifique

République du Mali  
Un Peuple – Un But – Une Foi

UNIVERSITÉ DE BAMAKO



FACULTÉ DE MÉDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2007-2008

N°...../

## Thèse

ETUDE DES SENTIMENTS DES  
PARENTS D'ENFANT EN  
CONSULTATION DE CHIRURGIE  
PEDIATRIQUE AU CHU GABRIEL  
TOURE.

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

*Par Monsieur Dramane KOITA*

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

## Jury

Président: Pr. Bakoroba COULIBALY

Membre : Dr. Samba DIOP

Co-directeur : Dr. Mamby KEITA

Directeur de thèse : Pr. Gangaly DIALLO



## **DEDICACES :**

**Je dédie cette thèse à :**

**-Notre famille et nos amis.**

**-Notre grand oncle Jean Michel KOITA :** Tu as guidé mes premiers pas vers l'école. Tu m'as donné le goût et l'envie d'étudier. Tu as su me prouver l'amour que tu portes pour moi. Ce travail est le tien.

Puisse Le Tout Puissant te Garder aussi longtemps que possible à nos côtés.

**-A notre grande mère Feu Fatoumata KOITA :** Tu nous as été arrachée au moment où nous nous y attendons le moins. Tu n'as pas vu ce travail achevé telle est la volonté de Dieu. Tu nous as vu grandir et as su nous guider dans la voie à suivre. Tu as su illuminer notre vie avec beaucoup d'amour et de bonheur. Tu as tout enduré dans la vie sans te plaindre un instant, nous espérons être dignes de toi. Tu resteras à jamais gravée dans notre cœur. Que ton âme repose en paix.

**-A notre mère Hélène Alima DAO :** Ta patience, ton optimisme, ta tolérance, ta présence régulière et constante à tout instant surtout au cours des moments difficiles de notre vie ont fait de toi celle à qui nous offrirons toujours amour et soutien.

Puisse Le Tout Puissant nous Donner la force de t'être toujours agréable.

**-A notre père Siaka Meh KOITA :** Tu as été l'initiateur, le maître d'œuvre de ce chemin parcouru. Ton amour pour les études, ta rigueur concernant l'éducation de tes enfants, tes sacrifices et tes peines ont fait de nous ce que nous sommes.

Puisse Dieu, Le Tout Puissant te Garder aussi longtemps que possible à nos côtés.



## **REMERCIEMENTS**

**A L'ETERNEL ; pour sa protection, son soutien et pour avoir voulu la réalisation de ce travail.**

**-Notre oncle André DAO et famille à Koutiala :** Merci pour tes sages conseils de consolation. Ce travail est le fruit des efforts que tu as affectueusement consenti à notre égard. Soyez-en remercié.

**-Notre cousin Gabriel Komo DAO et famille :** Les mots nous manquent aujourd'hui pour témoigner de toute notre reconnaissance. Ce travail est le fruit des efforts que vous avez affectueusement consenti à mon égard. Soyez-en remercié.

**-Notre belle sœur Mme DAO Elizabeth Doda KOITA :** Ta patience, ta tolérance, ton pardon bref les mots nous manquent pour citer toutes tes qualités, font de toi une personne remarquable. Je vous dis encore merci.

**-Notre Oncle Louis Dramane KEITA et famille :** Vos conseils et votre attachement à mon chemin parcouru font de vous un oncle remarquable. Soyez-en remercié.

**-Notre Oncle Joseph Komo DAO et famille à Sikasso:** Le jour est arrivé pour moi de vous dire merci pour tous ce que vous faites et continuer de faire pour moi.

**-Notre tante Martine Niapégué KOITA :** Les mots ne sont jamais assez ardents pour t'exprimer l'intensité de mon affection pour toi. Tu as toujours su m'exprimer ton amour de mère. Puisse Dieu te garder aussi longtemps que possible à nos côtés pour nous faire bénéficier de tes sages conseils.

**-A tous nos maîtres des services de chirurgie générale et pédiatrique :** Pr Gangaly DIALLO, Dr Mamadou SINGARE, Dr Mahamane TRAORE, Dr Dababou SIMPARA, Dr Mamby Keita, Dr Lassana KANTE, Dr Ibrahim DIAKITE, Dr Morane.

**-A tous les participants de C E S du service.**

**-A tout le personnel infirmier de la chirurgie générale et pédiatrique.**

**-A nos aînés internes du service :**

Dr Yacinthe Gouro, Dr Donald Thiala Abalo, Dr Souleymane Dembélé, Dr Oumar Touré, Dr Oumar Coulybali, Dr Djoumé Diakité, Dr Bakary Coulybali, Dr Fatoumata Maiga, Dr Fatoumata Maré, Dr Houreratou Barry, Dr Bouréma Dabo, Dr Cheik Oumar Diakité,

**-A notre promotion:**

Joseph Noramou, Yacouba Wattara, Lémine Dicko, Dr Moussa Konaté, Moussa Diassana, Moussa Samaké, Moumine SANOGO, Boubacar Camara, Amadou Camara, Dr Badra Ali Bagayoko, Dr Bakary Danfaga, Amadou Bogolan, Dr Lassana Diabira, Aissata Coumba Coulybali dite GOGO.

**-A nos Cadets :**

Batio Antoine Traoré, Alima Traoré, Boncana Traoré, Madani Doumbia, Mariam Diarra, Ousmane Traoré, Maimouna Traoré, Oumou Koné, Sidi Sylla, Birama Cheick Traoré, Abdoulaye Traoré, Mohamed Traoré.

**-Au Dr KAMATE Moussa :** Je vous remercie pour votre encadrement. Vos conseils, votre soutien moral et matériel et votre esprit de partage m'ont beaucoup servi sur ce chemin parcouru.

**-A tout le personnel du Cabinet Médical SIANWA :** Je vous remercie pour la formation et le soutien que vous m'avez offerts.

**-A Mme Ly Fatoumata KANE à la Direction Nationale de l'Hydraulique:** Les mots me manquent aujourd'hui pour témoigner de toute ma reconnaissance.

**-A nos frères et sœurs :** Issa, Bakary, Fatoumata dite Macourouni, Assan, Mariam, Salimata, Lamine.

**-A nos cousins :** Hervé Joseph DAO, Mathieu DAO, Dotéré KOITA

**-A nos amis et camarades**

Djélé François KONATE, Keka Lounlo DIARRA, Ibrahima S SAMAKE, Djejouma KOITA, Dossoun Martin KOITA, Mamadou Djejouma KOITA, Moussa KOITA, en souvenir des bons et mauvais moments que nous avons passés ensemble.

**-A nos amis de la FMPOS :** Dr DIAKITE M ; Dr DOUMBIA S ; Oumar MARIKO ; Gada COULIBALY ; Dr SOUMARE G ; FOFANA M dit Fof ;

**-A notre ami Djibril SISSOKO :** Tu as été pour nous plus qu'un frère, présent à tous les moments difficiles, cher ami les mots nous manquent pour tout ce que tu as fait pour nous. Ce travail est le tien.

**-A Mlle Kadiatou SOGORE :** Merci pour ta patience et ton soutien de tous les jours.

**-A mon tuteur Douba Koly Cissé et sa famille** au second cycle fondamental de Boura, vous m'aviez accueilli chez vous et vous m'avez considéré comme votre propre fils. C'est grâce à vous que je suis arrivé là où je suis, je vous remercie pour votre patience.

**-A tous les ressortissants du village de Mougna**

-A ceux ou celles dont les noms n'ont pas été cités à travers ces lignes qu'ils trouvent la profonde expression de notre reconnaissance et de nos sincères remerciements pour la réussite de ce travail.





## **A notre maître et président du jury :**

**Professeur Bakoroba COULIBALY**

**-Maître de conférences à la FMPOS**

**-Spécialiste en psychiatrie à l'hôpital national du point G**

**-Praticien hospitalier**

Vous nous faites un grand honneur, cher maître en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

La spontanéité avec laquelle vous l'avez accepté nous a beaucoup marqué.

Votre simplicité et votre disponibilité font de vous un maître admiré.

Veillez trouver ici cher maître notre profond respect et nos sincères remerciements.

## **A Notre Maître et Juge :**

**Dr Samba Diop.**

- **Maîtrise en science de la vie, de la terre et de la nature**
- Ph.D en Ecologie humaine, Anthropologie et Ethique publique/sociétale.**
- Maître assistant en santé publique.**
- Membre du comité d'éthique de la FMPOS**
- Responsable de l'unité de recherche formative en science humaine/sociale et éthique du SEREFO/VIH/Tuberculose/FMPOS.**
- Responsable du cours de la Bioéthique et éthique des sciences au DEA d'anthropologie à l'ISFRA université de Bamako.**

Nous sommes très heureux de vous témoigner toute notre reconnaissance.

Votre humanisme, votre modestie et votre rigueur dans le travail bien fait, votre contact facile sont autant de qualités qui font de vous un maître respecté et admiré.

Recevez- ici cher maître nos sincères remerciements.

Puisse l'Eternel vous Combler dans vos aspirations.

## **A notre maître et codirecteur de thèse :**

**Dr Mamby KEITA**

**-Chef de service de la chirurgie pédiatrique du CHU Gabriel TOURE**

**- Spécialiste en chirurgie pédiatrique**

**-Praticien hospitalier**

Cher maître nous ne cesserons jamais de vous remercier pour votre qualité d'assistant, votre disponibilité et votre admiration pour la réalisation de ce travail.

Votre participation remarquable est aujourd'hui une des fiertés pour nous étudiants pendant notre cursus universitaire.

## **A notre maître et directeur de thèse :**

**Pr Gangaly DIALLO**

- Chef de service de la chirurgie générale du CHU Gabriel TOURE**
- Maître de conférence agrégé en chirurgie viscérale**
- Secrétaire général de l'association des chirurgiens du Mali**
- Membre fondateur et trésorier général de l'association des chirurgiens d'Afrique Francophone (ACAF)**
- Colonel des forces armées du Mali**
- Chevalier de l'ordre national du Mali**

Cher maître, votre sens de la rigueur, de la discipline, et votre éloquence sont des éléments qui font de vous un homme disponible et clément pour la réussite des étudiants dans leurs carrières.

Ce modeste travail démontre aujourd'hui une de vos qualités qui fait de vous un homme soucieux, responsable, tolérant pour la bonne formation de nous étudiants au cours de notre cursus universitaire.

Vous avez su nous transmettre votre savoir, nous apprendre à être responsable. Nous ne cesserons jamais de vous remercier pour cette immense qualité.

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

- A = an
- CES = Certificat d'étude de spécialité
- CFA = Communauté financière africaine
- CHU = Centre hospitalier universitaire
- ENI = Ecole national d'ingénieur
- FMPOS = Faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie
- INFSS = Institut national de formation en science de la santé
- INPS = Institut national de prévoyance sociale
- J = Jour
- OMS = Organisation mondiale de la santé
- ORL = Oto-rhino-laryngologie
- N = Nombre
- SACP = Société africaine de chirurgie pédiatrique
- SUC = Service des urgences chirurgicales
- USA = United States of America

## **I-INTRODUCTION**

La chirurgie se définit comme la partie de la thérapeutique qui comporte une intervention manuelle sous la forme d'interventions sanglantes ou de manœuvres externes selon le dictionnaire médical ABREGES.

Le souci de perfectionnement de la chirurgie ainsi que son efficacité a entraîné son fractionnement en plusieurs spécialités ; entre autres : la chirurgie cardiaque, la neurochirurgie, la chirurgie thoracique, la chirurgie digestive, la chirurgie orthopédique, la chirurgie plastique et la chirurgie pédiatrique. Celle-ci est l'objet de notre présente étude.

La spécificité de la chirurgie pédiatrique relève du fait que la consultation se déroule non pas entre médecins et enfants, mais entre médecins et parents. Cela fait des parents des pièces incontournables dans la prise en charge de leurs enfants. Et assez paradoxalement le premier objet de l'interrogatoire est de préciser la raison exacte qui a déterminé la consultation où les symptômes mis en avant n'en sont pas le motif essentiel. Ce qui dénote de la méconnaissance et de l'ignorance des parents des pathologies chirurgicales qui sont d'origine congénitales pour certaines et acquises pour d'autres.

Dans les sociétés africaines, la pérennisation de certaines croyances traditionnelles continue d'influencer l'attitude des populations face aux enfants malformés. Au-delà de ces croyances, la pauvreté et l'analphabétisme sont des facteurs pouvant constituer un véritable facteur limitant la consultation.

Au Mali comme partout, les pleurs et les cris de l'enfant traduisent la douleur donc l'existence d'un trouble ou d'une souffrance. Le sens donné à ces troubles est différent selon les cultures. Ces parents viennent en consultation pour s'enquérir de la maladie et des possibilités de traitement, mais bien souvent avec un retard à la consultation.

L'avènement de la chirurgie pédiatrique a apporté indéniablement un acquis aux enfants des pays développés. Elle constitue une entité en plein épanouissement grâce aux conditions de travail, aux structures d'accueil, à la disponibilité et à la qualité du matériel [2]. Les hospitalisations et interventions chirurgicales sont précédées

d'une préparation psychologique. Cette approche contribue à dédramatiser les actes.

Dans un contexte culturel où les mots comme sorcellerie, envoûtement, maraboutage, etc.. occupent et continueront d'occuper une place importante dans la prise en charge des maladies, il nous a paru opportun d'entreprendre cette étude portant sur les sentiments des parents d'enfants porteurs d'une maladie congénitale ou acquise durant tout le processus de la prise en charge. Cette étude se déroule auprès des parents d'enfants pendant la consultation, le traitement et l'appréciation du résultat thérapeutique au niveau du service de la chirurgie pédiatrique au CHU Gabriel Touré

## **II-OBJECTIFS**

### **a) Général**

Améliorer la prise en charge des enfants malades en unité de consultation de chirurgie pédiatrique.

### **b) Spécifiques**

-Etudier les caractéristiques sociodémographiques des patients admis en consultation de chirurgie pédiatrique.

-Apprécier les connaissances en chirurgie pédiatrique des médecins généralistes et autres agents de santé qui réfèrent les patients en consultations de chirurgie pédiatrique.

-Analyser les sentiments des parents en consultations de chirurgie pédiatrique.

-Evaluer le degré de satisfaction des parents d'enfant à la sortie.

-Proposer un ensemble de conduites permettant une meilleure prestation aux parents.



### **III-GENERALITES**

#### **1- L'enfant**

##### **1-1 l'environnement de l'enfant**

Le développement social de l'enfant est inévitablement la conséquence de ce qu'il a vécu dans l'environnement auquel il a été confronté, c'est-à-dire sa famille.

En Occident, très tôt à la naissance se pose le problème de garde des enfants. Plus de la moitié des femmes ayant un enfant à bas âge (2-3 ans) exerce une profession et a nécessairement recours à un mode de garde ou à la pré scolarisation de l'enfant [3]. Ainsi c'est soit la mère, l'employée de maison, la nourrice, la crèche familiale, la crèche collective et les grandes mères qui participent à la garde de l'enfant. En 1992, 40 000 enfants étaient en placement familial en France [13].

Actuellement en Afrique et en particulier au Mali, ce phénomène de garde des enfants est de plus en plus pratiqué à cause de la modernisation de la société. Très souvent donc la mère n'est plus exclusivement commise à la garde de son enfant. Toutes les personnes de l'entourage immédiat de l'enfant qui s'occupent de lui, quel que soit leur âge et leur sexe sont pour lui un « autre » dont il dépend pour obtenir ou non ce qu'il veut.

Quel que soit le mode de garde adopté, la qualité des relations sociales que l'enfant va établir dépend en dernier ressort de ses conditions de vie et de ses modes de relations au sein de sa famille [3].

Le langage nécessaire au développement de l'intelligence, s'acquiert dans l'environnement de l'enfant. L'initiation a une fonction primordiale dans l'apprentissage du langage. L'enfant procède par essais, erreurs qui sont corrigés en fonction des modèles reçus [26]. Une défaillance au niveau de ces modèles a une influence négative sur l'enfant.

En France par exemple, ce sont 5 à 10% des enfants à l'âge préscolaire qui présentent des troubles du développement du langage oral [11]. D'où le rôle prépondérant du mode de garde de l'enfant.

L'environnement de l'enfant va se modifier à partir de 2-3 ans grâce à l'école où il passe la plus grande partie de sa journée. D'abord

l'école maternelle où il apprend à dominer ses pulsions, ses affects, à les socialiser. C'est une expérience qu'il faut réussir [3].

La scolarité en maternelle va couvrir une période importante de sa vie d'individu, incluant le complexe d'oedipe et sa résolution.

L'arrivée au cours préparatoire à 5-6 ans constitue une étape décisive dans le cursus scolaire de l'enfant. C'est un évènement chargé de toutes angoisses et de tous les espoirs pour les parents avec le sentiment de « lâcher son enfant dans la nature » [7].

L'échec scolaire et le chômage pouvant constituer des obstacles majeurs à la possibilité de se construire comme sujet.

Le milieu environnemental est ici plus élargi avec de nouvelles habitudes, la discipline, l'attention, la mémorisation et la logique. Si le langage est acquis dans l'environnement familial, l'écrit moyen de communication indispensable dans notre vie sociale est acquis en milieu scolaire. Les sports d'équipe et les jeux d'ensemble contribuent à l'épanouissement de l'enfant. Le rôle organisateur de l'école vise à rendre l'enfant compétent en lui donnant accès aux discriminations fines [7].

La période de 6-12 ans est considérée comme une période calme de la vie. Cependant, la préadolescence et l'adolescence sont des aventures tant les modifications sont profondes. La période de l'adolescence est prolongée, la difficulté à intégrer une nouvelle génération engendrant conflits et malaises [24]. Il va se tourner vers l'extérieur de sa famille et tous les phénomènes sociaux liés à l'adolescence, en quête d'une identité. Les parents et les adultes concernés doivent l'aider sans trop peser sur ses choix et se montrer tolérants [3].

## **1-2 La psychologie de l'enfant**

Le mot enfant dérive du latin « infants » c'est-à-dire qui ne parle pas encore, qui ne parle pas bien, qui balbutie. L'enfant reçoit les matériaux et instruments lui permettent de se construire comme sujet autonome. Les parents sont pour lui les véhicules et les interprètes du savoir et de la pratique accumulée au cours des générations successives qui les ont précédés.

Dès la naissance, les bébés ont habituellement toutes les capacités pour entrer en relation avec les personnes et les objets. Le développement de l'enfant va donc reposer à l'origine sur la relation

affective primordiale. La mère décode les signaux de l'enfant et leur donne un sens.

L'enfant possède une étonnante capacité à lire les expressions du visage et les mouvements du corps, langage non verbal qui transmet les affects [24]. La relation mère enfant a une importance capitale pour le développement de l'enfant car c'est de la qualité des soins et de son attention que dépendra la tolérance à la séparation.

Selon WINNICOTT, le rôle de la mère comporte trois fonctions [3].

-Le handling : activités concernant le corps, la toilette et les échanges cutanés : toucher et caresse, façon qu'a la mère de manipuler son enfant, de lui donner des soins.

-Le holding : activités de soutien physique et psychique du nourrisson, de maintenance. Il détermine le sentiment d'existence du nourrisson.

-Object-presenting : capacité pour la mère d'offrir à l'enfant l'objet au moment où il en a besoin.

Selon Sigmund FREUD l'appareil psychique est constitué de trois existences :

-Le ça qui représente le pôle pulsionnel de la personnalité.

-Le moi qui représente les intérêts de la personnalité.

-Le surmoi, instance critique qui s'est formée par l'intériorisation des exigences des interdits parentaux.

Il définit la ligne de développement de l'enfant en trois grands axes :

>Le stade oral avant deux ans où le besoin constitue l'attention première de l'enfant. Ainsi vont se développer la motricité, la préhension, le langage et la sociabilité dans un processus de développement bien défini :

Entre 2-3 mois, apparaît le sourire réponse, signe que l'enfant a acquis la capacité de reconnaître une mimique particulière, sans encore bien identifier un visage par rapport à l'autre.

A partir de trois mois, les premières vocalises et gazouillis apparaissent. L'enfant se sentant un individu séparé éprouve le besoin de parler pour essayer de jeter un pont relationnel entre lui et l'autre.

Puis dans le deuxième semestre de vie, il fait de grands progrès sur le plan moteur, devient capable de se retourner, se tenir assis et commencer à ramper.

Les vocalises se précisent deviennent un mode de communication de plus en plus significatif. La meilleure perception de la réalité extérieure entraîne une réaction d'angoisse dite de perte à partir du huitième mois qui surgit lorsque l'enfant se retrouve face à un inconnu dont il est capable de confronter les traits avec les souvenirs de ceux des visages familiers des parents. C'est l'angoisse de séparation.

>Le stade anal à 2-4 ans de vie où on note une organisation de nouvelles possibilités d'autonomie grâce à la marche, le contrôle sphinctérien et l'apparition du langage. L'enfant apprend la propreté et découvre qu'il peut volontairement retenir ses selles

Les premiers conflits enfants parents apparaissent et l'enfant accède ainsi aux permis, aux défendus et aux dangers, aidés en cela par les félicitations, les récompenses, les menaces et les gronderies utilisées par les parents. Le surmoi commence alors à se différencier du moi et du ça par intériorisation des interdits parentaux grâce à des processus d'identification aux images parentales et aux limites dont elles sont porteuses à travers les attitudes éducatives.

L'individualisation de l'enfant commence par l'apparition du « non », par la parole et le geste. Si la phase anale se déroule dans un climat trop conflictuel, le caractère peut se traduire par un entêtement, l'obstination, le goût pour la propreté ou la saleté.

>Le stade génital ou phallique au-delà de 3 ans, où la curiosité sexuelle commence à se préciser. L'accès au complexe d'oedipe représente une progression dans la découverte de l'identité et du différent. L'enfant est pris, non seulement par le parent du même sexe mais aussi par le parent du sexe opposé, dans un double sentiment de rivalité et d'identification.

Lorsque les conflits propres à la période oedipienne s'estompent, l'enfant traverse une phase réputée plus calme qui correspond à peu près aux premières années de scolarité primaire pour durer jusqu'à la préadolescence (6-7 ans et 11-12 ans). Ce stade est dit période de latence, caractérisée par un repli pulsionnel avec désexualisation progressive des pensées et des comportements par un travail de refoulement permettant les sublimations et une orientation vers des investigations externes ou sociales.

Enfin survient l'adolescence, période de réorganisation inaugurée par les premiers signes pubertaires, caractérisées par les modifications de son corps et la révélation des pulsions sexuelles.

Il entre alors dans la dernière phase de l'adolescence avec l'accès à la vie génitale effective. L'adolescent est à la recherche d'une identité où il se reconnaisse et se sente reconnu. Le sentiment d'identité selon CAHN est le sentiment subjectif d'une unité et d'une continuité personnelle à la fois spécifique au sujet et reconnue par tous [14].

### **1-3 La préoccupation des parents venant en consultation de chirurgie pédiatrique**

La notion de santé se définit selon l'O.M.S. comme « un état de bien-être complet mental et social. C'est l'adaptation de l'homme à son environnement et à un meilleur équilibre avec son milieu ».

L'angoisse ou anxiété est une forme de malaise psychologique, classiquement définie comme une peur sans objet, comme une attente d'un danger imminent et imprécis. Elle s'accompagne volontiers de manifestations psychomotrices et neurovégétatives.

L'article 5 de la déclaration des droits de l'enfant adopté le 20 novembre 1959 stipule que : l'enfant ; physiquement, mentalement et socialement désavantagé, doit recevoir le traitement, l'éducation et les soins spéciaux que nécessite son état ou sa situation » [14].

Partant de cette déclaration, les politiques de santé se doivent de tout mettre en œuvre pour satisfaire aux exigences de cet article et « le médecin a le devoir de porter assistance à un enfant en danger ou menacé de l'être, d'assurer son sauvetage ou sa sécurité. Il faut s'en créer les moyens donc avoir un savoir-faire, une technique et un matériel minimal » [12]. Il fallait que les conditions de santé des mères et des enfants aussi de l'exercice de la médecine se transforment radicalement.

Dans les pays développés, les éléments les plus marquants de l'évolution récente sont la diminution de la mortalité des enfants et la chute de la natalité. Le visage des pathologies s'est modifié avec le progrès de la science. La pathologie gravidique sévère est devenue rare. Les maladies transmissibles, sous l'effet conjoint des progrès de l'hygiène du milieu, des vaccinations, des thérapeutiques anti-infectieuses et de l'éducation des parents ont considérablement diminué en fréquence et en gravité. Des maladies graves à coup sûr

mortelles sont devenues curables, ou au moins compatibles avec une survie, mais au prix de traitements astreignants d'où l'exigence des familles quant à la qualité des soins.

En revanche la situation des enfants dans les pays en développement est le contraire de celle des pays développés. En effet, on observe d'une part une démographie croissante et une jeunesse des populations dont les enfants et les adolescents représentent plus de la moitié, et d'autre part la mortalité infantile a un taux considérable car dans bien des pays un enfant sur dix meurt au cours de la première année et un sur quatre n'atteint pas l'âge de 5 ans [16]. Les indicateurs traditionnels de santé reflètent bien les inégalités existantes et l'impossibilité d'imiter dans les pays en développement, ce qui se fait dans les pays développés.

Mais le problème de santé le plus crucial dans les pays en développement réside sans doute dans la finalité des services de santé et la possibilité pour les populations d'y accéder.

La santé des parents et notamment celle de la mère avant et pendant la grossesse, ainsi que les services dont elle dispose pendant la grossesse et plus particulièrement au moment de l'accouchement sont d'importants déterminants de l'état de santé des enfants.

Partout ailleurs, la naissance d'un enfant procure une immense joie dans la famille, donnant lieu à des cérémonies de réjouissance. Mais cette joie est vite écourtée par la constatation sur le nouveau-né d'une anomalie notamment une malformation qui peut être bénigne ou grave.

La maladie de l'enfant, qu'elle soit bénigne ou grave est liée de bien des façons à la vie familiale. Elle peut retenir parfois très profondément sur la vie de la famille en perturbant le rythme habituel. La préoccupation parentale est portée sur le petit malade au détriment de la fratrie. De même la naissance d'un enfant porteur d'une malformation est un drame immédiat et d'autant plus qu'un organe est atteint et à fortiori s'il est supprimé.

La maladie grave ou chronique où à fortiori mortelle crée évidemment des situations aussi difficiles et ce d'autant plus que l'existence d'une maladie mortelle chez un enfant constitue pour la famille une agression particulièrement lourde à laquelle les équipes médicales ne savent pas toujours répondre tant cette situation signifie la mise en échec de la démarche thérapeutique habituelle [16]. Ce qui

a fait dire à Nove JOSSERAND et LAURENCE : « Laissez donc ces pauvres enfants mourir, ne cherchez pas à les faire vivre pour quelques mois, quelques années peut être, et à en faire des idiots et des infirmes en charge de leur famille et de la société ».

Aussi les parents cherchent-ils vite et partout des solutions thérapeutiques, qui insuffisamment réfléchies risquent d'aboutir à des conséquences encore plus graves [6]. A l'affolement il convient d'opposer le calme à l'angoisse, une certaine tranquillité à l'incertitude l'information adaptée.

La complexité des soins et leur impact psychologique à propos de la malformation, nécessitant une prise en charge hospitalière lourde, la mise en œuvre de techniques complexes : techniques de réanimation, techniques chirurgicales à la survie de l'enfant ; le bloc opératoire parfois considéré comme un milieu agressif, inconnu, fermé, aseptique, technique voire mythique, obligent à une aide constante des soignants ou un psychologue rattaché à l'équipe.

Tous ces aspects associés à la condition socio-économique et l'absence d'informations sur la curabilité des maladies congénitales ou acquises entraînent chez les parents venant à la consultation, une grande inquiétude, une souffrance tant physique que morale.

La santé n'a pas de prix sans doute, mais son coût est élevé : les investigations, les thérapeutiques doivent être décidées à bon escient, les hospitalisations abrégées, les invalidités liées au retard et à l'inexpérience réduites. Ils sont alors pressés de savoir le traitement qui sera effectué sur leurs enfants et le résultat qui en découlera.

## **1-4 L'interprétation de la maladie de l'enfant par les parents**

### **1-4-1 En occident**

La maladie est l'ensemble des phénomènes anormaux physiques ou psychiques provoqués chez un sujet par une ou plusieurs causes endogènes, exogènes connues ou non pouvant s'accompagner de modifications dites pathologiques (morphologiques, fonctionnelles, biochimiques...) C'est-à-dire l'ensemble des dysfonctionnements dans l'organisme du sujet.

Ainsi la médecine moderne classe les maladies en plusieurs groupes selon les origines. D'où la notion de maladie métabolique, infectieuse, traumatique, parasitaire.

Le diagnostic de ces maladies n'est posé qu'à partir des symptômes, d'un examen clinique soigneux et d'un examen para clinique. Seul le médecin est habilité à poser le diagnostic et à traiter le patient par des moyens médicaux ou chirurgicaux.

En chirurgie, la thérapeutique essentielle est l'acte chirurgical qui incombe au chirurgien, qui peut être un acte programmé ou d'urgence dont le but est d'extirper un organe défaillant ou de le réparer.

### **1-4-2 En Afrique et au Mali**

La notion de santé est étroitement liée à l'harmonie existant entre les aspects objectifs du corps physique et les aspects subjectifs du corps subtil de l'être humain. La rupture de cette harmonie crée des perturbations appelées maladie. La maladie se définit comme un malaise corporel ou psychique ressenti par l'individu.

La maladie se présente comme un phénomène surnaturel, dû à des forces extérieures et est perçue comme un châtement à la transgression d'un interdit. Ainsi la notion de maladie congénitale traduirait l'offense commise par un des parents envers les ancêtres. Elle est aussi perçue comme l'effet manifeste de l'action maléfique exercée par un méchant sorcier, soit par un ennemi sur le sujet qui est alors soit envoûté, ensorcelé ou frappé d'une malédiction.

Dans tous les cas la faute est en dehors du malade et les causes ne tiennent compte ni du facteur héréditaire ni du facteur constitutionnel.

A tous les niveaux, la maladie est appréhendée comme une réalité découlant d'une origine surnaturelle où le corps qui supporte les douleurs de la maladie n'est qu'un médiateur physique. La maladie peut être d'origine végétale, animale ou minérale. C'est le cas des démangeaisons qui seraient dues aux taro et gombo chez les Akyé et Sénoufo, le rhumatisme et la varicelle causés par la consommation de la viande de biche, l'œuf qui provoquerait des convulsions chez l'enfant [5].

Cependant, de plus en plus de parents, eux-mêmes partagés entre les conceptions modernes et traditionnelles ont tendance à comprendre certaines origines des maladies, au point où certains parents attribuent certaines maladies à la seule volonté de l'Être Suprême.

Ainsi certaines maladies sont reconnues naturelles comme la fièvre après un coup de froid. En tout état de cause, la maladie est le résultat des rapports de l'homme avec la nature, le système de croyances et de



relations sociales. Il en découle donc la démarche thérapeutique en Afrique.

En Afrique, les malades consultent les guérisseurs, les charlatans qui les soignent sans aucune base scientifique par des sacrifices d'objets, animaux, voire humains. Mais tout comme la médecine moderne, la médecine traditionnelle a ses moyens thérapeutiques que sont les plantes, les massages, les interventions chirurgicales manuelles ou les manœuvres externes.

A tort ou à raison, la médecine traditionnelle est critiquée, contestée, attaquée parce que perçue comme charlatanisme par les inconditionnels de la médecine moderne taxée à leur tour de déculturés de déracinés.

## **2- La chirurgie pédiatrique**

### **2-1 Dans le Monde**

La chirurgie pédiatrique était pratiquée depuis HYPPOCRATE. Elle est la science des pathologies congénitales ou acquises de l'enfant de 0 à 15 ans. Elle est restée longtemps le fait des chirurgiens adultes qui refusaient de passer la main aux spécialistes d'enfant.

C'est en 1741 qu'elle a fait son apparition avec l'orthopédie grâce à Nicolas ANDREY. Et en mai 1802, le roi NAPOLEON crée le monastère des Dames Hospitalières de St THOMAS à Paris. Ce fut le premier hôpital des enfants qui est aujourd'hui l'hôpital NECKER enfants malades.

En 1841, le premier chirurgien pédiatre est nommé par le gouvernement français. C'est BAFFOS qui est considéré comme le père de chirurgie pédiatrique conservatrice. Il est remplacé par GUERSANT, chirurgien pédiatre de renom qui transforme l'hôpital des enfants malades en un haut centre spécialisé de chirurgie pédiatrique.

Le premier ouvrage de chirurgie des enfants est celui de Nicolas ANDREY en 1741 avec pour titre « l'orthopédie ou l'art de prévenir ou de corriger dans les enfants, les difformités du corps, le tout par des moyens à la portée des pères et des mères et de toutes personnes qui ont des enfants à élever ».

Puis de 1860 à 1870, trois autres publications ont été faites sur la chirurgie pédiatrique. Depuis, toutes les pathologies et leurs

traitements sont exposés dans des ouvrages. Entre autre, Harold HIRCHSPRUNG décrivait la maladie portant son nom. Il fut considéré comme le prototype même du chirurgien pédiatre.

LADD, BILLROTH, FORSTER, POUS, DUHAMEL, PELLERIN, TRENAUNEY, célèbres chercheurs vont se rattacher à la chirurgie pédiatrique. La première chaire de chirurgie pédiatrique est créée en 1899, lui donnant ainsi ses lettres de noblesses.

Mais les premières tentatives d'intervention se soldent par 100% de décès en particulier en chirurgie viscérale. La révolution survient à la découverte de l'anesthésie, l'asepsie au milieu du XIX ème siècle grâce à MORTON dans le souci de la maîtrise de la douleur.

L'anesthésie est définie comme « une privation générale ou partielle de la faculté de sentir ». Elle est élevée au rang d'une science, l'anesthésiologie par BAW MAN.

Malheureusement, dès son invention sont apparus les premiers accidents rappelant les risques de la technique. Depuis le XIX siècle jusqu'à nos jours, de nombreux travaux se sont multipliés enfin d'améliorer la qualité des prestations et conférer au sujet, une sécurité anesthésique optimale.

C'est ainsi que la réanimation pédiatrique a vu le jour. Le taux élevé de mortalité des enfants dans les centres de réanimations polyvalente a justifié leur isolement afin de mieux situer chaque pathologie et le type de traitement à faire selon l'âge. Il va de soi qu'il est important avant d'entreprendre ce genre de traitement de tenir compte des considérations anatomiques, physiologies et biologiques de l'enfant qui diffèrent de celles de l'adulte. Celles-ci constituant la base même de la réanimation pédiatrique [4].

Grâce à ce progrès de la réanimation et de l'anesthésie pédiatrique, tous les enfants de 0 à 15 ans, de poids allant de 800g à 3500g sont endormis et réveillés, des maladies congénitales graves telles que l'atrésie duodénale, la hernie diaphragmatique, les malformations ano-rectales sont opérés et ne constituent plus une hantise pour le chirurgien pédiatre.

Aujourd'hui, on rencontre plusieurs spécialités en la chirurgie pédiatrique : traumatologie, gynécologie pédiatrique, chirurgie viscérale, chirurgie cardiaque, l'urologie.

## 2-2 En Afrique

La chirurgie existe depuis la nuit des temps dans la pratique quotidienne des Africains et continue d'être exercée, les actes chirurgicaux comme l'immobilisation dans une attelle en cas de fracture, la scarification, la percée d'oreille, l'excision et la circoncision sont les preuves de cette pratique. Bien que toujours sans risque pour les enfants chez qui elle laisse des complications et séquelles graves, elle continue son chemin. Aujourd'hui la scolarisation et l'amélioration des conditions socio-économiques, la sensibilisation font baisser relativement ces pratiques telle l'excision [4].

La chirurgie pédiatrique en Afrique concerne un continent où les moins de 15 ans représentent plus de la moitié de la population [3]. Elle est apparue dans les hôpitaux pendant les années 1970 grâce aux premiers professeurs agrégés que sont :

-Au Bénin, le pionnier GOUDOTE, premier chirurgien pédiatre d'Afrique noire francophone.

-En Côte d'Ivoire : ROUX

-Au Maroc : HAROUCHI

-En Tunisie : Hichem SAID

-Au Gabon : Mbunbe KING crée en 1976 le premier hôpital pédiatrique avec des services de chirurgie et de réanimation de pointe.

-En Centrafrique : MANDABA

-En Guinée : BALDE

Mais c'est Abidjan qui a pris la plus grande longueur d'avance en créant en 1986 une unité de réanimation pédiatrique au CHU de Cocody et au CHU de Yopougon, un service moderne puis un CES à vocation régionale permettant ainsi la formation de la première génération de chirurgiens pédiatres diplômés d'Afrique.

Deux autres écoles ont suivi dans la formation des spécialistes ce sont :

-Au Maghreb avec HAROUCHI au Rabat (Maroc)

-En Afrique Australe avec RODE à Cape Town (Afrique du Sud).

La qualité de l'enseignement fournie par ces écoles africaines et occidentales et la promotion faite ont apporté un plus grand intérêt à la chirurgie pédiatrique, permettant ainsi à beaucoup de médecins africains de s'intéresser par la spécialisation et la recherche.

C'est donc conscients de leur nombre de plus en plus croissant que les chirurgiens pédiatres d'Afrique noire ont décidé de créer en Mars 2001 à Nouakchott en Mauritanie, un cadre d'échange et de réflexion pour harmoniser les protocoles dans la prise en charge des enfants et le meilleur devenir de cette nouvelle spécialité. Ainsi fût crée la Société Africaine de Chirurgie Pédiatrique (S.A.C.P.) qui a tenu son premier congrès extraordinaire de chirurgie pédiatrique d'Afrique francophone les 20-21-22 Novembre 2003 à Libreville au Gabon.

C'est la Côte d'Ivoire qui abrite le siège de la Société Africaine de Chirurgie Pédiatrique qui a pour buts de :

- Contribuer au développement de la chirurgie pédiatrique.
- Former et encourager des chirurgiens pédiatres.
- Promouvoir les travaux scientifiques en chirurgie pédiatrique.
- Collaborer aux travaux des auteurs prenant en compte la santé des enfants.
- Renforcer les liens existants avec les autres sociétés de chirurgie pédiatrique.
- Continuer l'organisation de l'exercice de la chirurgie pédiatrique dans les différents pays.
- Apporter aux pouvoirs publiques sa contribution à la mise en œuvre d'une politique pertinente de soins, recherche et enseignement, dans son domaine spécifique.

### **2-3 Au Mali**

Le Dr Madani TOURE était le chirurgien pédiatre et le premier service de chirurgie pédiatrique a été crée en 1984 au sein de l'hôpital Gabriel Touré partageant les mêmes locaux avec le service de chirurgie générale.

Entre 1999 et 2004 la chirurgie pédiatrique et la chirurgie générale ne faisaient qu'un seul service.

A partir de 2004 le service de chirurgie pédiatrique est devenu autonome dirigé par le Dr Mamby Keïta.

## **IV-METHODOLOGIE**

### **1. Cadre d'étude :**

Notre étude a été effectuée dans le service de chirurgie pédiatrique du CHU Gabriel Touré appelé dispensaire central jusqu'en 1956. C'est après qu'il fut érigé en Hôpital et baptisé Gabriel Touré en hommage à un étudiant en médecine originaire de la Haute Volta (actuel Burkina Faso), décédé à Dakar à la suite d'une épidémie de charbon.

### **Situation géographique et services :**

L'hôpital Gabriel Touré, est de part sa situation géographique au cœur du district de Bamako en commune III, il est de loin le plus sollicité.

Il est limité :

-A l'Est par le Boulevard du peuple et le quartier populaire de Médine.

- A l'Ouest par l'école nationale d'ingénieurs (ENI)

-Au Nord par l'avenue Mar Diagne et l'état major de la gendarmerie nationale

-Au Sud par la rue VAN Vollenheven et le TRANIMEX qui est une société de dédouanement.

Il comporte plusieurs services :

-Le bureau des entrées ;

-L'administration ;

-La pharmacie ;

-Le réfectoire ;

-Le service des urgences chirurgicales « SUC » ;

-Le service d'anesthésie réanimation «SAR » ;

-Le service de pédiatrie ;

-Les Boxes de consultations (Gynécologie obstétrique, Médecine, Chirurgie) ;

-Le service d'hépatogastro-enterologie ;

-Le service de cardiologie ;

-Le service de diabétologie ;

-Le service de médecine interne ;

-Le service d'oto-rhino-laryngologie « ORL » ;

- Le laboratoire d'analyse ;
- Le service d'imagerie médicale ;
- Le service de traumatologie et d'orthopédie ;
- Le service d'urologie ;
- Le service de chirurgie générale et pédiatrique ;
- Le service de gynécologie obstétrique ;
- Le service de maintenance ;
- La cantine des travailleurs ;
- La morgue.

## **1.2 Lieu de l'étude :**

Le service de chirurgie pédiatrique se trouve au pavillon Bénitiéni Fofana (ex pavillon INPS), il est composé de :

- Trois bureaux : un pour le chef de service, un pour le chirurgien Cubain et un pour le major.
- Deux salles de garde pour les CES et les infirmiers ;
- Sept salles d'hospitalisations (32 lits) dont deux salles VIP, une salle pour les brûlés et une salle pour la chirurgie aseptique.
- Le bloc opératoire est composé de trois salles que le service partage avec les autres spécialités chirurgicales : la chirurgie générale ; la chirurgie orthopédique et traumatologique et l'urologie.

-Le service des urgences chirurgicales, comprenant trois (3) secteurs :

\* Premier secteur : accueil tri avec 8 lits.

\* Deuxième secteur : déchoquage avec deux lits ;

\* Bloc opératoire avec trois (3) salles d'opérations dont une pour la chirurgie propre, une pour la chirurgie aseptique, une pour la traumatologie, et une salle de stérilisation,

\* Troisième secteur : réanimation avec huit lits (2 salles de 4 lits chacune).

### **1.3 Le personnel :**

#### **1.3 1 Le service de chirurgie pédiatrique :**

- Les chirurgiens sont au nombre de trois, dont un coopérant Cubain.

-Le personnel infirmier est composé de :

- \* Trois techniciennes supérieures de santé dont le major ;
- \* Trois techniciennes de santé ;
- \* Trois aides soignantes ;
- \* Quatre techniciennes de surface.

- Les étudiants thésards faisant fonction d'interne de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie (FMPOS).

Le service reçoit également les CES, les médecins stagiaires, les étudiants externes de la FMPOS, les élèves de l'INFSS (Institut national de formation en science de la santé) et de la croix rouge.

#### **1.3 2 Le service des urgences chirurgicales :**

- Deux anesthésistes réanimateurs, dont un chef de service ;
- Trois médecins généralistes ;
- Trois techniciens supérieurs de santé dont le major ;
- Vingt quatre agents techniques de la santé ;
- Neuf techniciens de surface ;

Les étudiants thésards faisant fonction d'internes de la faculté de médecine, pharmacie et d'odontostomatologie (FMPOS).

Les élèves de l'INFSS et de la croix rouge.

Le volet chirurgical est géré par l'ensemble des chirurgiens des différentes spécialités chirurgicales avec lesquels il partage le bloc à froid.

## **2- Les activités :**

### **2.1 Le service de chirurgie pédiatrique :**

Les consultations externes ont lieu tous les lundi et Mardi.

La visite se fait chaque matin et une visite commune est faite avec le service de chirurgie générale sous la direction du chef du dit service tous les Vendredi.

Les hospitalisations se font tous les jours.

Le staff du service a lieu tous les jeudi et mercredi. Les thésards sont répartis en quatre groupes faisant la rotation hebdomadaire entre le bloc opératoire, la consultation chirurgicale externe et le service des urgences chirurgicales.

## **2.2 Le service des urgences chirurgicales :**

Le service des urgences chirurgicales (SUC) est un service à vocation chirurgicale. Il a été créé en 1996 après les événements du 26 Mars 1991 pour répondre aux attentes de la ville de Bamako. C'est le lieu de passage de toutes les urgences chirurgicales du CHU Gabriel Touré, sauf les urgences gynéco-obstétricales.

## **3. Type d'étude :**

Il s'agit d'une étude prospective qui s'est déroulée du 1<sup>er</sup> Février au 31 Juillet 2006 dans le service de chirurgie pédiatrique du CHU Gabriel Touré.

## **4. Période d'étude :**

Notre étude s'est étendue sur une période de 6 mois allant du 1<sup>er</sup> Février au 31 Juillet 2006.

## **5. Echantillonnage :**

La population étudiée concernait les enfants admis pour une consultation dans les services de chirurgie pédiatriques aux urgences chirurgicales, âgés de 0-15 ans et de tout sexe confondu.

## **5 1.Critères d'inclusion :**

- Parents des patients âgés de 0-15 ans et accompagnés par au moins un des deux parents, admis pour consultation de chirurgie pédiatrique.



## **5 2.Critères de non inclusion :**

N'ont pas été inclus dans cette étude les parents dont les enfants ont été opérés ailleurs et ceux non accompagnés par l'un des deux parents.

## **6. Méthode :**

### **6 1 Elaboration de la fiche d'enquête :**

Le questionnaire a été élaboré par l'étudiant lui-même, discuté avec ses collègues et corrigé par le co-directeur puis le Directeur de thèse.

La fiche d'enquête est constituée des variables réparties en :

° Les caractéristiques de la population (l'âge, le sexe, l'ethnie de l'enfant, la résidence, le niveau d'instruction, la situation matrimoniale et le niveau socio-économique des parents) et le motif de consultation.

Par rapport au niveau socio-économique : l'habitat, l'abonnement à l'eau et à l'électricité et les dépenses journalières, la classification a été la suivante :

- niveau socio-économique bas : absence d'eau et d'électricité à domicile, une habitation de moins de 2 pièces pour plus de 6 personnes, dépenses journalières inférieures à 1000 francs CFA par personne.
- niveau socio-économique moyen : eau et électricité à domicile, habitation de plus de 3 pièces pour plus de 5 personnes et dépenses journalières à plus de 1000 francs CFA par personne.
- niveau socio-économique bon : eau et électricité à domicile, habitation de 1 à 2 personnes par pièce, dépenses journalières de plus de 2000 francs CFA par personne.

Le niveau d'instruction est le niveau de scolarité du parent le plus instruit.

- analphabète : aucune scolarisation
- primaire : études primaires
- secondaire : études secondaires
- supérieures : études universitaires.

## **7 Support des données :**

- Fiche d'enquête.
- Le logiciel Epi info version 6.0 Fr.
- Le traitement du texte sur le logiciel Word.
- Le test  $\chi^2$  a été utilisé pour la comparaison des taux une valeur de  $p < 0,05$  était considérée comme significative.

## V-RESULTATS

Au cours de notre étude nous avons colligé 161 dossiers des malades.

### 1-CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES

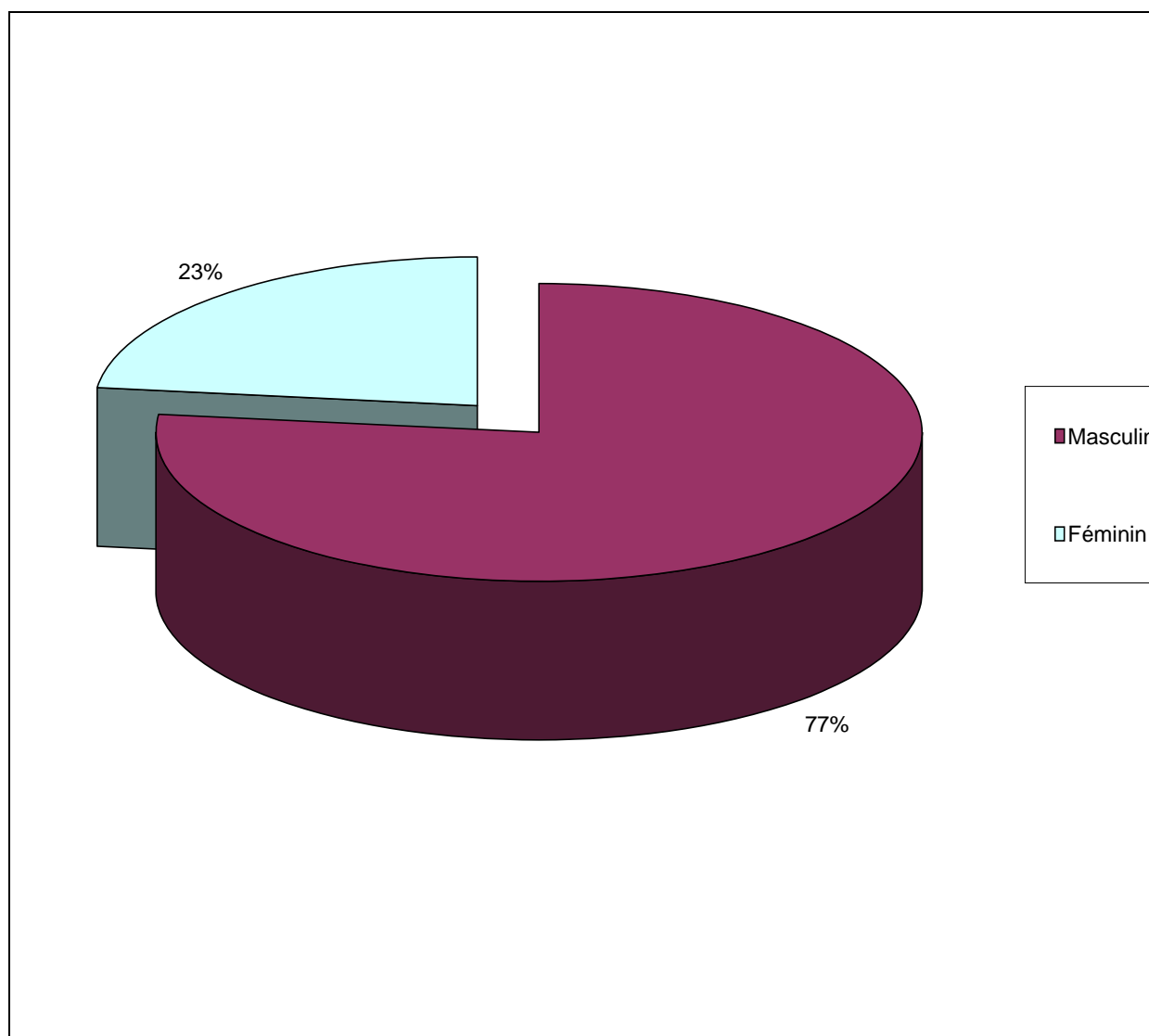
#### 1-1 Age

**Tableau I** : Répartition des patients selon l'âge

Age	Effectif	Pourcentage
[0jour –30jours [	20	12,42
<b>[30jours-2ans [</b>	<b>64</b>	<b>39,75</b>
[2ans-7ans [	42	28,09
[7ans-15ans [	35	21,74
<b>Total</b>	<b>161</b>	<b>100,00</b>

*Moyenne : 48 mois    Ecart type : 46,30  
Des extrêmes allant de 0 jours et 15 ans.*

## 1-2 Sexe



**Figure 1** : Répartition des patients selon le sexe

*Le sex-ratio : 3 en faveur du sexe masculin*

### 1-3 Ethnie

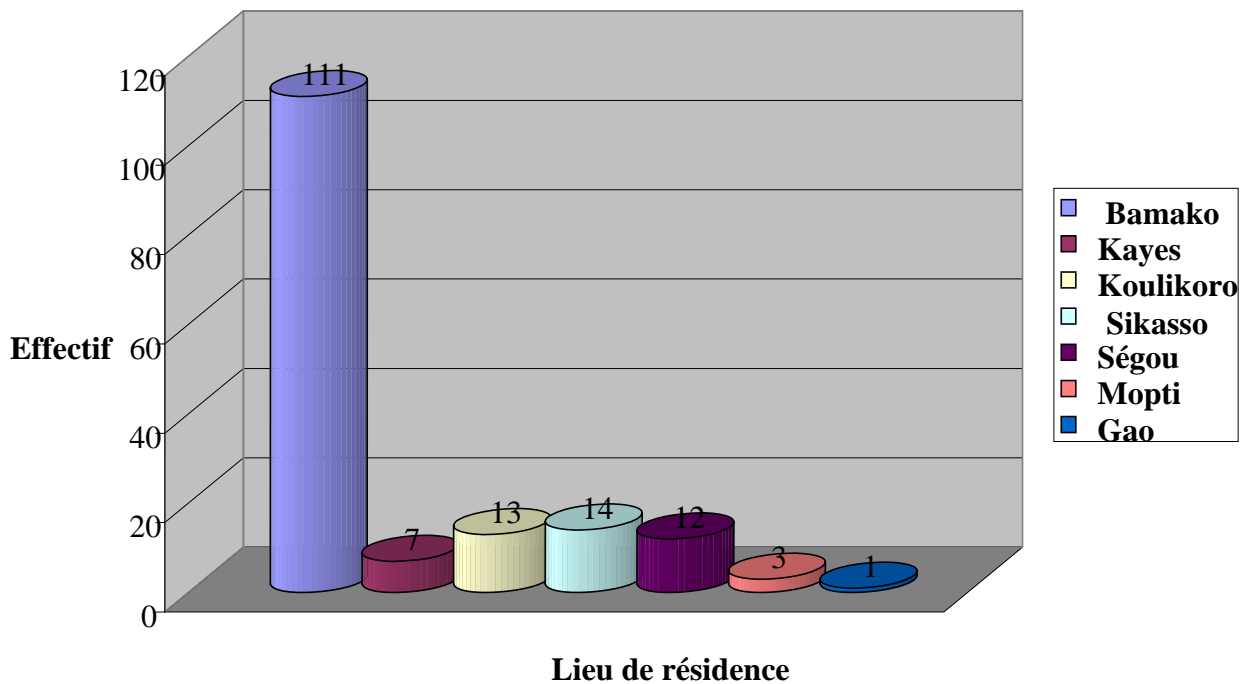
**Tableau II** : Répartition des patients selon l'ethnie.

<b>Ethnie</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Bambara</b>	<b>58</b>	<b>36,02</b>
Malinké	27	16,77
Peulh	19	11,80
Sonrhäi	5	3,10
Sarakolé	26	16,15
Senoufo	1	0,62
Bobo	2	1,20
Minianka	5	3,10
Dogon	7	4,35
Autres	11	6,83
<b>Total</b>	<b>161</b>	<b>100,00</b>

**NB : Autres regroupent Bozo : 5 (3,10%), Djawando : 3 (1,86%), Kassonké : 2 (1,20%), Wolof : 1 (0,62%).**

Il existe une prédominance des bambaras avec 58 cas soit 36,02% suivi des malinkés.

## 1-4 Provenance



**Figure 2** : Répartition des patients selon le lieu de résidence

Les consultants venaient des différentes régions du Mali avec le plus grand nombre avec 111 cas soit 68,94% de la capitale.

## 1-5 Niveau d'instruction des parents d'enfants malades

**Tableau III** : Répartition des parents selon leur niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectifs	Pourcentage
Non scolarisé	71	44,10
Primaire	23	14,29
Secondaire	36	22,46
Supérieur	13	8,17
Coranique	18	11,28
<b>Total</b>	<b>161</b>	<b>100,00</b>

Soixante onze (71) soit 44,10% des parents n'avaient aucun niveau d'étude contre treize soit 8,17% seulement avaient un niveau universitaire.

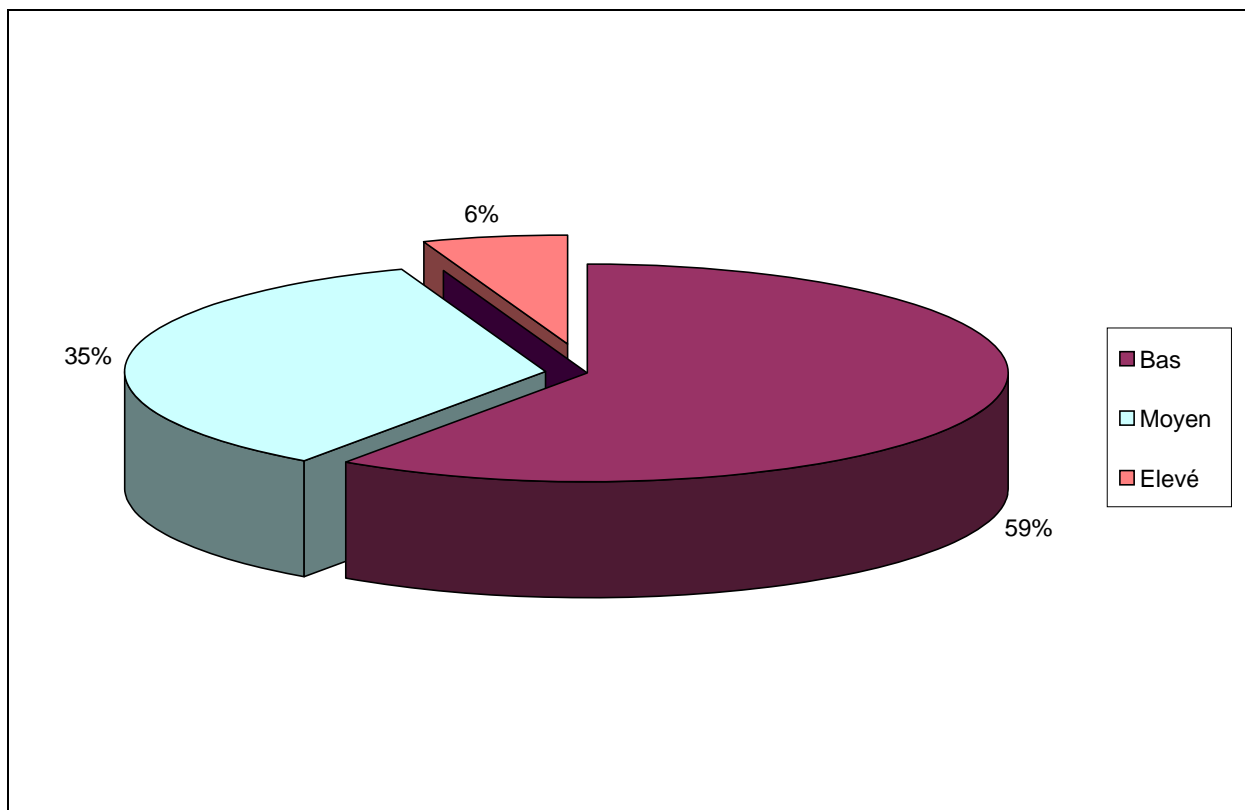
### 1-6 Etat matrimonial

**Tableau IV** : Répartition des parents selon leur état matrimonial

Etat matrimonial	Effectifs	Pourcentage (%)
Célibataire	9	5,59
Marié	148	91,93
Divorcé /Veuf	4	2,48
<b>Total</b>	<b>161</b>	<b>100,00</b>

Cent quarante huit (148) soit 91,93% des parents étaient mariés.

### 1-7 Niveau socio-économique



**Figure 3** : Répartition des parents selon leur niveau socio-économique.



## 1-8 Activité principale

**Tableau V:** Répartition des parents selon leur activité principale.

Profession	Père		Mère	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Elève/Étudiant	3	1,96	6	3,73
Fonctionnaire	38	23,60	6	3,73
Commerçant	32	19,98	5	3,11
Ouvrier/technicien	24	14,91	-	-
Paysan/ ménagères	51	31,78	<b>134</b>	<b>83,23</b>
Sans profession	6	3,73	-	-
Autres	6	3,73	9	5,59
<b>Total</b>	<b>161</b>	<b>100,00</b>	<b>161</b>	<b>100,00</b>

**NB :** Autres regroupent Marabout avec 2,48%(4) ; Retraités avec 1,24% (2).

## 2- RECOURS AUX SOINS DES 161 MALADES RECENSES

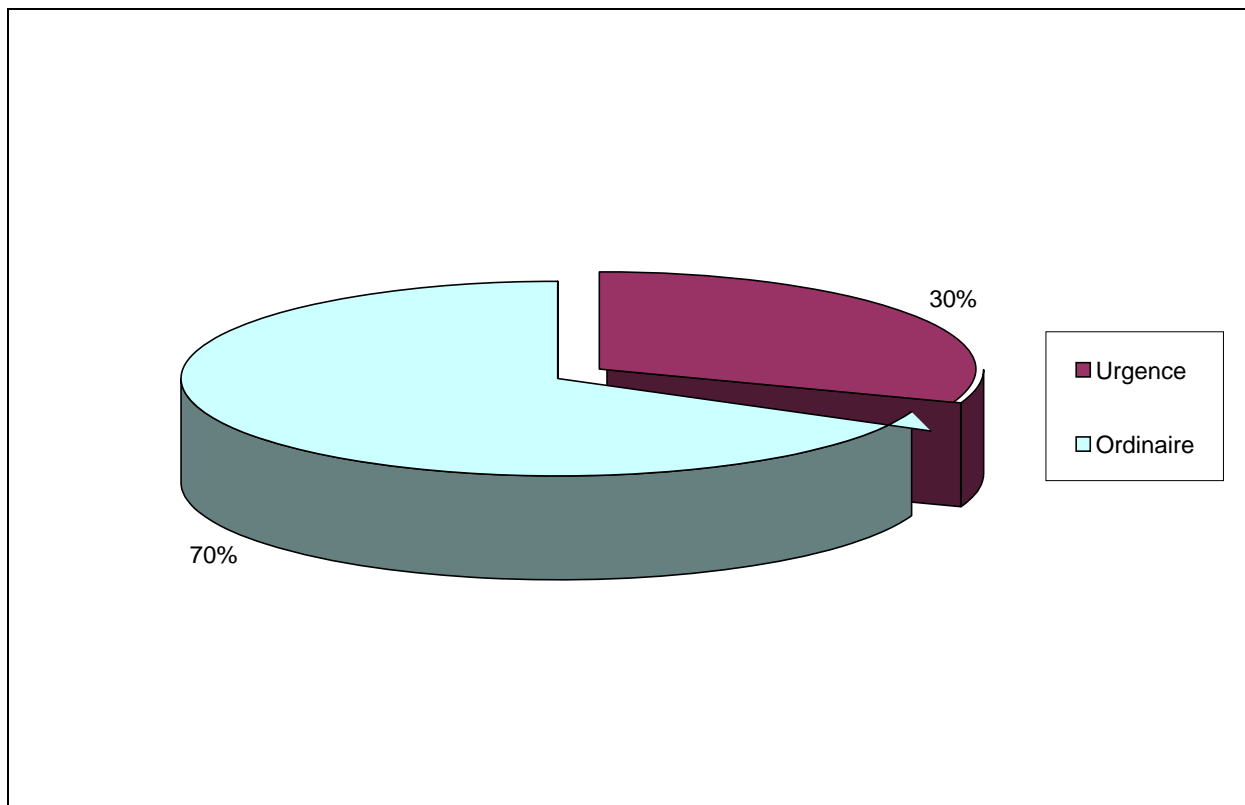
### 2-1 LE MOTIF DE CONSULTATION DES ENFANTS

**Tableau VI** : Répartition des enfants selon le motif de consultation.

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage
Tuméfaction inguinale	24	16,77
Tuméfaction ombilicale	18	13,04
Tuméfaction scrotale	14	8,70
Brûlures	12	8,07
Douleur abdominale	11	7,45
Distension abdominale	09	5,59
Absence de testicules	05	2,48
Hernie inguinale	07	4,35
Malformation des OGE	07	4,35
Malformation des lèvres	07	4,35
Malformation paroi abdominale	06	3,73
Séquelles d'excision	04	2,48
Tuméfaction face latérale du cou	04	2,48
Récidive de méningocèle	03	1,86
Traumatisme crânien	03	1,86
Doigts surnuméraires	02	1,24
Plaie de la jambe	02	1,24
Eviscération traumatique	02	1,24
Eviscération post opératoire	03	1,86
Constipation	03	1,86
Tuméfaction face antérieure du cou	01	0,62
Hydrocèle vaginale	01	0,62
Immobilité du bras	04	2,48
Malformation des pieds	02	1,24
Tuméfaction anale	01	0,62
Genou varum	01	0,62
Anomalie du prépuce	03	1,86
Suppuration de l'épaule	01	0,62
Traumatisme abdominal	01	0,62
<b>Total</b>	<b>161</b>	<b>100,00</b>

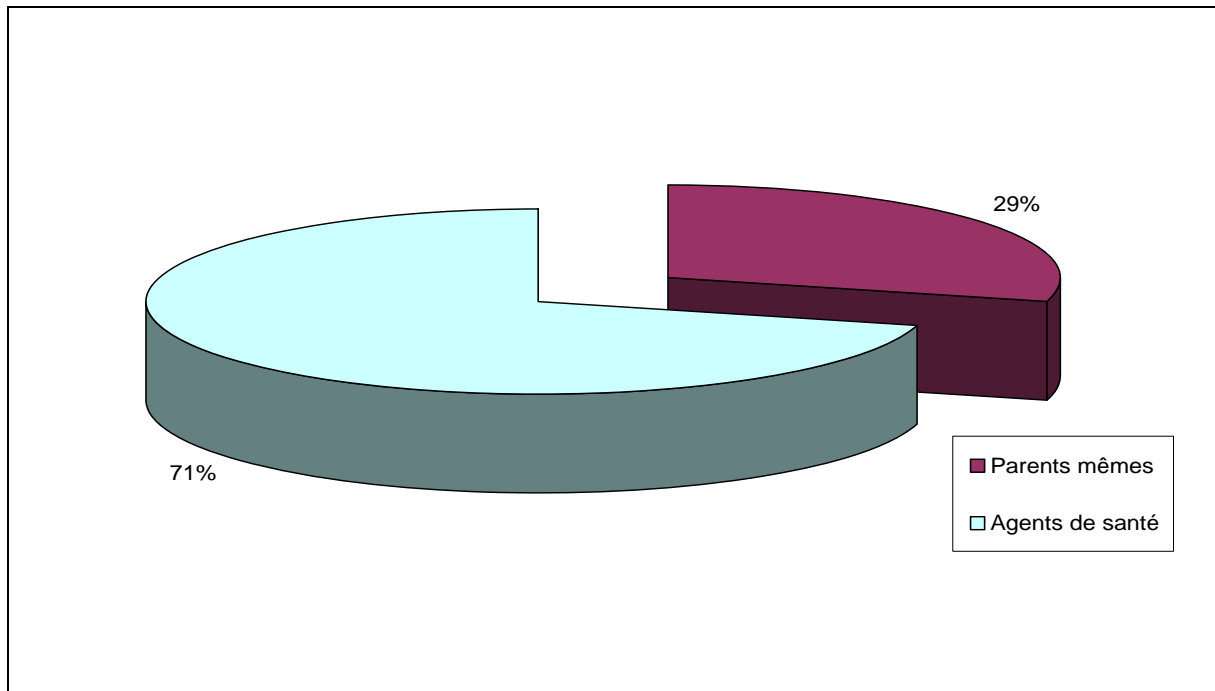
Les tuméfactions inguinales, ombilicales, scrotales, les brûlures thermiques et les douleurs abdominales ont représenté les motifs essentiels des consultations.

## 2-2 LES MODALITES D'ADMISSION DES PATIENTS



**Figure 4** : Répartition des enfants selon les modalités d'admission

### 2-3 Modalités de référence des patients



**Figure 5** : Répartition des patients selon la référence

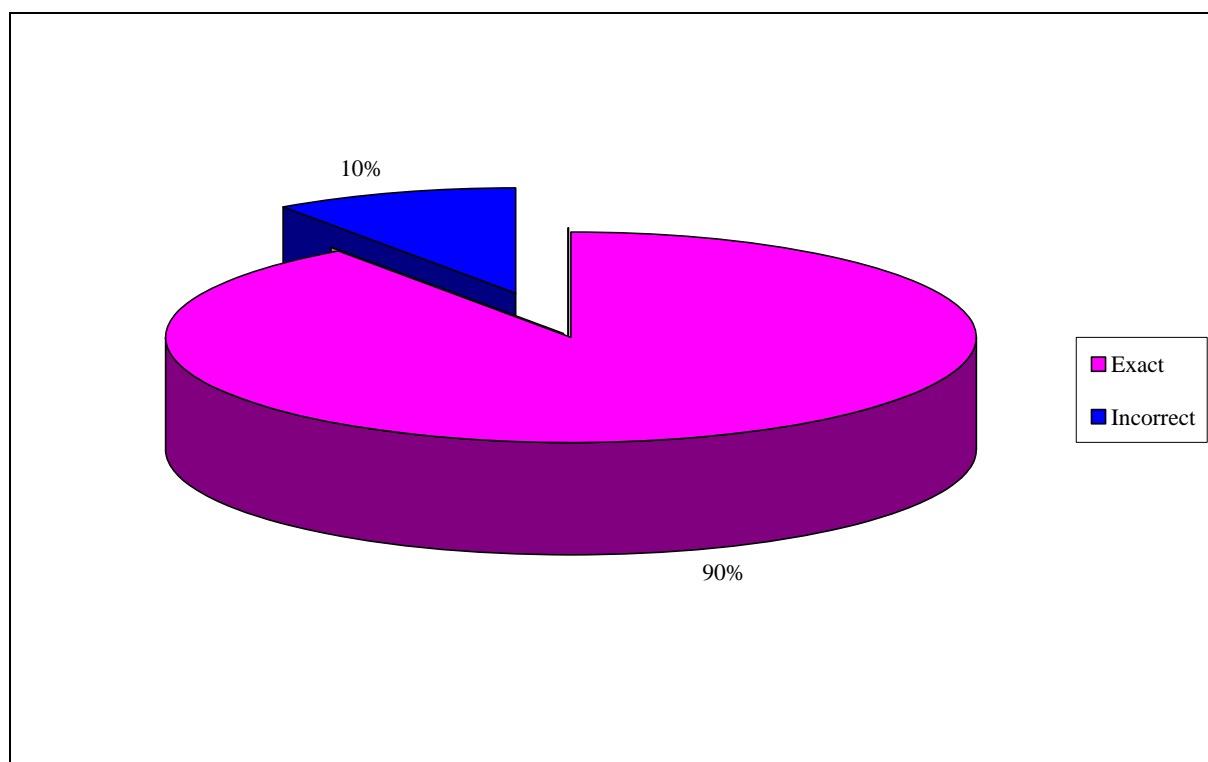
### 2-4 Croyances sur l'origine de la maladie de l'enfant.

**Tableau VII** : Répartition des parents selon l'interprétation de la maladie

Interprétation	Effectif	Pourcentage
Divinité	145	90,06
Sorcellerie	3	1,86
Autres	13	8,07
<b>Total</b>	<b>161</b>	<b>100,00</b>

**NB** : autres regroupent les parents sans idée sur la cause ou cause banale inexplicquée.

## 2-4 Diagnostic selon le référant



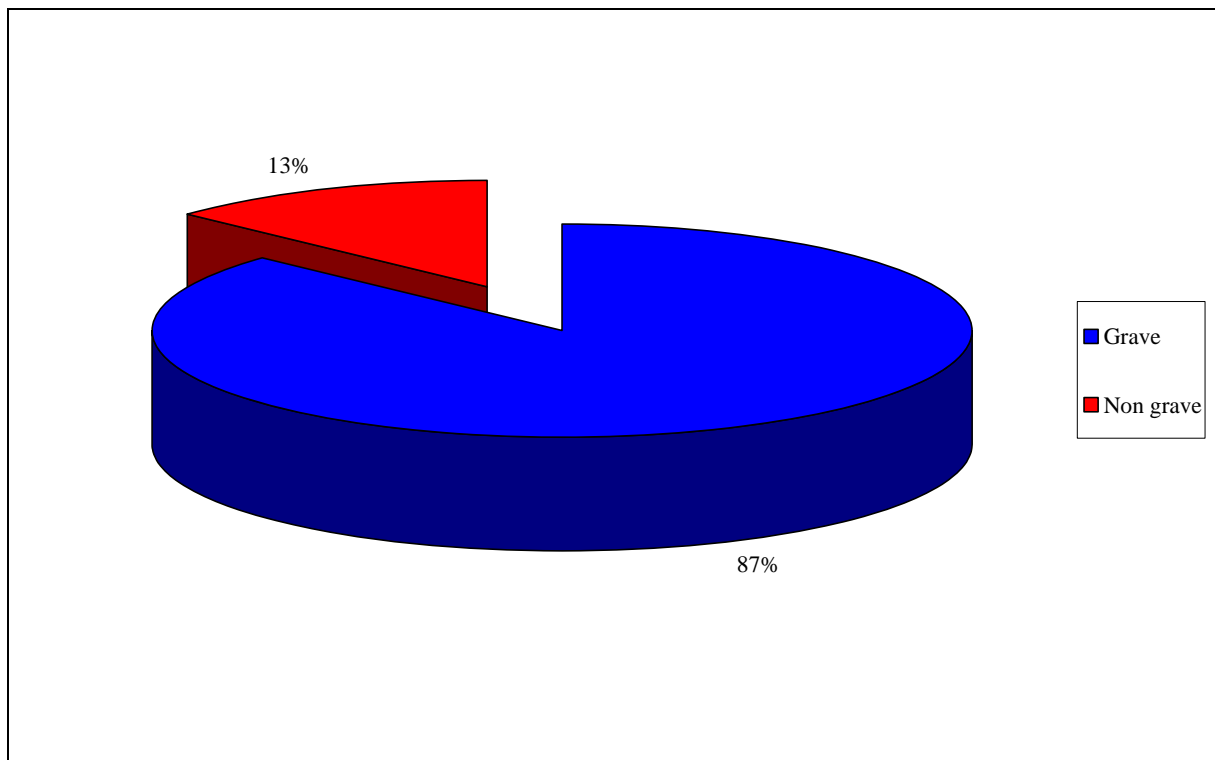
**Figure 6:** Répartition des patients selon l'exactitude du diagnostic lorsque le malade a été référé.

## 2-5 Classification des pathologies selon le diagnostic retenu

**Tableau VIII** : Répartition des patients selon le diagnostic retenu.

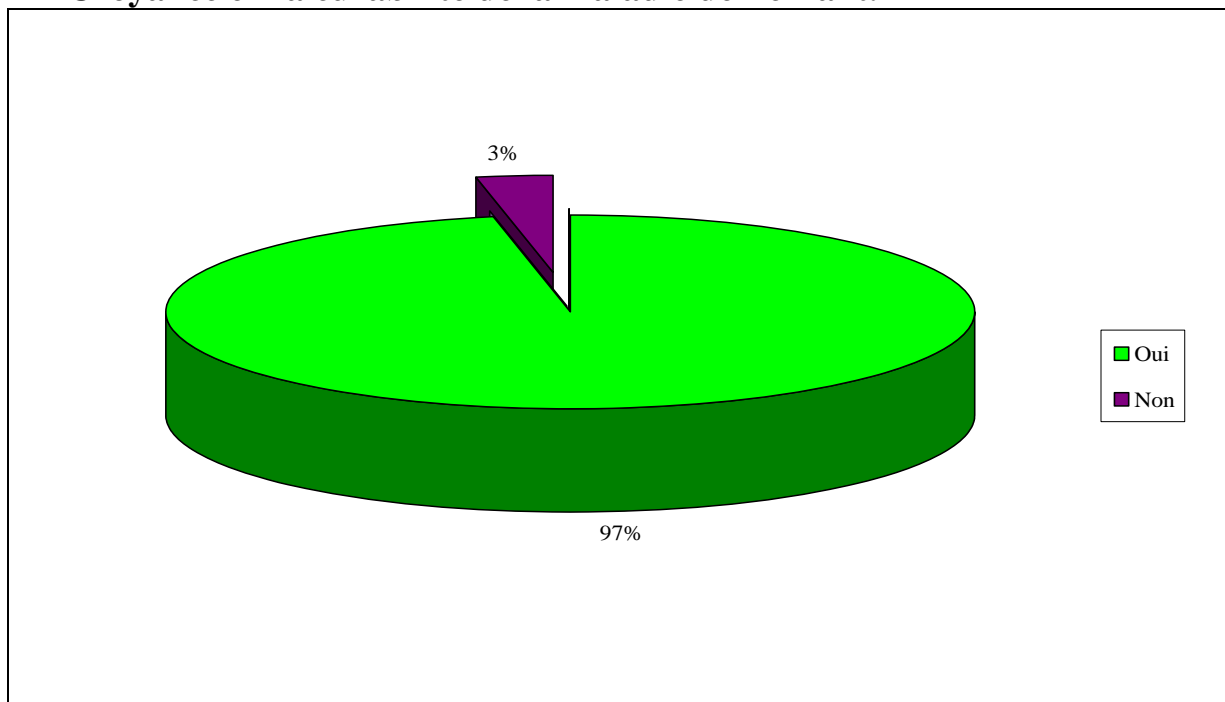
<b>Diagnostic retenu</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Hernies	48	29,81
Malformations anorectales	13	8,07
Hydrocèles	13	8,07
Omphalocèles	6	3,73
Cryptorchidies	5	3,11
Ectopies testiculaires	4	2,48
Kystes du cordon	4	2,48
Méningocèle	3	1,86
Brûlures	13	8,07
Hydrocéphalies	2	1,24
Péritonites	7	4,35
Traumatisme obstétrical	3	1,86
Ostéomyélites	2	1,24
Fentes labiales	6	3,73
Kyste ovarien	2	1,24
Appendicites aiguës	7	4,35
Invaginations intestinales aiguës	7	4,35
Plastrons appendiculaires	2	1,24
Eviscération traumatique	1	0,62
Eviscération post opératoire	1	0,62
Traumatismes crâniens	3	1,86
Séquelles d'excisions	3	1,86
Maladie de Hirschprung	1	0,62
Prolapsus rectal	3	1,86
Occlusion intestinale	2	1,24
<b>Total</b>	<b>161</b>	<b>100,00</b>

## 2-5 Le jugement de gravité de la maladie par les parents



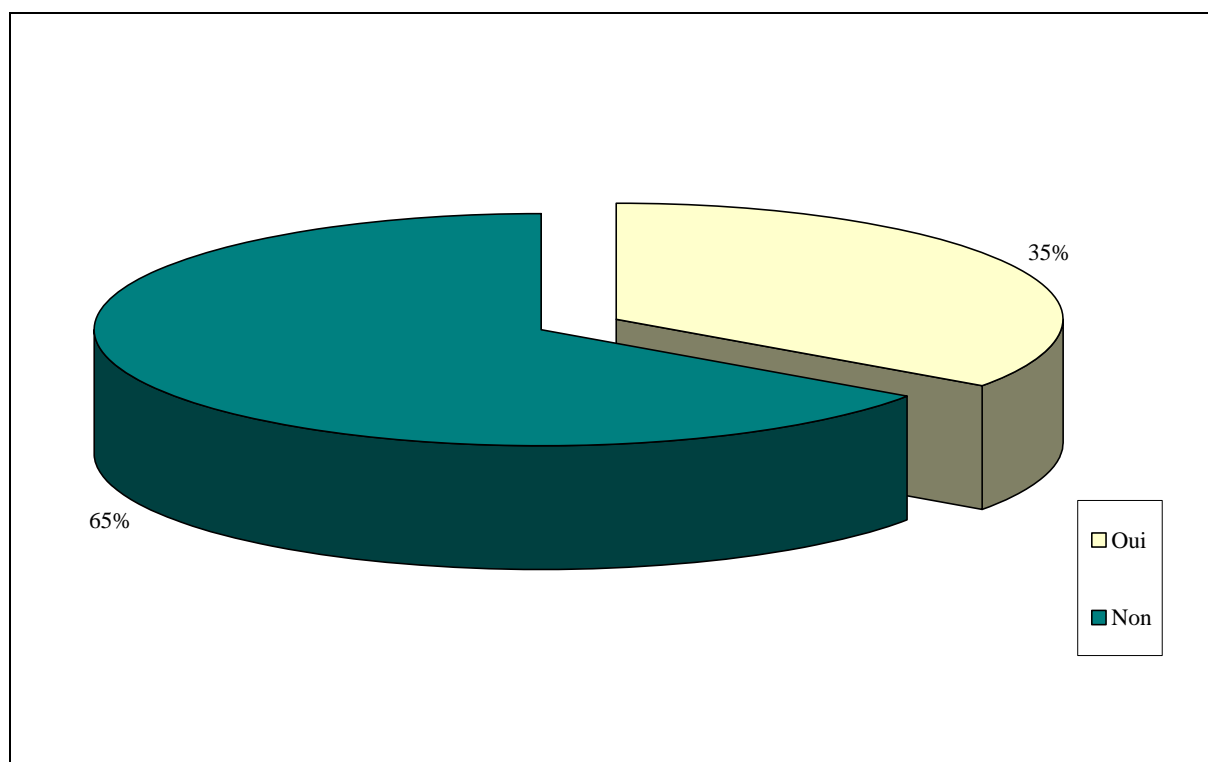
**Figure 7:** Répartition des parents selon la gravité de la maladie de l'enfant. Cent quarante (140) soit 87% des parents considéraient que la maladie de leur enfant grave.

## 2-7 Croyance en la curabilité de la maladie de l'enfant.



**Figure 8:** Répartition des parents selon la croyance en la curabilité de la maladie de leur enfant.

## 2-8 Le niveau de connaissance de la maladie par les parents.

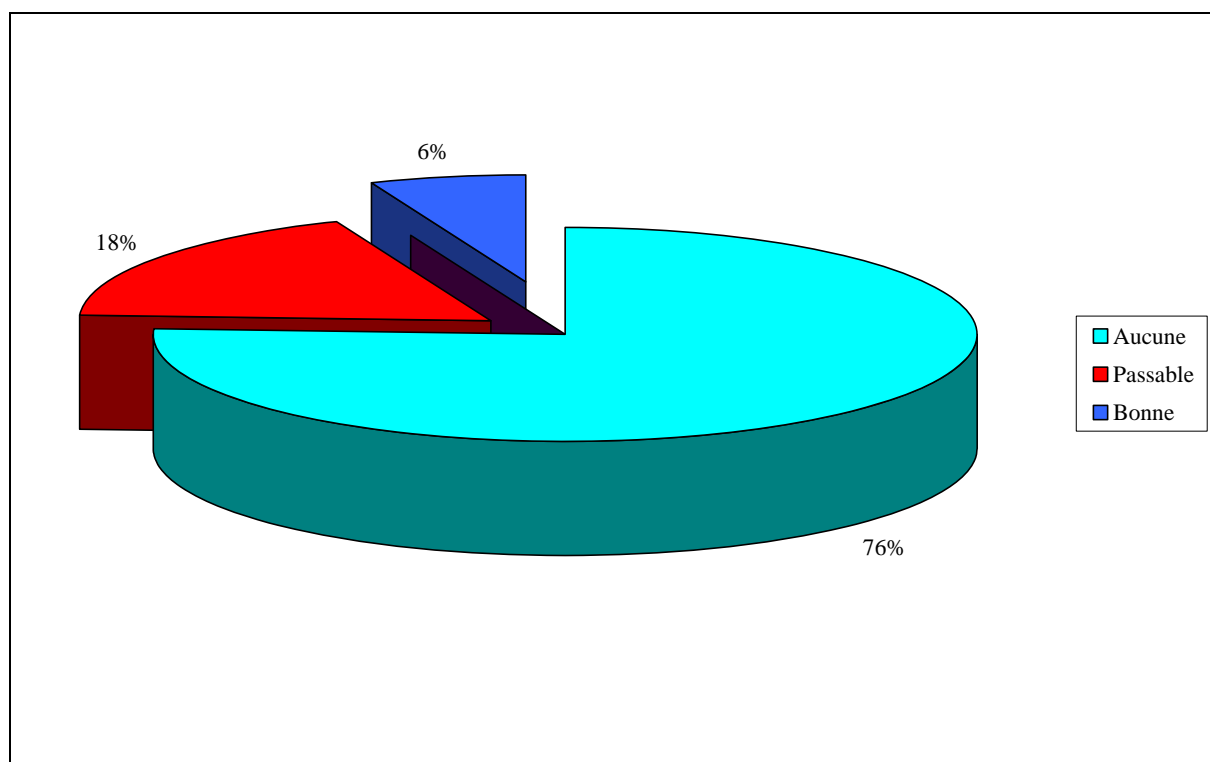


**Figure 9 :** Répartition des parents selon leur niveau de connaissance de la maladie de leur enfant

Dans la majorité des cas (105), les parents ne connaissaient pas la maladie de leur enfant soit 65%.



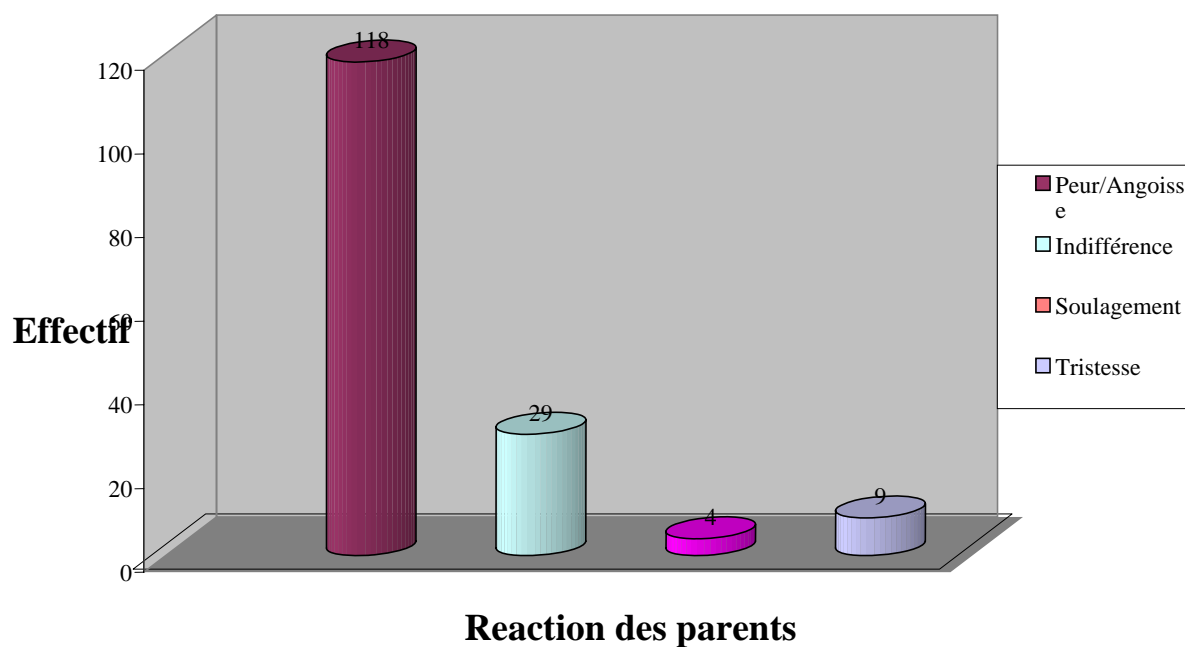
## 2-9 Niveau connaissance chirurgicale



**Figure 10:** Répartition des parents selon leur niveau de connaissance chirurgicale

### 3- REACTION DES PARENTS

#### 3-1 Réaction des parents à l'annonce du diagnostic



**Figure 11** : Répartition selon la réaction des parents à l'annonce du diagnostic

L'angoisse était présente chez 118 parents soit 73,29% des sentiments.

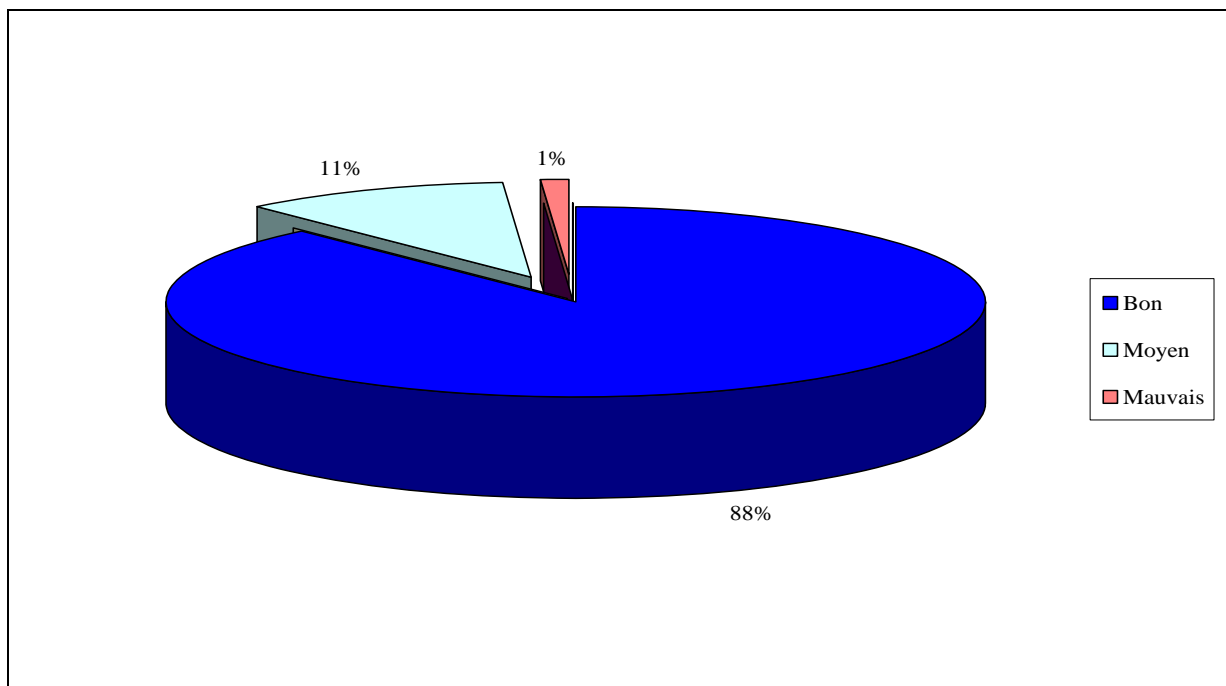
### 3-2 SENTIMENT DES PARENTS FACE AU TRAITEMENT PROPOSE.

**Tableau IX:** Répartition des parents selon le sentiment face au traitement proposé

Réaction	Effectif	Pourcentage
Soulagement	112	69,57
Peur et angoisse	21	13,04
Indifférence	13	8,07
Tristesse	5	3,11
<b>Total</b>	<b>161</b>	<b>100</b>

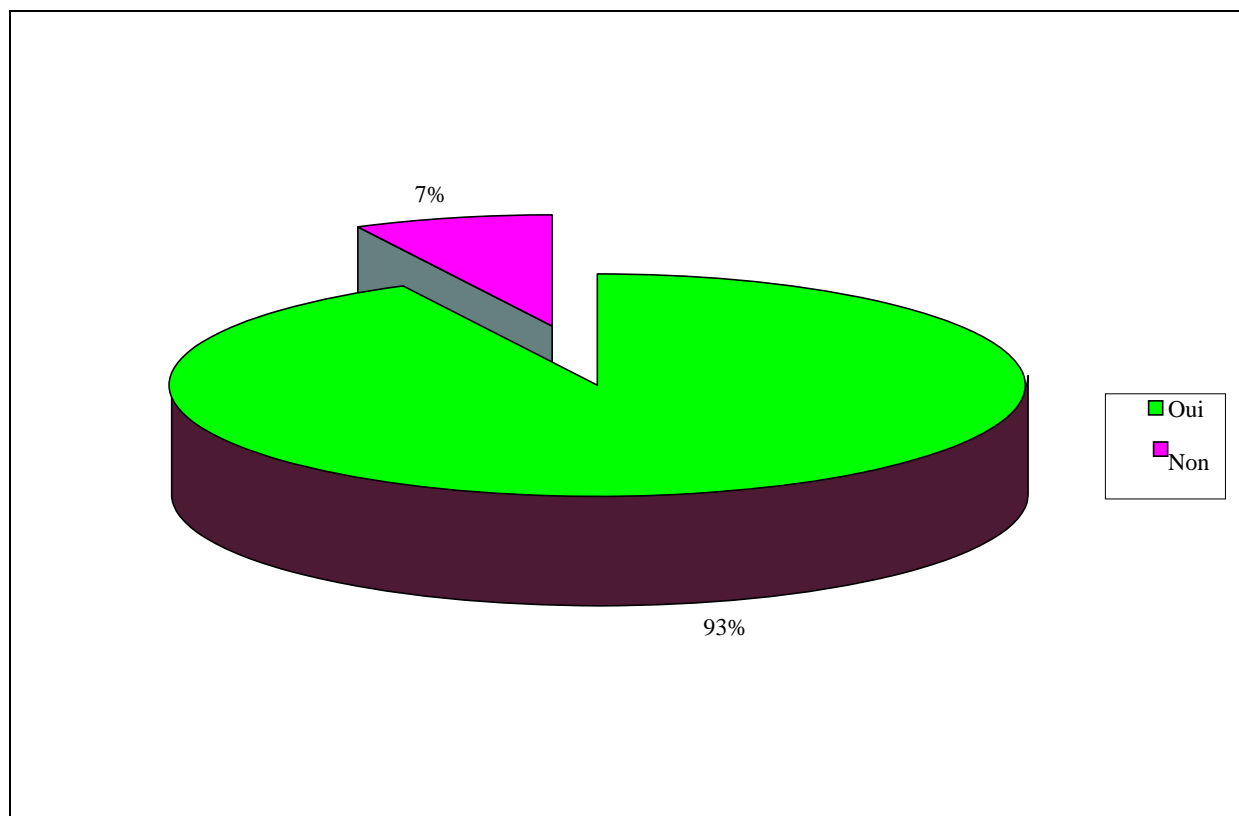
La majorité des parents (112) étaient soulagés après le traitement proposé pour la maladie de l'enfant soit un taux de 69,57%.

### 3-3 L'accueil des patients



**Figure 12:** Répartition des parents selon le jugement de l'accueil

### 3-4 Satisfaction des parents



**Figure 13:** Répartition des parents selon la satisfaction

## **VI-COMMENTAIRES-DISCUSSION**

Notre étude nous a permis de partager les émotions avec lesquelles les parents accompagnent leurs enfants en consultation de chirurgie pédiatrique et d'évaluer la satisfaction à la sortie de l'hôpital.

Nos difficultés ont été d'ordre bibliographique : en effet nous avons rencontré beaucoup de problèmes dans la revue de la littérature pour l'accomplissement de ce travail. Nous avons trouvé peu de document sujet tant en Afrique qu'en Europe par le canal des sites Internet et Medline.

Certains parents ne comprenaient pas le but de notre travail, d'autres n'avaient pas assez de connaissances sur leurs conjoints, ce qui a limité les informations recueillies.

Notre étude étant prospective, nous n'avons pas pu aller jusqu'à la fin du traitement pour certains malades.

## 1 Epidémiologie

### 1-1 Age

**Tableau X:** Répartition des patients selon l'âge moyen et les auteurs

Auteurs	N	Age moyen (mois)	Test statistique
KOUADIO.B.I.O ; Côte d'ivoire 2002 [16]	200	22,78	Chi2=26,40 P=0,0000
DOUMBOUYA.N ; Guinée 2006 [9]	102	17	chi2=24,47 P=0,00001
Notre étude ; Mali 2006	161	48,03	

Il existe une différence statistiquement significative entre l'âge moyen de notre série (48,03 mois) et ceux retrouvés dans les séries ivoirienne (22,78 mois) et Guinéenne (17 mois).

Les enfants ont par conséquent consulté plus tôt dans ces deux pays que chez nous.

## 1-2 Sexe

**Tableau XI:** Répartition des patients selon le sex-ratio et les auteurs

Auteurs	N	Sex-ratio
Kouadio.B.I.O ; Côte d'ivoire 2002 [16]	200	1,7
Doumbouya.N ; Guinée 2006 [9]	102	1,5
Notre étude ; Mali 2006	161	3

Le sexe masculin a été le plus représenté dans toutes les séries [9 ; 16] ainsi que dans la notre.

Ceci serait lié au profile des affections traitées dans les services, qui surviennent le plus souvent chez le garçon.

### 1-3 Niveau d’instruction des parents

**Tableau XII :** Répartition des parents selon le niveau d’instruction et les auteurs.

Niv.d’instruct.	N	Analpha Bête	Primaire	Secondaire	Supérieur	Coranique
<b>Auteurs</b>						
<b>Kouadio B.I.O ; Côte d’Ivoire 2002 [16]</b>	200	15 (7,5%) P=0,0070	28 (14%) P=0,7790	71 (35,5%) P=0,1693	86 (43%) P=0,0327	-
<b>Doumbouya.N Guinée 2006 [9]</b>	102	47 (46%) P=0,7366	-	38 (37%) P=0,9650	17 (16%) P=0,8003	-
<b>Notre série Mali 2006</b>	161	71 (44%)	23 (15, %)	36 (22,5%)	13 (8,2%)	18 (11,3%)

Nos résultats ne diffèrent pas de façon statistiquement significative de ceux retrouvés en Guinée. [9]

En revanche en Côte d’Ivoire le taux d’analphabétisme (7,5%) est faible et de niveau supérieur sont respectivement inférieur et supérieur aux 44% et 8,2% de notre série.

Le taux d’analphabétisme élevé dans notre série peut être source d’incompréhension entre les parents et le médecin par conséquent peut être source d’insatisfaction.



## 1-4 Etat matrimonial des parents

**Tableau XIII** : Répartition des parents selon l'état matrimonial et auteurs

Type de famille Auteurs	N	Biparental	Monoparental
Kouadio.B.I.O Côte d'Ivoire 2002 [16]	200	148 (74%) P=0,0005	52 (26%) P=0,2696
Notre série Mali 2006	161	148(91,93)	13(8,07)

La grande majorité (91,93%) des enfants vivent avec leur père et leur mère aussi bien en Côte d'Ivoire que dans notre série.

Le fait que l'enfant vit avec ses deux parents est un facteur essentiel dans la prise en charge des enfants car une bonne cohésion familiale doit diminuer les angoisses des parents et représenter un élément de soutien devant la maladie.

A l'opposé la plupart des familles monoparentales sont dirigés par la mère, engendrant ainsi des conditions qui peuvent être source d'angoisse devant la maladie.

## 1-5 Niveau socio-économique des parents

**Tableau XIV** : Répartition des parents selon le niveau socio-économique et les auteurs.

Niveau socio-économique Auteurs	N	Elevé	Moyen	Niveau bas
Kouadio.B.I.O Côte d'ivoire 2002[16].	200	27 (13,5%) P=0,7808	127 (83,5%) P=0,0000	6 (3%) P=0,0156
Doumbouya.N Guinée 2006 [9].	102	12 (12%) -	35 (34%) P=0,9721	55 (54%) P=0,5633
Notre série Mali 2006	161	9 (6%)	56 (35%)	96 (59%)

Il existe une différence statistiquement significative concernant le niveau moyen (34%) et bas (59%) de notre série à ceux de la série Ivoirienne de Kouadio B.I.O [16] qui trouve 83,5% de niveau moyen et seulement 3% de niveau bas.

Ceci peut s'expliquer par le fait que la majorité des parents de nos patients travaillent dans le secteur informel donc pas de revenu stable alors que la majorité des parents de la série Ivoirienne ont fait des études supérieurs assimilés à des cadres supérieurs.

## 2 LE RECOURS AUX SOINS

### 2-1 Mode de référence

**Tableau XV:** Répartition des enfants malades selon le mode de référence et les auteurs

Mode de référence Auteurs	N	Agents de santé	Parents eux-mêmes
KOUADIO.B.I.O [16] Côte d'Ivoire, 2002	200	79 (39,5%) P=0,0000	121 (60,5%) P=0,0000
Notre série Mali, 2006	161	114 (71%)	47 (29%)

Nos résultats diffèrent de façon statistiquement significative de ceux retrouvés en Côte d'Ivoire [16].

Ceci peut s'expliquer par le fait que la majorité des parents des enfants malades sont analphabètes et ne connaissent pas assez le service de chirurgie pédiatrique.

Mais bien souvent certains parents retardent la consultation due à la pauvreté et à l'ignorance et qui ne viennent à l'hôpital qu'après avoir épuisé les autres recours thérapeutiques (médication traditionnelle et automédication).

### 3 REACTIONS DES PARENTS

#### 3-1 Réaction des parents à l'annonce du diagnostic

**Tableau XVI** : Répartition des parents selon leur réaction à l'annonce du diagnostic et auteurs

Réaction Auteurs	N	Peur / Angoisse	Indifférence	Soulagement	Tristesse
Kouadio.B.I.O CI, 2002 [16]	200	155 (77,5%) P =0,3880	24 (12%) P=0,6243	19 (9,5%) -	2 (1%) -
Notre série Mali, 2006	161	118 (73,3%)	29 (12,4%)	4 (2,5%)	9 (5,6%)

Nos résultats ne diffèrent pas de façon statistiquement significative de ceux de la série Ivoirienne [16].

L'angoisse des parents pourrait s'expliquer par plusieurs facteurs :

- la curabilité ou non de la pathologie
- mutilation ou non de l'enfant
- Possibilité de la prise en charge dans le service
- Pronostic bon ou mauvais
- Moyens pour la prise en charge honoreuse ou non

### 3-2 Niveau de connaissance de la maladie

**Tableau XVII** : Répartition des parents selon le niveau de connaissance de la maladie de l'enfant.

Niveau de connaissance	N	de	
		Non	Oui
<b>Auteurs</b>			
<b>KOUADIO.B.I.O [16] Côte d'Ivoire, 2002</b>	200	63 (31,50%) P=0,0000	137 (68,50%) P=0,0000
<b>Notre série Mali, 2006</b>	161	105 (65%)	56 (35%)

Nos résultats sur le niveau de connaissance de la maladie diffèrent de façon statistiquement significative de ceux de KOUADIO en 2002 en Côte d'Ivoire, [16].

Ceci peut s'expliquer par le fait que la majorité des parents des séries Ivoiriennes est instruite.

On remarque que les parents intellectuels ont souci d'avoir des informations sur la maladie de leur enfant, ils n'hésitent pas à demander des informations aux médecins, parfois même ils réclament des explications sur l'intervention ou la thérapeutique que subira l'enfant.

Certains parents font de l'auto information à travers les revues médicales et les nouvelles technologies de l'information notamment sur les sites web.

### 3-3 Jugement de gravité de la maladie

**Tableau XVIII** : Répartition des parents selon le jugement de gravité de la maladie de l'enfant.

Jugement de gravité	N	Grave	Non grave
Auteurs			
VILIN P. USA, 1992 [25]	2382	474 (19,90%) P=0,0000	1882 (79%) P=0,0000
KOUADIO.B.I.O C I, 2002 [16]	200	169 (84,50%) P=0,4125	31 (15,50%) P=0,8329
Notre étude Mali, 2006	161	140 (87%)	21 (13%)

Nos taux sur la gravité ou non de la maladie respectivement de 87% et de 13% ne diffèrent pas de ceux de KOUADIO en 2002 en Côte d'Ivoire [16]; par contre ils diffèrent de ceux de Vilin en Californie en 1992.

Cette différence de taux s'expliquerait par le niveau de connaissance de la maladie qui est plus élevé grâce au niveau de scolarisation aux états unis.

Nous avons constaté que la majorité des parents sont angoissés devant la maladie de l'enfant. Les raisons qui expliquent l'angoisse sont multiples. Outre les moyens financiers, la maladie et l'acte chirurgical peuvent amener les parents à craindre pour la vie de leur enfant car très souvent la chirurgie est réservée pour les cas très graves.

Selon WIENSBERGER [26], les parents sont alors assaillis par l'angoisse elle même mêlée à un sentiment de culpabilité, de

frustration et de dévalorisation, ces sentiments ont une résonance beaucoup plus prononcée chez la mère.

Ainsi WIENSBERGER [26] recommande l'intervention de psychologue auprès de la famille comme auprès des soignants. Il doit pouvoir les écouter exprimer leur angoisse et savoir les rassurer, en permettant aux parents de se prononcer librement, il leur offre toute la possibilité de se décharger d'un fardeau, fardeau constitué de toutes les difficultés à assurer la situation.

### 3-4 Interprétation de la maladie de l'enfant

**Tableau XIX:** Répartition des parents selon l'origine de la maladie et les auteurs.

Interprétation	N	Divinité	Sorcellerie	Autres
<b>Auteurs</b>				
KOUADIO.B.I.O [16] Côte d'Ivoire, 2002	200	59 (29,5%) P=0,0000	4 (2%) -	137 (68,5%) P=0,00005
DOUMBOUYA.N Guinée, 2006 [9]	102	78 (76,5%) P=0,0064	24 (23,5%) -	-
Notre étude Mali, 2006	161	145 (90%)	3 (1,86%)	13 (8,07%)

Notre taux sur l'origine de la divinité de la maladie diffère de ceux de KOUADIO en Côte d'Ivoire [16] et de DOUMBOUYA en Guinée [9]. Ceci peut être due à la croyance religieuse de la population Malienne.

Selon DOUMBOUYA.N [9] l'analphabétisme et surtout les diverses croyances sont des facteurs qui conduisent certaines populations à évoquer souvent au premier plan la divinité ou la sorcellerie comme cause essentielle de la malformation. Ces croyances sont assez similaires dans les pays africains à quelques variantes près. Dans la population nigériane, Oyewole et al [20] rapportent que le tiers des parents attribue la cause de la malformation de leur enfant à la sorcellerie.

Selon KOUADIO [16] chez certaines ethnies guinéennes et ivoiriennes (Malinké, Akan, Krou), la venue d'un enfant malformé peut être interprétée comme une malédiction divine qui s'abat sur la famille ou l'œuvre d'un sorcier de voisinage.



Dans les communautés Malinkés, les mères d'enfants porteurs de malformations sont parfois accusées de sorcellerie et même de relations intimes avec le démon.

Aussi SOURNIA J.C. [23] disait de la maladie que « depuis l'histoire de l'humanité elle a été une fatalité que le destin ou un dieu vengeur imposait à l'individu : il n'y pouvait rien puisque la maladie était aussi imprévisible et inévitable qu'une catastrophe naturelle ».

La mutation inconsciente qui s'est produite au sein de la population tend à établir une nouvelle structure de la société africaine et des relations nouvelles entre les valeurs. Ce phénomène n'est pas spécifique à une région ou à une catégorie sociale donnée.

De même la modernisation de la société a sans doute eu un impact sur l'interprétation des causes des maladies en Afrique. Et la scolarisation permet à une tranche de la population de s'informer sur certaines pathologies, de comprendre l'épidémiologie et les manifestations.

Toutefois une bonne tranche de la société reste encore analphabète et ancrée dans les pratiques traditionnelles, d'où ce constat de 1,9% des parents qui croyaient en la sorcellerie dans notre étude qui s'est déroulée à Bamako. Nul doute que dans nos villages ces croyances sont encore plus fortes.

### 3-5 Réaction des parents au traitement

**Tableau XX** : Répartition des parents selon leur réaction par rapport au traitement proposé et auteurs

REACTION AUTEURS	N	Soulagement	Angoisse	Indifférence	Tristesse
Kouadio.B.I.O C I, 2002 [16]	200	125 (79%) P=0,0912	25 (16%) P=0,8019	5 (3%)	3 (2%)
Notre série Mali 2006	161	112 (69,57%)	21 (13,04%)	13 (8,07%)	5 (3,11%)

Nos résultats ne diffèrent pas de façon significative de ceux retrouvés en Côte d'Ivoire en 2002 par Kouadio [17].

### 3-6 Jugement selon l'accueil

**Tableau XXI:** Répartition des parents selon le jugement de l'accueil par les parents

Accueil	N	Bon	Moyen	Mauvais
Auteurs				
KOUADIO.B.I.O Côte d'Ivoire, 2002 [16]	134	112 (83,6%) P=0,6398	21 (15,7%) P=0,7995	1 (0,70%)
Notre série Mali, 2006	161	142 (88%)	17 (11%)	2 (1%)

Nos résultats sur le jugement de l'accueil par les parents ne diffèrent pas de façon significative de ceux retrouvés en Côte d'Ivoire en 2002 [16].

Un des problèmes des services de consultation est d'offrir en plus des soins irréprochables, une bonne adéquation entre le volume des consultations, les structures d'accueil (box de consultation) et l'équipe soignante permettant un accueil de qualité et une prise en charge rapide.

Compte tenu de l'afflux souvent imprévisible, cet objectif n'est pas toujours possible.

C'est ainsi que chaque responsable de service de consultation se trouve confronté parfois aux plaintes des parents concernant le dysfonctionnement de l'accueil.

## CONCLUSION

Les sentiments des parents d'enfants malades en consultation dans notre service sont surtout caractérisés par l'angoisse, qui a pour origine plusieurs questions en suspend :

- la curabilité ou non,
- la prise en charge possible dans le service,
- l'enfant subira des mutilations ou non,
- les moyens pour la prise en charge honoreuse ou non de la pathologie.

La satisfaction des parents d'enfants atteints de maladies congénitales ou acquises envers les prestations des services hospitaliers améliorerait le mode de référence aux soins telle à la chirurgie pédiatrique. L'information aux parents d'enfants est inhérente à l'acte médical de qualité.

Nous proposons pour réduire l'angoisse des parents une équipe pluridisciplinaire pendant la consultation.

## **RECOMMANDATIONS**

### **I AUX AUTORITES**

- Favoriser la formation des chirurgiens pédiatres.
- Sensibiliser les populations sur les problèmes de santé des enfants.
- Etoffer les équipes de prise en charge par des psychologues.
- Création de l'assurance maladie afin de mieux gérer la prise en charge des grosses pathologies des enfants, en particulier les malformations congénitales.

### **II AUX AUTORITES DE NOS HOPITAUX**

- Organiser un service d'accueil avec une hôtesse qui prend en charge le petit malade et sa famille dès leur arrivée, leur facilite les formalités administratives, leur explique le fonctionnement de l'hôpital, les heures de visite.
- Doter et décorer les salles d'attente d'outils de distraction notamment la télévision, la musique, des jeux d'enfants, la lecture etc

### **III POUR LE PERSONNEL DE SANTTE**

- Etre plus attentif pour mieux apprécier l'état de santé de l'enfant et le référer.
- Mettre à la disposition des parents un guide d'information sur les grosses pathologies couramment rencontrées en chirurgie pédiatrique et leur donner des conseils utiles sur les dispositions générales afin de dédramatiser les affections chirurgicales.

## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

**[1] AKPESSE E.**

Vécu de l'acte chirurgical par l'enfant et ses parents.  
Thèse Méd Abidjan 2000 ;n° 2421 ; 150p.

**[2] BALDE I., DOUMBOUYA N., DIALLO A., DA SYLVA-ANOMA S. et coll.**

Panorama de la Chirurgie pédiatrique en Afrique.  
Méd Afrique Noire 1999; vol.48, p61

**[3] BIZOT A., KLAHR M., GOLSE B.**

Développement intellectuel, affectif et social de l'enfant.  
Encycl Méd Chir (Paris France) Pédiatrie 1989 ; 4001.G-2-1, 22p.

**[4] BROUH Y., BIAU N., MIGNONSIN A., COFFI S. et coll.**

Intérêt d'une unité autonome de réanimation pédiatrique au sein du service de réanimation polyvalente au CHU de Cocody.  
Méd Afr Noire 1992 ; vol.38 (5).

**[5] COULIBALY D.**

La pratique psychiatrique confrontée aux problèmes de croyances traditionnelles (réalités et perspectives)  
Thèse Méd Abidjan 1987 ; n°819 ; 185p

**[6] DAUDET M.**

Survол des malformations du membre supérieur.  
Pédiatrie : Orthopédie et chirurgie abdominale en pratique quotidienne  
1989, p256-262.

**[7] DEBRAY R.**

Environnement scolaire de l'enfant.  
Encycl Méd Chir (Elsevier Paris) Psychiatrie 1997 ; 37.216.C-10 ; 6p.

**[8] DEMBELE Y.A.**

Etude de la qualité des soins dans le service de chirurgie générale de l'hôpital du point G

Thèse Méd Bamako 2001 ; n° 113 ; 144p.

**[9] Doumbouya N., Brouh Y., Attié R., Keita M., Agbo-Panzo D., Diallo A.F., Barry O.T., Camara A. Baldé I.**

Malformations apparentes en milieu Africain : facteurs de retard à la consultation en chirurgie pédiatrique.

Archives de pédiatrie 2006 ; vol 13 ; 1029-1033 ; 5p.

**[10] EDI M.**

Contribution à la prise en charge d'un nouveau-né malformé en zone tropicale.

Thèse Méd Abidjan 2001 ; n°2779,120p.

**[11] GERARD C.**

Trouble du langage dans le développement.

Encycl Méd Chir (Paris France) Pédiatrie 1993, 4-101-H-10, Psychiatrie, 37-200-E-35, 4p.

**[12] GILBERT H., BERNARD L.**

Pédiatrie d'urgence. Médecine Sciences Flammarion, 1988 ; 1261p.

**[13] JARDIN F., ROSSET D.**

Accueil familial d'un enfant : une modalité de soins.

Encycl Méd Chir (Paris France) Psychiatrie 1994, 37-210-A-20 ; 5p.

**[14] JEAMMET P.**

Dynamique de l'adolescence.

Encycl Méd Chir Psychiatrie 1994 ; 37-213-A-20, 8p.

**[15] KAIN Z., MAYES L., O'CONNOR T., CICCHETTI D. et coll.**

Parental desire for preoperative information and informed consent: A two-phase study.

Anesthésia and analgesia 1997 ; vol 84, p299-306.

**[16] KOUADIO B. Y. O.**

Les sentiments des parents en consultation de chirurgie pédiatrique.  
Thèse Méd Abidjan 2004 ; n° 3727 ; 116p.

**[17] KOUAME K. V.**

Hospitalisation dans un service de pédiatrie en milieu tropical et le vécu des parents.  
Thèse méd Abidjan 2000 ; 2540 ; 96p.

**[18] MICHEL M., JEAN PIERRE D., MARIE THERESE F.**

Santé de la mère et de l'enfant : Aspects psycho éthiques. Annales pédiatriques 1992 ; vol 39(5) p 322-325.

**[19] Ministère de la santé publique et du développement.**

Plan national de développement sanitaire : initiative de Bamako, 1987.

**[20] Oyewole A., Adeloye A., Adeyokunnu A.A.**

Psychosocial and cultural factors associated with the management of spina bifida cystica in Nigeria.  
Dev Med Child Neurol 1985; 27; 498-503.

**[21] PIERRE M., JEAN MARIE S.**

Neuropsychiatrie infantile, Pédiatrie, Flammarion médecine. Sciences. P557-604.

**[22] SHIRLEY P.T., THOMPSON N., KENWARD M., JOHNSTON G.**

Parental anxiety before elective surgery in children. A British perspective. Anesthésia, 1998; vol 53, P956-959

**[23] SOURNIA J.**

Incidences psychologiques de la prise en charge en charge de la santé par la collectivité. Confrontations psychologiques 1979, n°17. p31-42.



**[24] VELIN P., PUIG C., DUPONT D., et coll.**

Opinion des parents sur la prise en charge de leur enfant par un service d'accueil des urgences pédiatriques en 1991.

Archives Pédiatriques 1992 ; Vol.3, p171-178.

**[25] VISIER J.P., HERVE M.**

Développement de la personnalité de l'enfant. Encycl. Méd. chir. (Elvesier Paris), 37-200-G10-1999 ; 6p.

**[26] WIERNBERGER N.** Un psychologue au cœur d'une unité de réanimation néonatale pour les parents avec l'équipe. Journal de pédiatrie et de puériculture, 1993 ; vol.3, P171-178.

Annexe

## FICHE D'ENQUETE

### I- Identité du malade

Nom :

Prénoms :

Ethnie :

Age: J0-J30  2A-5A

J30-2A  5A-10A

10A-15A  >15A

Sexe : M  F

Résidence :

### II- Identité familiale

Profession du père :

Profession de la mère :

Etat matrimonial : Marié

Célibataire

Veuve

Niveau d'instruction des parents :

Adresse :

Père et mère vivant ensemble : Oui  Non  Si non Mère  Père

Autre

Niveau socio-économique des parents : Bas  Moyen  Elevé

### **III- Consultation**

1) Motif de consultation :.....

Adressé(e) par Médecin      Agent de santé      Parents  
Nom :.....Service :.....

-Quelle interprétation faites vous de la maladie ?

Divinité  Sorcellerie Autres

-Si autres.....

-Diagnostic :      Faux       Juste

- Pensez vous que la maladie de votre enfant est grave ?

Oui  Non

- Cela vous angoisse t-elle ?

Oui  Non

- Pensez vous qu'il peut guérir ?

Oui  Non

- Connaissez vous la maladie ?

Oui  Non

- Que savez vous de la chirurgie ? Bonne  Passable  Bien

- Pour le moment l'entourage se moque de vous ? Oui  Non

2) Diagnostics évoqués :.....

-Réaction :      Indifférence       Peur, angoisse

Tristesse       Soulagement

#### **IV- Traitement**

- Réaction au traitement ? Indifférence  Peur, angoisse

Tristesse  Soulagement

- Etes-vous satisfaits de traitement ? Oui  Non

Comment avez-vous trouvé l'accueil ? Bon  Moyen  Mauvais

## **Fiche signalétique :**

Nom : **KOITA**

Prénoms : Dramane

### **Titre de la thèse :**

Etude des sentiments des parents d'enfants en consultations de chirurgie pédiatrique au CHU Gabriel Touré.

Année universitaire 2007-2008

**Ville de soutenance :** Bamako

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie de l'université de Bamako.

**Résumé :** Nous avons mené une étude transversale prospective qui s'est déroulée sur une période de 6 mois du 1<sup>er</sup> Février au 31 Juillet 2006 au CHU Gabriel Touré.

Nous avons voulu montrer un aspect des sentiments des parents pendant la consultation et après le traitement, afin d'initier une véritable prise en charge psychologique du couple parent enfant.

Au terme donc de ce travail portant sur 161 parents d'enfants malades, les résultats suivants ont été notés :

- Il existait chez les enfants une prédominance de sexe masculin (77%) et d'enfants âgés de 30 à 2 ans dans 39,75% des cas.
- Les parents nous venaient pour la plupart de la ville de Bamako (68,94%) avec un taux d'analphabétisme à 44,10% des cas.
- Le niveau socio-économique était dans l'ensemble bas (59%).
- Les enfants ont été référés dans la plupart des cas par des agents de santé dans 88% et l'annonce du diagnostic a créé l'angoisse chez 73,29% des parents.
- La maladie a été estimée grave par 87% des parents et 97% des croyaient en la curabilité.
- Le niveau de connaissance de la maladie était acceptable seulement dans 35% des cas et son interprétation était divine (90,06%) contre 1,86% qui accusaient les sorciers.

- Après le traitement 69,57% des parents étaient soulagés mais l'angoisse persistait chez 13,04%.

Nous proposons pour réduire l'angoisse des parents une équipe pluridisciplinaire pendant les consultations

***Mots clés*** : Angoisses- consultation- chirurgie pédiatrique.

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, 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.