

MINISTÈRE DES ENSEIGNEMENTS
SECONDAIRE, SUPÉRIEUR ET DE
LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

-----0-----



REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple Un But Une Foi



UNIVERSITÉ DE BAMAKO

Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'odontostomatologie

Année Universitaire : 2008-2009

N°083

TITRE :

**SATISFACTION PARENTALE ET MALFORMATIONS
EN CHIRURGIE PÉDIATRIQUE DU CHU
GABRIEL TOURE DE BAMAKO**

THESE

**Présentée et soutenue publiquement le 29/01/2009 à 12Heures devant
la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie par**

Mr. Alphamoye DJEITE

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

JURY :

Présidente : Professeur Mariam SYLLA

Membre : Docteur Abdoulaye Nene COULIBALY

Co directeur de thèse : Docteur Mamby KEITA

Directeur de thèse : Professeur Gangaly DIALLO

ADMINISTRATION

***FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE
ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2008-2009***

ADMINISTRATION

DOYEN : Anatole TOUNKARA - Professeur

1^{ER} ASSESSEUR : Drissa DIALLO -Maitre de Conférences

2EME ASSESSEUR : Sékou SIDIBE- Maitre de Conférences

**SECRETAIRE PRINCIPAL : Yénimégué Albert DEMBELE-
Professeur**

**AGENT COMPTABLE : Mme COULIBALY Fatoumata TALL-
Contrôleur des finances**

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA

Mr Bocar SALL

Mr Souleymane SANGARE

Mr Yaya FOFANA

Mr Mamadou L. TRAORE

Mr Balla COULIBALY

Mr Mamadou DEMBELE

Mr Mamadou KOUMARE

Mr Ali Nouhoum DIALLO

Mr Aly GUINDO

Mr Mamadou M. KEÏTA

Mr Siné BAYO

Mr Sidi Yaya SIMAGA

Mr Abdoulaye Ag RHALY

Mr Boulkassoum HAIDARA

Mr Boubacar Sidiki CISSE

Mr Massa SANOGO

Ophtalmologie

Orthopédie Traumatologie-Secourisme

Pneumo-phtisiologie

Hématologie

Chirurgie Générale

Pédiatrie

Chirurgie Générale

Pharmacognosie

Médecine interne

Gastro-Entérologie

Pédiatrie

Anatomie-Pathologie-Histoembryologie

Santé publique

Médecine Interne

Législation

Toxicologie

Chimie Analytique

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

D.E.R CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

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

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
Mr Filifing SISSIKO	Chirurgie Générale
Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie. Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie. Traumatologie
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mme DIALLO Fatoumata S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie& Chirurgie Générale

3 MAITRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA	Gynécologie-Obstétrique
Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL
Mme Djeneba DOUMBIA	Anesthésie /Réanimation
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie-Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophtalmologie
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie-Traumatologie

Mr Lamine TRAORE	Ophthalmologie
Mr Mady MACALOU	Orthopédie-Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie-Obstétrique
Mr Tiemoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KEITA	ORL
Mr Bouraïma MAIGA	Gynéco/Obstétrique
Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-Réanimation
Mr Moustapha TOURE	Gynécologie
Mr Mamadou DIARRA	Ophthalmologie
Mr Boubacary GUINDO	ORL
Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie générale
Mr Birama TOGOLA	Chirurgie générale
Mr Bréhima COULIBALY	Chirurgie générale
Mr Adama Konoba Keita	Chirurgie générale
Mr Adégné TOGO	Chirurgie générale
Mr Lassana KANTE	Chirurgie générale
Mr Mamby KEITA	Chirurgie pédiatrique
Mr Hamady TRAORE	Odonto-
Stomatologie	
Mme KEITA Fatoumata SYLLA	Ophthalmologie
Mr Drissa KANIMOKO	Neurochirurgie
Mme Kadiatou SINGARE	Oto-Rhino-Laryngologie
Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
Mr Aladji Seydou DEMBELE	Anesthésie-Réanimation
Mr Ibrahima TEGUETE	Gynécologie-Obstétrique
Mr Youssouf TRAORE	Gynécologie-Obstétrique
Mr Lamine Mamadou DIAKITE	Urologie

D.E.R DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie-Mycologie
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdourahamane S. MAIGA	Parasitologie

Mr Adama DIARRA
Mr Mamadou KONE

Physiologie
Physiologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

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

Histoembryologie
Bactériologie-Virologie
Parasitologie **Chef D.E.R.**
Biologie
Entomologie médicale
Malacologie- Biologie Animale
Bactériologie-Virologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Lassana DOUMBIA
Mr Mounirou BABY
Mr Mahamadou A. THERA
Mr Moussa Issa DIARRA
Mr Kaourou DOUCOURE
Mr Bouréma KOURIBA
Mr Souleymane DIALLO
Mr Cheik Bougadari TRAORE
Mr Guimogo DOLO
Mr Mouctar DIALLO
Mr Abdoulaye TOURE
Mr Boubacar TRAORE
Mr Djibril SANGARE
Mr Mahamadou DIAKITE
Mr Bakarou KAMATE
Mr Bakary MAIGA

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

4. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOGO
Mr Bokary Y. SACKO
Mr Mamadou BA
Mr Moussa FANE
Mr Blaise DACKOOU

Entomologie Moléculaire Médicale
Biochimie
Biologie, Parasitologie, Entomologie Médicale
Parasitologie Entomologie
Chimie Analytique

D.E.R DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie, Chef de D.E.R.
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa MAIGA	Gastro-entérologie-hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato-léprologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mme Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie
Mr Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Abouna TOGORA	Psychiatrie
Mme KAYA Assétou SOUCKO	Médecine Interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou TOURE	Radiologie

Mr Idrissa A. CISSE	Dermatologie
Mr Mahamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hépto-Gastro-Entérologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépto-Gastro-Entérologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr Cheik Oumar GUINTO	Neurologie
Mr Mahamadou GUINDO	Radiologie
Mr Ousmane FAYE	Dermatologie
Mr Yacouba TOLOBA	Pneumo Phtisiologie
Mme Fatoumata DICKO	Pédiatrie
Mr Boubacar DIALLO	Médecine Interne
Mr Youssoufa Mamadou MAIGA	Neurologie
Mr Modibo SISSOKO	Psychiatrie
Mr Ilo Bella DIALL	Cardiologie
Mr Mahamadou DIALLO	Radiologie
Mr Mahamadou GUINDO	Radiologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie analytique, Chef de D.E.R.
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Drissa DIALLO	Matières Médicales
Mme Rokia SANOGO	Pharmacognosie

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Benoît Yaranga KOUMARE	Chimie Analytique
Mr Aboubacar I. MAIGA	Toxicologie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Yaya KANE	Galénique
Mr Saïbou MAIGA	Législation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire
Mr Yaya COULIBALY	Législation

D.E.R DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique, Chef de D.E.R.
--------------------	---------------------------------------

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Moussa A. MAIGA	Santé Publique
Mr Jean TESTA	Santé Publique
Mr Mamadou Sounalo TRAORE	Santé Publique

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique
Mr Massambou SACKO	Santé Publique
Mr Alassane A. DICKO	Santé Publique
Mr Hammadoun Aly SANGO	Santé Publique
Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
Mr Samba DIOP	Anthropologie Médicale
Mr Akory AG IKNAME	Santé Publique
Mr Ousmane LY	Santé Publique

4. ASSISTANTS

Mr Oumar THIERO	Biostatistique
Mr Seydou DIARRA	Anthropologie Médicale

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

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

ENSEIGNANTS EN MISSION

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

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

Je rends grâce à dieu le tout puissant, le tout et très miséricordieux, seigneur des hommes, l'absolu, le roi du jour dernier, le sauveur, l'unique ; c'est à toi que nous implorons pardon, guide nous vers le droit chemin.

Je dédie ce travail :

- Au prophète Mohamed (PSL) prions dieu qu'il nous donne la foi et votre amour afin que nous soyons à côté de vous à tout moment de la vie.

- A mon papa Alhousseiny dit Sambadio DJEITE : Père exemplaire, toi qui a su créer en nous l'amour du prochain, le franchisme. Grâce à toi on a manqué en rien dans notre éducation, toi qui a utilisé toute ta force à t'occuper de nous pour que nous soyons ce que nous sommes aujourd'hui. Père tu peux être fier de cette éducation.

Que Dieu t'accorde longue vie, pleine de santé ; et sa grâce ici et dans l'autre monde afin que tu récoltes le fruit de ton effort.

- A ma maman, Aminata TENINTAO : mère parmi les mères, toi qui es toujours sur pied au premier chant du coq pour t'occuper de moi. Par ton courage je n'ai rien envié aux autres, ton amour pour les enfants d'autrui a été capital dans ma réussite; maman, je te demande de persévérer dans cette attitude afin que nous pouvons continuer à bénéficier de cette immunité. Longue vie et santé à toi pour qu'on te serve et te satisfait.

- A ma marâtre Farmata Bilaly TRAORE, J'ai été très content de l'indifférence que tu m'as toujours enseigné qu'allah t'accorde longue vie et santé, merci maman.

- A ma marâtre feu Koni COULIBALY seul DIEU sait ce qui est mieux pour l'homme ; que la terre te soit légère
- A ma maman adoptive feu Farmata Ballassan TOURE arrachée à mon affection quand je n'avais que 13 ans. Vous m'avez aimé comme je suis et inculqué en moi le courage, le pardon, l'amour et le respect de la vie humaine. Votre touche éducative a été ressentie partout où je suis passé. Qu'allah le tout puissant, le tout et le très miséricordieux vous accepte dans le paradis, que votre âme repose en paix. Amen.
- A mes deux sœurs (Niacaïna et Hadja), vous avez été à mes côtés dans les différents moments de ma vie, c'est à vous que je dois cette réussite. Sœurs, grâce à vous et surtout à vos époux qui, comme vous m'ont tous aimé et adoré.

Merci pour votre amour sans faille, retrouvez toute ma gratitude car vous avez été pour moi une mère, un père, un frère et tout pour moi, je ne les oublierai jamais.

- A mes frères : Abdou, Fama, Alphady, Aligui, Hasseye et Mohamed ; à mes sœurs , Mme COULIBALY Tata, Mme TRAORE Niacaïna, Mme TRAORE Hawa, Mme YATTARA Niamoye, Mme KONTAO Hadja, Mme TOURE Maïssa et Mlle Benana ; mes beaux frères ; belles sœurs et leurs enfants. Vous avez contribué d'une manière ou d'une autre à ce succès.
- A mon oncle et logeur A/C de police Mahamed M. TENINTAO, sa femme Mamou TRAORE et ses enfants (Mme TRAORE Fatim, Metou, Papou, Mahamane, Bacaina, Niamoye et Nandi) ; soyez rassurés de ma gratitude.

- A Ibrahima TOURE et sa femme, vos conseils et appui ont été d'un apport considérable.
- A mes tantes Mme TOURE Mamou TRAORE, SAMAKE Aya TRAORE, KODIO Aya TENINTAO, TRAORE Batoma TENINTAO, Bintou TRAORE, Dicourou TENINTAO, TENINTAO farmata SAO merci pour vos conseils.
- A mes oncles Adama TENINTAO et sa famille, Badou TENINTAO et sa famille merci pour les mots.
- A tous les « Cheick », « Moukadam » et « mouridou » des « zawia » de la tidjanya au Mali.
- A mes amis et confidents Abdou DIARRA et Bassekou KONTAO.

REMERCIEMENTS

- A ma fiancée Adjaratou TRAORE dite Thiedo soit rassurée de mon profond amour

- Aux Docteurs COULIBALY Yacaria et SOGOBA Gaoussou ; chers aînés et maîtres les mots me manquent pour magnifier vos attitudes à mon égard ; vous m'avez rendu confiant et courageux par la confiance que vous m'avez toujours portée. Vous avez été plus qu'un guide. Prions Dieu qu'il me la force et le courage afin que je puisse combler votre attente.

- Aux chirurgiens docteurs SIMPARA Dababou, SINGARE Mamadou, TRAORE Mahamane, KANTE Lassana, DIAKITE Ibrahim, TRAORE Alhassane, TOGO Adegne, SAMAKE Abdramane, MAIGA Amadou et CASTRO merci pour l'encadrement.

- A tous les médecins D E S (KAREMBE B., MADIASSA, Capitaines FODE et CAMARA, GUIRE, SAMI, LAYES, KANTE, SAMAKE, Ousmane TRAORE) et infirmiers (Commandant GOUMANE, Koulou DIARRA, Abdramane TRAORE et ses éléments) des services de chirurgies générale et pédiatrique.

- A mes camarades de promotion Adama I. KONE , SISSOKO Kadidia A. TOURE, Mamoudou KANOUTE , Adama S. DIAKITE, Oumar BORE , Issaka DIARRA, Ousmane COULIBALY,, Julien Y. TRAORE et Emmanuel DAKOUO merci pour la bonne collaboration.

- A mes aînés de service Dr KONATE Moussa, NORAMOU Joseph, DIASSANA Moussa, SAMAKE Moussa, DIABIRA Lassana, DANFAGA Bakary, OUATTARA Yacouba, DICKO Mohamed Lemine, KOITA Dramane, BAGAYOGO Aliou, BOGOLA Amadou, TRAORE Bathio, TRAORE Birama C. M., SYLLA Sidi, TRAORE Boncana, COULIBALY Abdoulaye A., TRAORE Ousmane, DOUMBIA Saibou, KORERA Oumou I. KONE, DOUMBIA Alima TRAORE, DIAKITE Mariam B. DIARRA et Maïmouna Mama TRAORE.
- A mes cadets de promotion Christian THERRA, Assitan M. KONE, Benoi KAMATE, Abdoulaye T. SIDIBE , Mamadou SQUARE, Mohamed Lamine TOURE, Aliou DOUMBIA, Youssouf KASSAMBARA et Mamadou COULIBALY ; le chemin est encore long mais seul courage et l'abnégation permettent d'atteindre le bout ; et merci pour le respect.
- Aux secrétaires GUISSSE Mariétou SARRE et DIARRA Hawa DIAKITE
- A mes co chambriers Abdoulaye SIDDEYE, Yanta I. MAIGA, Makan COULIBALY, Henry PARE , Ismaila KONARE, Adama SACKO, Bacary BALLO, Ousmane HAIDARA, Mamadou B. TRAORE, Richard DOLO et Mariam KONATE.
- A mes cadets de l'AERMOS (association des étudiants ressortissants de Mopti et sympathisants) Macouta SISSOKO, Nènè KONIPO, Djeneba DiAWARA, Fatim KONE, Salif CAMARA, et Djenguina KOINA.
- A mes voisins de classes BADIALLO, SOUGOULE, COUMBA, Nareni, Gafou, Aissa Marcelle SY, Aissata KONATE et Fatim KANOUTE.
- A tout le personnel de l'hôpital Somine DOLO de Mopti.

- A mes collegues de l'hopital Somine DOLO de MOPTI Amadou H. BAH, Kiffery I. KEITA, Oumar CISSE, Kounediou DOLO, Chebou KANE, Souleymane SISSOUMA, Mamadou KONE, Fousseyni KONARE et Sekou A. CISSE.
- A mes amis de la faculte Moussa KONATE, Brahima BOCOUM, Mamoudou MAIGA, Pathe SAMASSEKOU, Oumar DIALLO et Adama KONDE.
- A la famille DEMBELE au point G Souleymane, sa femme Ami et ses enfants : Moussa, Batoma, Bakoroba, Faty et Nènè TAMBOURA.
- A la famille DIALLO à Lafiabougou ACI.
- A mon amie et sœur docteur Djeneba Oumar Mahamane MAÏGA.
- A mes amis de grins Cheick Oumar TOGOLA, Alou TANGARA, Mamadou Salif YATTARA, Bacary TRAORE, Bedie COULIBALY, Sergent Abdoul K. MARIKO, Amary COULIBALY, Mamadou TRAORE, Moctar FANE, Mamadou SANGARE, Banfa DIARRA, Adama CISSE, Younoussa Kaba COULIBALY, Ousmane TAPILY Amadou YATTARA, Bamoussa KONATE et Solo TRAORE.
- A tous les maîtres qui m'ont enseignés dès mon début jusqu'aujourd'hui.
- A mes amis d'enfance à Djenné

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et présidente de ce jury Professeur Mariam SYLLA

Professeur agrégé en Pédiatrie

1 ère femme professeur en pédiatrie du MALI

2 è femme professeur agrégé du MALI

Chef de l'unité de néonatalogie du CHU Gabriel TOURE

Chère maître, la spontanéité par laquelle vous avez accepté de présider ce jury nous a guère surpris.

Nous avons vite admiré vos qualités scientifiques et humaines en tant que chercheur dévoué ; votre amour du travail bien fait et votre capacité d'écoute sont à imiter.

Que dieu vous garde pendant longtemps pour le bien de cette faculté et de la population malienne.

A notre maître et juge Docteur Abdoulaye Nene COULIBALY

Médecin urgentiste

Ancien interne des hôpitaux de Paris

Directeur général du C H U Gabriel TOURE

Directeur national de la croix rouge malienne

Cher maître, vous nous faites honneur en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations.

Votre abord facile et votre positivité dans les actions font de vous un maître exemplaire et un modèle à suivre.

Trouvez ici cher maître l'expression de notre profonde gratitude et notre respect.

A notre maître et co-directeur Dr Mamby KEITA

Chirurgien pédiatre

Maître assistant à la F M P O S

Chef de service de la chirurgie pédiatrique du CHU Gabriel TOURE

Membre de l'association des chirurgiens pédiatres d'Afrique

Cher maître, merci de nous avoir accepté dans votre service et de codiriger cette thèse.

Vos qualités humaines et intellectuelles,

Votre générosité, votre amabilité,

Votre disponibilité à nos multiples sollicitations,

Votre collaboration et la qualité des conseils donnés ont été d'un intérêt particulier.

Recevez notre profonde reconnaissance et nos sincères remerciements.

A notre maître et directeur de thèse, Professeur Gangaly DIALLO
Professeur titulaire en chirurgie viscérale
Chef de service de la chirurgie générale du CHU Gabriel TOURE
Secrétaire général de l'association des chirurgiens du Mali
Trésorier général de l'association des chirurgiens d'Afrique francophones
(ACAF)
Mérite de l'ordre national de la santé du Mali
Colonel des forces inter armes du Mali
Cher maître, nous sommes honorés d'être parmi vos élèves.
Nous avons été émerveillés par l'intérêt que vous accordez à la
recherche scientifique.
Vos immenses connaissances intellectuelles dans une simplicité sans
égale et votre rigueur dans le travail ont forcé l'admiration de tous et ont
fait de vous un encadreur souhaité par tant d'élèves.
Qu' Allah vous accorde longue vie pour que l'école malienne continuera
à bénéficier de votre expérience.

LISTE DES ABREVIATIONS

LISTE DES ABREVIATIONS

FMPOS : faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie.

DES : diplôme d'études spécialisées

EIPC : école des infirmiers du premier cycle

HTA : hypertension artérielle

UGD : ulcères gasro-duodénaux

HID : hernie inguinale droite

CPN : consultation prénatale

NFS : numération formule sanguine

S N C : système nerveux central

SA : semaine d'aménorrhée

N : effectifs

RCI : république de côte d'ivoire

CSCOM : centre de santé communautaire

CSREF : centre de santé de référence

IIG : intervalle inter gènesique

G : gestité, P : parité, V : vivant, D : décès, A : avortement

DCI : dénominations communes internationales

% : pourcentage

USA : unit states americans

CAMES : conseil africain et malgache pour l'enseignement supérieur

CHU : centre hospitalo-universitaire

SHP : sténose hypertrophique du pylore

VUP : valve de l'urètre postérieur

MAR : malformations anorectales

SOMMAIRE

SOMMAIRE	PAGES
I – INTRODUCTION	01
II – OBJECTIFS	03
III – GENERALITES	04
1 Comportement.....	04
2 Comportement parental.....	06
3 Malformations congénitales.....	08
IV – METHODOLOGIE	22
V – RESUTATS	26
VI - COMMENTAIRES ET DISCUSSION	58
VII - CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	71
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	73

INTRODUCTION

I-INTRODUCTION

Les malformations congénitales recouvrent l'ensemble des anomalies morphologiques et fonctionnelles présentes à la naissance [1].

Elles furent pendant des siècles interprétées soit comme des signes adressés aux Hommes par des DIEUX pour leur annoncer des événements heureux ou malheureux, soit comme le reflet des émotions ou des fantasmes maternels ; interprétation d'ailleurs encore bien vivace. Isolées ou associées elles sont fréquentes [2].

Une enquête mondiale portant sur 20 millions de naissances a retrouvé une fréquence globale de 4,5% d'après un examen complet en pédiatrie; aux USA elle est de 8,76%, 3,37% en France [22], 5,09% au Congo et 4,9% en RCI [1]. Au Mali une étude faite en réanimation pédiatrique a retrouvé 4,95% en 1999 [22].

Beaucoup de familles restent profondément marquées par ces malformations malgré l'amélioration des traitements, l'éducation et des services de soutien [3].

La maladie de l'enfant et l'hospitalisation soulèvent toujours de l'émotion intense chez les parents : souci et anxiété avec des sentiments d'insécurité, de culpabilité et de chagrin [4].

L'enfant né avec une malformation est souvent obligé de passer ses premiers jours de vie dans l'environnement hospitalier qui peut être stressant et effrayant pour les nouveaux parents.

Dans cette situation l'information des professionnels de santé est importante pour aider les parents à trouver leur propre ressource et augmente la satisfaction parentale avec les soins [5].

L'engagement de la famille est essentiel car la maladie d'un membre affecte chaque fois la famille entière. L'expérience qu'elle éprouve est exceptionnelle et est affectée par la nature et le pronostic de la maladie [6].

WEECH-MALDONADO et coll. fondent leur étude de comportement parental sur les américains blancs, les afro-américains, les amérindiens, les asiatiques et les hispaniques ; les parents riches obtiennent plus de satisfaction que les ethnies minoritaires. Bien que le progrès dans les services de médecine apaise le souci parental; d'autres facteurs similaires comme la participation dans la prise de décision et le traitement peuvent être importants pour diminuer l'appréhension des parents et leur satisfaction avec les soins des enfants [4].

Pour mieux cerner ce problème en appréciant le niveau de satisfaction des parents; nous avons envisagé d'effectuer cette étude dans le service de chirurgie pédiatrique du CHU GABRIEL TOURE de BAMAKO.

OBJECTIFS

II-OBJECTIFS

1-OBJECTIF GENERAL :

Apprécier le degré de satisfaction des parents face aux malformations congénitales.

2-OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- Déterminer la fréquence des malformations congénitales
- Evaluer la prise en charge,
- Analyser les relations soignant parents des malades,
- Recenser les difficultés rencontrées,

GENERALITES

III-GENERALITES

1 COMPORTEMENT :

1-1 Définition du concept de comportement pourrait être de fini comme étant l'ensemble des mouvements externes à l'organisme [6]

1-2 Problématiques méthodiques :

Les problématiques méthodiques principales seraient :

La pertinence de l'étude du comportement :

La problématique de la définition du concept comportement

La problématique de la catégorisation des comportements

La problématique de l'interprétation des comportements

La caractérisation du processus principal ou de la problématique centrale du comportement étudié.

La problématique de l'internationalisation

La problématique de la subjectivité humaine. [6]

Ces problèmes posés par le comportement sont traités en détail dans des aspects particuliers, par les psychologues. Ils sont abordés aussi par des économistes, mais sous un autre angle différent. [7]

Pertinence de l'étude du comportement :

Est-il pertinent d'étudier un phénomène externe à un organisme, sachant que la genèse et la dynamique de ce phénomène sont internes ?

Ne vaudrait-il pas mieux d'étudier directement les processus à l'origine des comportements et pas parler de comportement uniquement que lorsque l'activité interne une composante externe ?

Il convient donc de garder à l'esprit l'organisation des résultats schématiques, et conviendrait de trouver un modèle encore plus intégratif, associant traitement de l'information et comportement.

B) Problématique de la définition :

Il semble absolument nécessaire d'avoir, avant toute étude comportementale, des définitions objectives, c'est-à-dire qui sont indépendantes de la culture, de l'époque et des représentations subjectives des individus.

C) Problématique de l'interprétation des comportements observés :

D'après les données de la neuro anatomie fonctionnelle, on observe que le contrôle des actes moteurs peut se faire à différents niveaux du système nerveux central (cortex moteur, noyaux striés, noyaux rouges, cervelet, noyaux moteurs spinaux).

A partir d'une observation uniquement externe, la description objective d'une séquence motrice peut aussi être interprétée de différentes façons et être erronée par rapport à la réalité des processus à l'œuvre.

D) Problématique de l'internationalisation :

A partir d'un certain niveau de comportement que l'on pourrait qualifier de "volontaires".

E) Problématique de la subjectivité humaine :

Le concept subjectif du comportement devrait permettre de décrire, caractériser et nommer, dans une culture donnée et à une époque donnée, la perception subjective que les individus ont d'un comportement existant objectivement.

13-Problématique centrale :

Ce facteur est en général une particularité de l'interaction entre le sujet et son environnement.

2- COMPORTEMENT PARENTAL (maternel et paternel) :

L'enfant et la mère possèdent un équipement comportemental de nature biologique qui sert à augmenter les chances de survie de l'enfant. Il s'agit du comportement d'attachement chez l'enfant et du comportement de soin pour la mère.

Le comportement d'attachement correspond à la recherche ou au maintien de la proximité avec la mère qui se manifeste plus particulièrement lors des situations stressantes.

Ce système d'attachement et de soin parental remplissent la même fonction : protection et sécurité.

La qualité de l'attachement de l'enfant est tributaire des réponses manifestées par la mère. [8]

Le comportement parental serait acquis principalement au cours de nombreuses interactions entre le nouveau né et la mère. La progéniture serait le " facteur circonstanciel ", présent dans l'environnement quelque soit le contexte étiologique et socioculturel, inducteur de l'apprentissage du comportement parental.

Il semblerait émerger de l'activité des processus, généraux et aspécifiques, d'apprentissage et de traitement de l'information. Les facteurs clés de l'apprentissage du comportement parental seraient la faible influence au niveau du système nerveux central et non au niveau de l'organisation anatomique des organes reproducteurs, des facteurs génétiques, hormonaux et phénoménaux ; et la forte influence des processus d'orientation et attentionnel, de renforcements somato sensoriels et d'attachement ; et l'influence non négligeable des processus cognitifs d'abstraction, de catégorisation, de signification et symbolisation.

Il semblerait que le comportement parental (maternel et paternel) ne dépende pas d'un instinct mais plutôt un acquis circonstanciel et un construit culturel. Un élément de confirmation de cette hypothèse serait l'existence, historique ou ethnographique, de groupes sociaux caractérisés par l'absence d'intérêt ou d'attachement pour leurs enfants [6].

3- MALFORMATIONS CONGENITALES :

3-1 Définitions

A) La tératologie

C'est la branche de l'embryologie qui étudie les anomalies du développement, qu'elles soient structurales, fonctionnelles ou métaboliques.

B) Caractère héréditaire et caractère congénital :

Jusque dans les années 30, on était convaincu que pratiquement toutes les malformations congénitales humaines avaient une origine génétique. A cette époque, " congénital " et " héréditaire " étaient interchangeable et pratiquement synonymes (Joseph Warkany).

Dans son acceptation actuelle, " congénital " s'applique à un caractère, (un élément du phénotype), que possède d'individu à la naissance, même s'il n'est pas décelable immédiatement.

" Héréditaire " désigne un caractère transmissible à la descendance.

Cette distinction est importante puisque l'on sait aujourd'hui que 90% des malformations congénitales sont provoquées par des facteurs d'environnement (identifiés ou non) qui, pour la plupart, ne sont pas génotoxiques. Les malformations congénitales ne sont donc généralement pas transmissibles à la descendance.

C) Classification des malformations

a) Agénésie : absence d'un organe, pouvant être la conséquence d'une absence d'induction ou de prolifération cellulaire (exemple : l'Amélie).

- b) Hypoplasie : insuffisance du développement d'un organe, souvent secondaire à une insuffisance de prolifération cellulaire (exemple : la micromélie).
- c) Dysplasie : organisation défectueuse des cellules composant un tissu ou un organe (exemple : les dysplasies rétiniennes).
- d) Atrésie : absence de lumière d'un organe creux (exemple : atrésie de l'œsophage).
- e) Atrophie (d'un tissu, d'un organe) : diminution d'une masse cellulaire consécutive à une dégénérescence cellulaire (exemple : l'atrophie ovarienne du syndrome de Turner).
- f) Déformation : anomalie due à une action mécanique externe du corps (exemple : la cryptorchidie).

3-2 Historique

Au cours de la première moitié du 19^e siècle, en France Geoffroy Saint-Hilaire (1772-1844) et son fils Isidore (1805-1861) sont les pères fondateurs de la tétralogie descriptive. Ils établissent, sur la base de données d'anatomie comparée, une classification des anomalies du développement (qualifiées à l'époque de monstruosité) encore utilisée actuellement.

Ils réfutent la croyance populaire selon laquelle l'imagination de la mère provoque le développement des monstruosité.

Dans la seconde moitié du 19^e siècle, le médecin français Camille Da reste (1822-1899), fonde la tératologie expérimentale c'est-à-dire la création dirigée de monstres. Le but affiché est d'essayer de comprendre le développement embryonnaire normal.

Da reste est cependant incapable de contrôler le type de malformations ainsi induites.

Ancel est également le fondateur de la chimiotérogénèse, c'est-à-dire de protocoles expérimentaux consistant à évaluer les effets tératogènes de substances naturelles ou synthétiques.

En 1930, l'américain Hale démontre les effets tératogènes de la carence en vitamine A. Il apporte ainsi la première démonstration qu'un facteur environnemental peut être tératogène chez un mammifère.

En 1941, un ophtalmologiste australien, Gregg, prouve le rôle embryotoxique du virus de la rubéole. C'est le premier agent tératogène dont l'effet a été prouvé chez l'Homme.

Vers 1960, la tragédie de la thalidomide démontre que des médicaments anodins en apparence sont des tératogènes potentiels.

3-3 Agents responsables des malformations congénitales ou facteurs tératogènes.

Les anomalies congénitales et, de façon générale, les anomalies du développement, résultent de l'action délétère de facteurs tératogènes sur le développement de l'embryon ou sur celui du fœtus.

On oppose 2 catégories de facteurs tératogènes :

- Les facteurs externes, ou facteurs d'environnement, sont responsables d'environ 10% des anomalies du développement.
- Les facteurs internes, endogènes ou génomiques, correspondant à des anomalies chromosomiques ou génétiques, sont responsables d'environ 10% des anomalies du développement.

Dans 20% des anomalies congénitales, on évoque une étiologie multifactorielle.

Un facteur tératogène externe (ou un ensemble mal caractérisé de facteurs externes) n'exerce son action délétère que sur un terrain génétiquement prédisposé.

Le plus souvent (60% des cas), la naissance d'un enfant malformé reste sans explication, quels que soient les moyens d'investigation mis en œuvre.

3-3-1 Les facteurs tératogènes externes

A. Facteurs nutritionnels

A.1. Les carences vitaminiques

a) Carence en vitamine A : le syndrome de carence fœtale en vitamine A.

Chez l'Homme, il n'y a pas d'effet tératogène prouvé lié à la carence en vitamine A, mais l'OMS estime que 250 millions d'individus dans le monde sont sévèrement carencés.

Ces états de carence sévères se rencontrent dans des pays émergents où il n'existe ni registre des malformations, ni enquêtes épidémiologiques pour en déterminer l'étiologie.

b) Carence en acide folique (ou folate ou vitamine **B9) :**

Chez l'Homme, de telles anomalies ont été observées suite à la prise de la méthotrexate ou d'aminoptérine (des antagonistes de l'acide folique) au cours de la grossesse.

Ces 2 substances sont utilisées actuellement dans le traitement du psoriasis et de certains cancers. Leurs effets tératogènes sont reconnus depuis les années 1950, lorsque le méthotrexate était largement utilisé pour induire des avortements (Il reste d'ailleurs utilisé à cette fin au Canada et aux USA).

Il a été démontré qu'un supplément en acide folique, débuté (30 jours) avant la conception et poursuivi jusqu'à la fin du premier trimestre, diminuait significativement la survenue d'anomalies ouvertes du tube neural, chez des femmes à risque, c'est-à-dire ayant déjà porté un enfant atteint d'une anomalie de la fermeture du tube neural.

c) La carence en vitamine D au cours de la grossesse est responsable :

- de rachitisme (retard de maturation des os du crâne avec fontanelles béantes, retard d'ossification des os longs, hypoplasie de la dentine)
- parfois des crises de tétanie in utero.

A.2 Les excès vitaminiques

a) L'exposition à l'isotrétinoïne au cours de la grossesse expose à 2 types de risques :

➤ Un risque de malformations du cerveau, de la face et du cœur
Cerveau (hydrocéphalies, malformations cérébelleuses)

Dérivés de la crête neurale crâniale et cardiaque :

Gros vaisseaux artériels céphaliques, cloison aortico-pulmonaire (ex. tronc artériel commun)

Squelette crânio-facial, pavillon de l'oreille.

Thymus (ectopie, agénésie)

➤ Un risque d'anomalies fonctionnelles : 50% des enfants exposés à l'isotrétinoïne durant la grossesse présentent un retard mental.

b) L'hypervitaminose D entraîne également un syndrome poly malformatif.

B. Les causes hormonales.

Diabète maternel : il est dominé par :

Des anomalies cardiaques et des gros vaisseaux artériels céphaliques

Des anomalies majeures du développement du système nerveux (anencéphalie Spina bifida ; hydrocéphalie, holoprosencéphalie)

Une insuffisance de formation des structures caudales pouvant aller jusqu'à la sirénomélie. Spontanément réversibles au cours de la 1^{ère} année de la vie un retard mental.

Souvent des anomalies du système nerveux central (hydrocéphalie microcéphalie, microphthalmie, etc....

3-4 Les périodes de sensibilité aux agents tératogènes

3-4-1 La période dite d'insensibilité aux agents tératogènes

Elle s'étend de la fécondation jusqu'à la fin du stade (de l'embryon) ecderymique et dure environ 2 semaines. Elle inclut par conséquent la période de la vie libre de l'embryon (de la fécondation au 6^e jour) et la nidation (6^e au 11^e jour).

Durant cette période l'embryon peut être tué (il est notamment sensible à de faibles doses de radiations ionisantes ou d'agents antimitotiques), s'il survit à l'action de l'agent tératogène, il se développe normalement après régulation.

Ces possibilités de régulation rendent compte du fait que les cellules de l'embryon au stade morula sont totipotentes (un blastomère peut suffire pour reconstruire un individu entier) et qu'au stade blastula leurs potentialités restent très élevées : une cellule tuée sera donc facilement remplacée.

Aucune anomalie ne peut être déterminée durant cette période, exception faite de mosaïques chromosomiques (cas théorique d'un agent tératogène interférant avec la dynamique du fuseau mitotique).

3-4-2 La période de grande sensibilité aux agents tératogènes Elle correspond à la période embryonnaire du 15^e jour à la fin de la 8^e semaine de la gestation.

Elle comprend :

- la gastrulation (3^e semaine), au cours de laquelle sont mis en place les 3 feuillets primitifs (recto, méso et endoderme) qui sont les précurseurs de tous les organes, et
- la période d'organogenèse (4^e-8^e semaines). Durant cette période, les facteurs tératogènes déterminent des anomalies graves (embryopathies ou « monstruosités ») qui sont très visibles, et souvent très invalidantes, parfois létales. En règle générale, les anomalies sont d'autant plus graves qu'elles sont déterminées précocement. Chaque organe présente une période de sensibilité qui lui est spécifique.

Par exemple, la période de grande sensibilité du cœur (20^e au 50^e jour) est précoce, celle des organes génitaux externes est tardive (3^e mois).

Un agent tératogène affecte souvent, simultanément, le développement de plusieurs organes ayant des périodes de sensibilité chevauchantes.

Dans la genèse d'une association donnée d'anomalies (c'est-à-dire d'un syndrome poly malformatif), la période d'exposition à l'agent tératogène peut jouer un rôle plus important que la nature de cet agent.

Il existe cependant des agents tératogènes dont les actions sont spécifiques, soit parce qu'ils agissent en se liant à des récepteurs qui ne sont exprimés que dans certains organes soit parce qu'ils s'accumulent dans des structures particulières.

Les androgènes n'ont d'action que sur les organes génitaux externes et internes qui sont leurs organes cibles normaux (seuls ces organes expriment le récepteur des androgènes).

3-4-3 La période de sensibilité modérée aux agents tératogènes

Elle couvre la période fœtale (de la 8^e à la 38^e semaine du développement). Les anomalies déterminées durant cette période constituent des fœtopathies.

Durant la vie fœtale se déroulent :

Quelques phénomènes de morphogenèse dont la différenciation des organes génitaux externes au 3^e mois.

L'histogène, notamment celle du système nerveux central et des organes des sens des phénomènes de croissance dans tous les organes.

3-5 Mécanismes des malformations congénitales

3-5-1 Défaut de prolifération cellulaire : Il conduit à des agénésies d'une ébauche embryonnaire, ou à des hypoplasies.

3-5-2 Défaut de migration cellulaire : l'absence de migration des cellules de la crête neurale peut conduire à des anomalies très variées

3-5-3 Absence de mort cellulaire physiologique : Au cours du développement normal de nombreuses cellules meurent par apoptose. Ces cellules sont devenues inutiles, voire indésirables, pour l'une des raisons suivantes :

- Elles ont été produites en excès : c'est le cas pour de nombreux neurones dans le système nerveux central et périphérique.

- Elles ont rempli une fonction à un stade donnée du développement (ou de l'évolution de l'espèce), puis elles sont devenues inutiles.

°Cas de la queue du têtard au moment de la métamorphose.

°C'est aussi le cas, chez l'embryon humain, du pronéphros qui est un vestige évolutif.

- Elles sont utiles dans un sexe, mais pas dans l'autre : cas des cellules des canaux de Müller qui sont maintenues chez la femelle, mais pas chez le mâle.

- Elles doivent être « sacrifiées » pour modeler une structure, en vue de lui permettre d'acquérir sa forme définitive.

Dans ce contexte, la mort cellulaire aboutit par exemple au creusement des sillons interdigitaux et à la formation des lumières des canaux excréteurs des glandes exocrines.

L'absence de mort cellulaire au niveau des sillons interdigitaux est responsable de syndactylies cutanées (doigts palmés).

L'absence de mort cellulaire dans les cordons pleins qui sont les précurseurs des canaux excréteurs des glandes exocrines, conduit à la formation de kystes glandulaires.

- Elles doivent être éliminées parce qu'elles n'ont pas migré dans la structure embryonnaire appropriée.

Par exemple, les cellules germinales primordiales migrent à partir de la vésicule vitelline, le long du tube digestif primitif jusqu'à la gonade. Les cellules germinales qui s'égarent lors de cette étape de migration doivent être éliminées sinon, elles peuvent donner naissance à des tumeurs, les tératomes embryonnaires.

- Elles sont potentiellement dangereuses pour l'organisme. C'est le cas des thymocytes exprimant des récepteurs capables d'induire des réactions auto immunes.

L'apoptose représente parfois la destinée la plus commune des cellules d'un organe embryonnaire.

Par exemple, 95% des cellules thymiques meurent par apoptose et jusqu'à 85% des neurones sont éliminés par apoptose dans certains endroits du système nerveux (rétine ganglionnaire chez le chat)

3-5-4 Excès de mort cellulaire physiologique

L'action néfaste de l'alcool et celle de l'acide rétinoïque que sur le développement de la face semble due en partie à une exagération de l'apoptose physiologique dans les cellules de la crête neurale.

3 5-5 perturbations d'un phénomène d'induction embryonnaire

L'absence d'induction du diverticule urétéral par le blastème métanéphrogène est responsable d'agénésie rénale

3-5-6 Absence ou insuffisance d'un mouvement

morphogénétique :

- Les absences de fermeture de la gouttière urétrale, de la fissure optique et de la gouttière lacrymo-nasale donnent respectivement un hypospadias, un colobome rétinien et une fissure oblique de la face

-L'absence de soudure des processus palatins est à l'origine de fissures palatines

-L'absence de soudure entre bourgeon intermaxillaire et bourgeon maxillaire est à l'origine des fentes labiales.

3-5-7 Persistance anormale de structures embryonnaires transitoires

Exemples :

- Diverticule de Meckel : persistance du canal vitellin.
- fistule urinaire ombilicale : persistance de l'allantoïde
- Une forme rare de pseudohermaphrodisme mâle est due à la persistance des canaux de Müller chez un embryon de caryotype 46, XY.
- Kystes et fistules branchiales : persistance du sinus cervical.

3-5-8 Régulations " réparatrices "

Le manque laissé pas une agénésie et une hypoplasie peut être comblé par des fusions anormales d'ébauches embryonnaires. Ces régulations « réparatrices » aboutissent à des anomalies surajoutées.

Exemples :

- L' hypoplasie du cerveau antérieur (pros encéphale) peut se compliquer d'une fusion des ébauches oculaires sur la ligne médiane (cyclopie)
- L'hypoplasie du bourgeon intermaxillaire peut se compliquer de fusion des bourgeons maxillaires sur la ligne médiane (lèvre en accent circonflexe)
- L'agénésie des bourgeons mandibulaires peut se compliquer d'une fusion des pavillons des deux oreilles (otocéphalie)
- L'agénésie du bourgeon caudal peut provoquer une fusion des membres inférieurs (sirénomélie).

3-5-9- Déformations

Il s'agit d'anomalies congénitales liées à l'action de facteurs mécaniques Exemples :

-Syndrome de Potter dû à la compression du fœtus par l'utérus maternel cas d'oligohydramnios : anomalies de la position des membres, déformations faciales et hypoplasies des poumons.

-Déformation du fœtus par un fibrome utérin une malformation utérine

-Arthrogrypose due à la limitation intra-utérine des mouvements fœtaux dans des cas de neuropathies, myopathies, masse intra-utérine, d'oligohydramnios, ou grossesses gémellaires.

3-5-10 Anomalies accidentelles

Elles résultent de la destruction de structures déjà constituées. Il s'agit de nécroses cellulaires d'origine vasculaire par ischémie, embolie ou hémorragie ou de nécroses cellulaires secondaires à une infection virale, parasitaire ou bactérienne [6].

METHODOLOGIE

IV- METHODOLOGIE

1-Cadre de l'étude:

Notre travail a été réalisé dans le service de chirurgie pédiatrique du CHU Gabriel Touré.

1-2 Situation géographique:

Le C H U Gabriel Touré est situé dans le centre administratif de la ville de Bamako en commune III. A l'intérieur de cet établissement se trouve : Les services de chirurgie générale et pédiatrique au sein du pavillon Bénitiéni Fofana au nord.

1-2 Les locaux:

- .Le service de chirurgie pédiatrique comprend : 26 lits d'hospitalisation, un bloc opératoire composé de 3 salles que le service partage avec les services de traumatologie et d'urologie.
- .une salle de réveil et une salle de stérilisation contiguës au bloc.

1-3 Le personnel:

- Les chirurgiens y sont au nombre de trois dont un coopérant cubain et un maître assistant en chirurgie pédiatrique qui est le chef de service.
- Les infirmiers y sont au nombre de trois
- Deux techniciens supérieurs de santé, un jouant le rôle de chef d'unité de soins -Deux aides soignants

-quatre techniciens de surface

-Des étudiants en fin de cycle de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie (FMPOS) dit étudiant hospitalier.

-Des médecins inscrits au DES (Diplôme d'études Spécialisées) de chirurgie générale.

-Des étudiants stagiaires de la FMPOS (Faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie), de INFSS (Institut National de Formation Secondaire de la Santé), de l'E I P C (École d'infirmier du Premier Cycle)

2- Les activités:

Les consultations externes ont lieu du lundi au vendredi ; les interventions chirurgicales tous les jours et le lundi et mercredi au bloc à froid.

Les hospitalisations se font chaque jour et à tout moment. La visite se fait du lundi au jeudi à partir de 8 heures et la contre visite est effectuée par l'équipe de garde.

La visite générale conduite par le professeur a lieu chaque vendredi après le staff général de chirurgie toutes spécialités confondues de l'hôpital Gabriel Touré.

Le staff du service de chirurgie pédiatrique se tient chaque matin du lundi au jeudi à partir de 7h30.

Le programme opératoire du bloc à froid s'établit chaque jeudi à partir de 14heures .C'est au cours de ce staff que se font la lecture des dossiers et la présentation de cas cliniques.

3-Matériels et méthodes:

3-1-Type d'étude:

C'était une étude prospective réalisée dans le service de chirurgie pédiatrique de l'hôpital Gabriel Touré.

3-2- Durée d'étude:

Elle s'est déroulée sur une période de 12 mois allant de Janvier à Décembre 2007

3-3-Echantillonnage :

Nous avons procédé à un recrutement systématique de tous les sujets répondant à nos critères d'inclusion

3-4-Critères d'inclusion :

Ont été inclus tous les sujets hospitalisés en chirurgie pédiatrique pour malformation (toutes les pathologies présentes à la naissance ; visibles ou découvertes à l'examen clinique) et dont les parents ont accepté le questionnaire.

3-5-Critères de non inclusion :

N'ont pas fait partie de cette étude les enfants hospitalisés dans notre service pour d'autres pathologies et les parents ayant refusé le questionnaire

3-6-Problème d'éthique :

-La confidentialité des données recueillies a été garantie.

-Aucun enfant n'a été inclus sans le consentement de ses parents.

3-7 Patients et méthodes :

Le recueil des données a été effectué par nous même. Un interrogatoire au lit du malade a permis de remplir le questionnaire. La consultation des dossiers apportait les éléments d'informations complémentaires pour valider les données recueillies.

Le questionnaire comportait :

- les données personnelles et administratives
- les données cliniques
- les données concernant la relation parent soignant

3-8 Analyses et saisies des données :

- le traitement de texte et les tableaux ont été réalisés sur le logiciel Microsoft word.

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel SPSS (version 10.0) et sur le logiciel Epi-info (Version 6.0)

Les graphiques ont été réalisées grâce au logiciel Microsoft Excel.

Les résultats ont été discutés avec le test statistique Khi2 de Yates avec un seuil de probabilité significatif à $P < 0,05$.

RESUTATS

V-RESULTATS

1-Epidémiologie

1-1 Fréquence

Tableau I : Répartition des patients selon la fréquence

Fréquence	Effectifs	Pourcentage
Malformés	52	5,8
Non malformés	845	94,2
Total	897	100

Les malformations congénitales avaient représenté 5,8% de nos hospitalisations ne tenant compte que les malformations majeures.

1-2 Age

Tableau II : Répartition des patients selon l'âge

Age	Effectifs	Pourcentage
0-28 jours	21	40.4
1-23 mois	19	36.5
2-7 ans	7	13.5
8-15 ans	5	9.6
Total	52	100

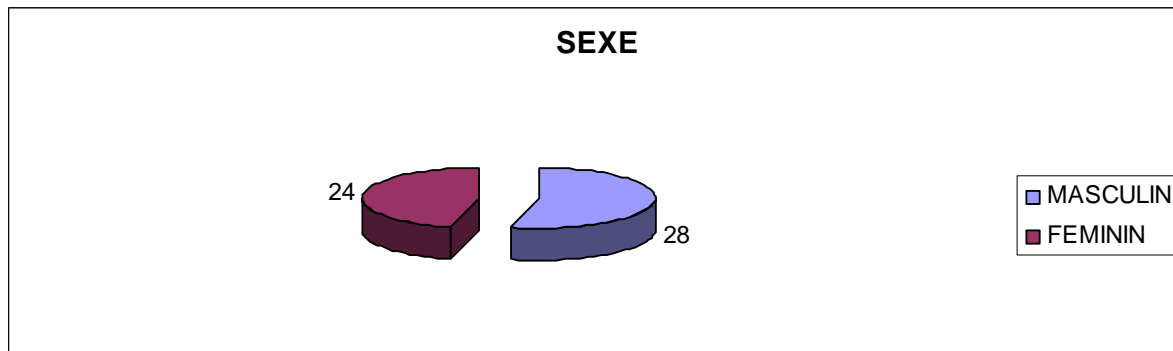
L'âge moyen de nos patients était de 25,1 mois avec un extrême d'un (1) jour et quinze (15) ans

1-3 Sexe

Tableau III : Répartition des patients selon le sexe

Sexe	Malformés	Non malformés	Total	% des malformés
Masculin	28	543	571	4,9%
Féminin	24	308	326	7,3
Total	52	845	897	

Figure 1 : Répartition des patients selon le sexe



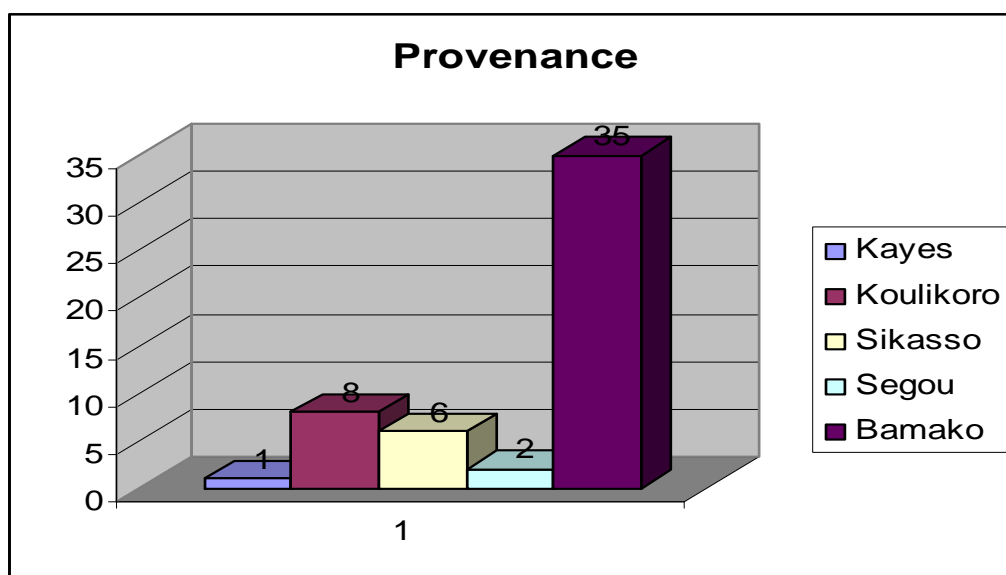
Les patients de sexe masculin étaient plus fréquents avec un sex ratio à 1,15

1-4 Provenance

Tableau IV : Répartition des patients selon la provenance

Provenance	Effectifs	Pourcentage
Kayes	1	1,9
Koulikoro	8	15,4
Sikasso	6	11,5
Ségou	2	3,8
Bamako	35	67,4
Total	52	100

Figure 2 : Répartition des patients selon provenance



Les patients étaient adressés par les différentes régions et Bamako a représenté la plus grande fréquence avec 67,3 %.

1-5 Ethnies

Tableau V : Répartition des patients selon les ethnies

Ethnies	Effectifs	Pourcentage
Bamanan	22	42,3
Peulh	11	21,2
Bobo	1	1,9
Malinké	8	15,4
Sonrhaï	2	3,8
Senoufo	1	1,9
Sarakolé	7	13,5
Total	52	100

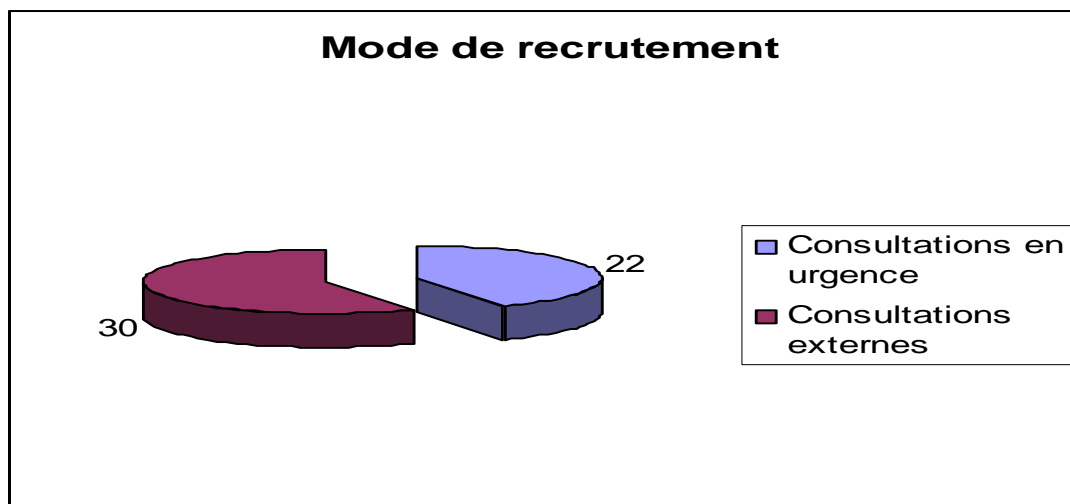
Il existe une prédominance des bamanans avec 42,3 %

1-6 Mode de recrutement

Tableau VI : Répartition des patients selon le mode de recrutement

Mode de recrutement	Effectifs	Pourcentage
Urgences	22	42,3
Ordinaire	30	57,7
Total	52	100

Figure 3: Répartition des patients selon le mode de recrutement



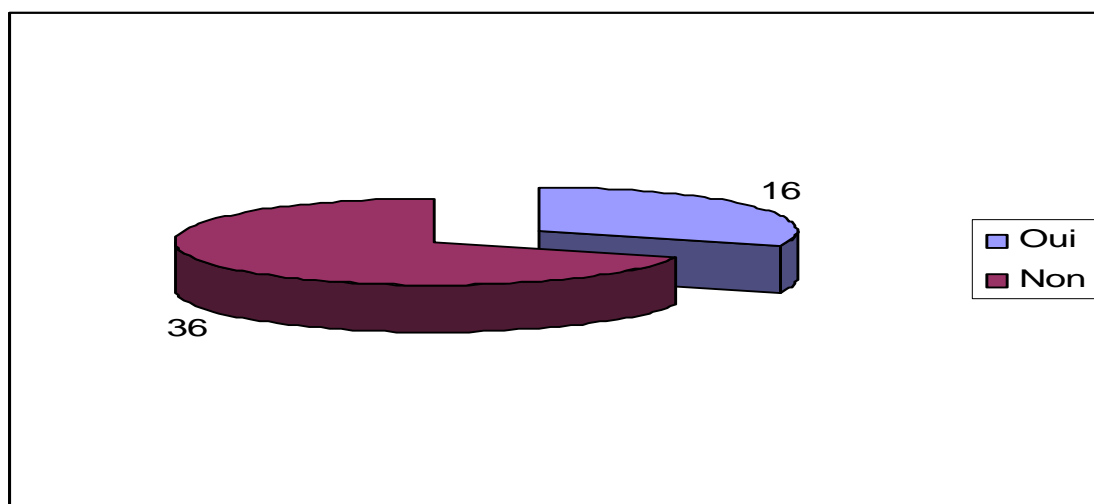
Les consultations externes ont représenté 30 cas soit 57,7 %

1-7 Consanguinité

Tableau VII : Répartition des patients selon la consanguinité des parents

Consanguinité	Effectifs	Pourcentage
Oui	16	30,8
Non	36	69,2
Total	52	100

Figure 4 : Répartition des patients selon la consanguinité des parents



La consanguinité a été décelée chez 30,8 % des parents

1-8 Age des parents

Tableau VIII : Répartition des patients selon l'âge des parents

Age (Année)	Père		Mère	
	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage
15-24	2	3,8	6	11,6
25-34	9	17,3	21	40,4
35-44	18	34,7	25	48
45-54	14	26,9	-	-
55-64	9	17,3	-	-
Total	52	100	52	100

L'âge moyen des pères était de 43 ans et 7mois avec des extrêmes de 23 et 64 ans et celui des mères de 27ans et 5 mois avec des extrêmes de 15 ans et 40 ans.

1-9 Niveau de scolarisation des parents

Tableau IX : Répartition des patients selon le niveau de scolarisation des parents

Niveau de scolarisation	Père		Mère	
	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage
Primaire	21	40,4	8	15,4
Secondaire	4	7,7	2	3,8
Supérieur	4	7,7	0	0
Medersa	3	5,8	3	5,8
Non scolarisés (es)	20	38,5	39	75,0
Total	52	100	52	100

Les pères de niveau primaire (40,4%) et les mères non scolarisées (75%) ont été les plus nombreux.

1-10 Principales activités des parents**Tableau X** : Répartition des patients selon les principales activités des parents

Profession	Père		Mère	
	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage
Fonctionnaire	6	11,5	1	1,9
Commerçant	11	21,2	0	0
Paysan	12	23,1	0	0
Eleveur	2	3,8	0	0
Etudiant	1	1,9	0	0
Ouvrier (e)	10	19,2	3	5,8
Chauffeur	6	11,5	0	0
Ménagère	0	0	48	92,3
Autre	4	7,6	0	0
Total	52	100	52	100

Autre représente l'artiste, marabout, tailleur et immigré.

Les cultivateurs (23,1%) et les ménagères (92,3%) ont été les plus nombreux

2-Aspects cliniques :

2-1 Antécédents médicochirurgicaux des parents

Tableau XI : Répartition des patients selon les antécédents médicochirurgicaux des parents

Antécédents des parents	Père		Mère	
	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage
H T A	2	3,8	-	-
Drépanocytose	-	-	1	1,9
U G D	-	-	2	3,8
H I D	1	1,9	-	-
Césarienne	-	-	1	1,9
Aucun	39	75	48	92,3
Total	52	100	52	100

75% des pères ainsi que 92,3% des mères étaient sans antécédents.

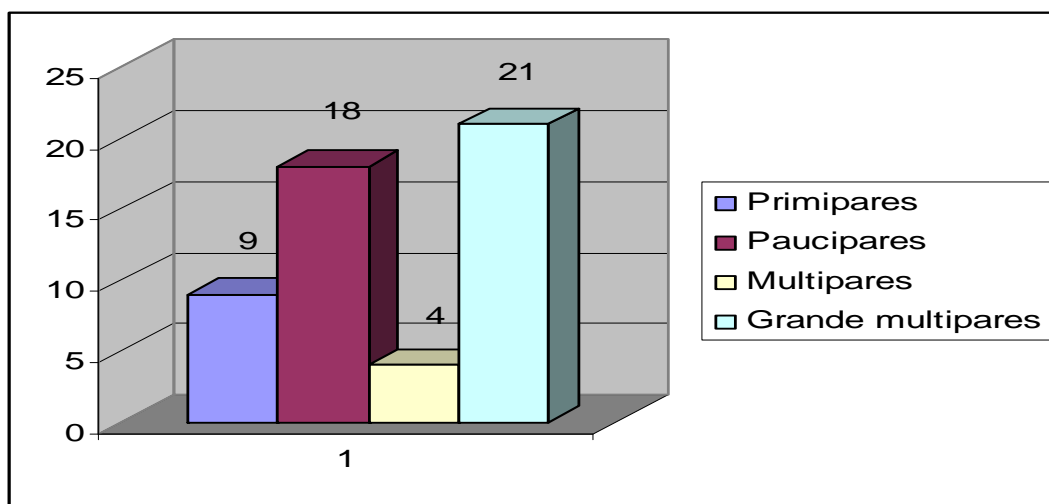
2-2 Antécédents gynéco obstétricaux

A) Parité

Tableau XII : Répartition des patients selon la parité de la mère

Parité des mères	Effectifs	Pourcentage
Primipare	9	17,3
Pauci pare	18	34,6
Multi pare	4	7,7
Grande multipare	21	40,4
Total	52	100

Figure 5 : Répartition des patients selon la parité de la mère



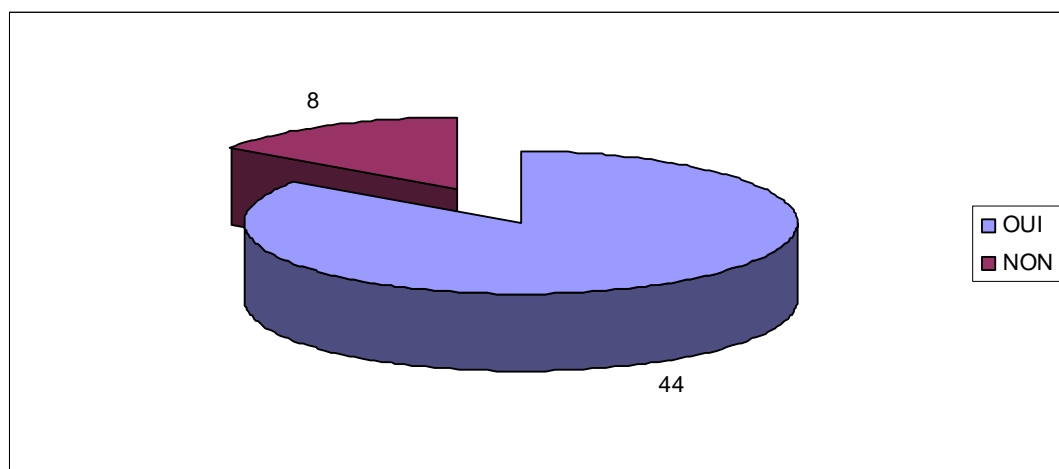
Les multipares (48,1%) ont été les plus représentées

B) Consultation prénatale

Tableau XIII : Répartition des patients selon la consultation prénatale

CPN	Effectifs	Pourcentage
Oui	44	84,6
Non	8	15,4
Total	52	100

Figure 6 : Répartition des patients selon la consultation prénatale



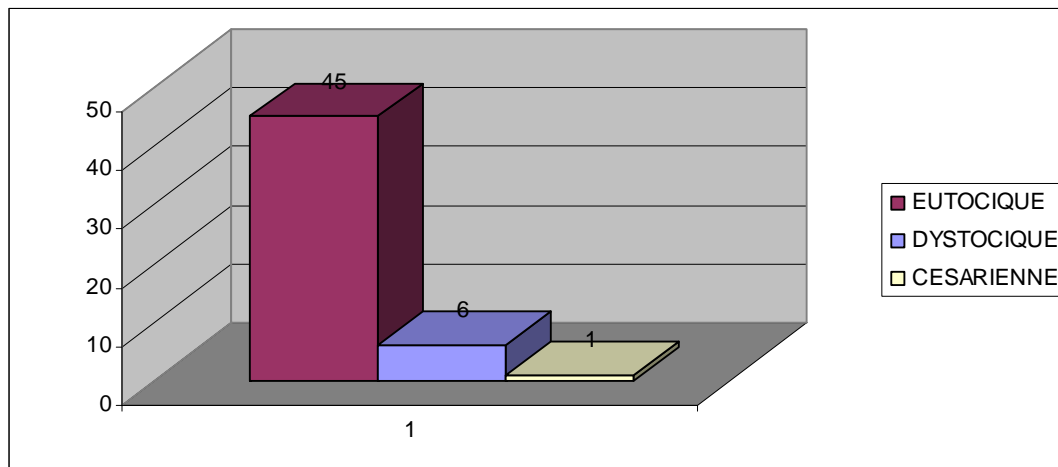
84,6% des mères avaient fait la consultation prénatale sans faire de diagnostic anténatal.

C) Mode d'accouchement

Tableau XIV : Répartition des patients selon le mode d'accouchement

Mode d'accouchement	Effectifs	Pourcentage
Eutocique	45	86,6
Dystocique	6	11,5
Césarienne	1	1,9
Total	52	100

Figure 7 : Répartition des patients selon le mode d'accouchement



1,9% de nos patients étaient issus d'une Césarienne

2-3 Type de malformation**Tableau XV :** Répartition des patients selon le type de malformation

Malformations		Effectifs	Pourcentage	Total
S N C	Hydrocéphalie	2	3,8	8(15,4)
	Spina bifida	6	11,5	
Paroi abdominale	Omphalocele	9	17,4	11(21,2)
	Laparoschisis	2	3,8	
Appareil digestif	S H P	2	3,8	25(48)
	Maladie de HIRSCHSPRUNG	5	9,6	
	M A R	18	3,8	
Appareil génito-urinaire	V U P	2	3,8	8(15,4)
	Cryptorchidie	4	7,7	
	Hypospadias	2	3,8	
Total		52	100	52(100)

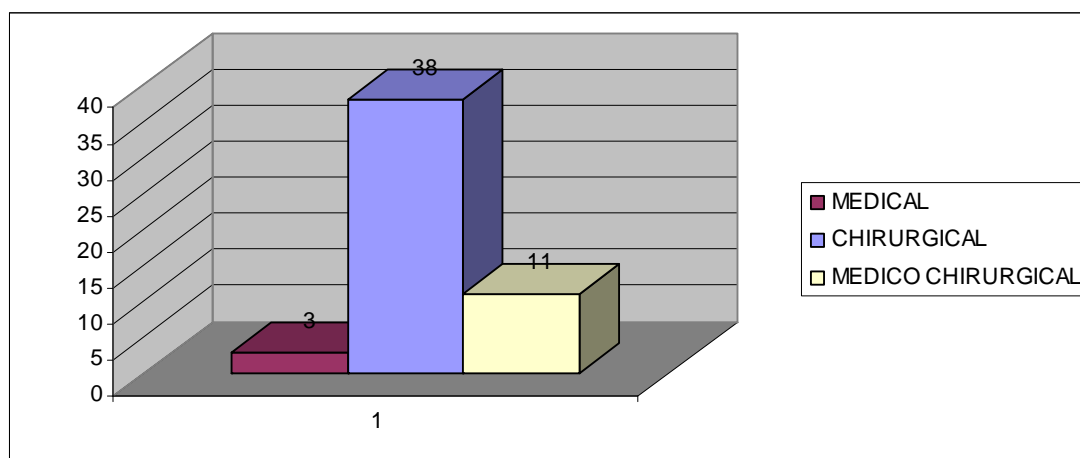
Les malformations digestives (48%) étaient les plus fréquentes. Nous n'avons pas tenu compte des pathologies mineures de l'appareil génito-urinaire (hydrocèle, cryptorchidie, ectopie et hernies inguinales).

2-4 Traitement

Tableau XVI : Répartition des patients selon le type de traitement

Traitement	Effectifs	Pourcentage
Médical	3	5,8
Chirurgical	38	73,1
Médocochirurgical	11	21,1
Total	52	100

Figure 8 : Répartition des patients selon le type de traitement



Le traitement chirurgical a été le plus pratiqué avec 73,1%

2-5 Durée d'hospitalisation pré opératoire

Tableau XVII : Répartition selon la durée d'hospitalisation préopératoire

Durée d'hospitalisation pré op	Effectifs	Pourcentage
<5 jours	50	96.2
5-10 jours	1	1.9
>10 jours	1	1.9
Total	52	100

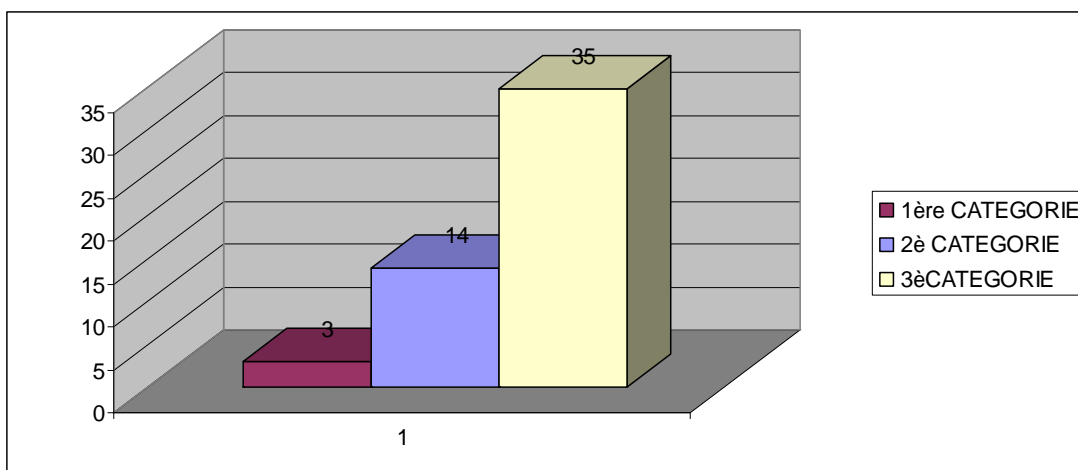
La durée moyenne d'hospitalisation était de 2 jours avec des extremes d'un (1) jour et sept (7) jours

2-6 Catégorie d'hospitalisation

Tableau XVIII : Répartition des patients selon la catégorie d'hospitalisation

Catégorie	Effectifs	Pourcentage
1 ^{ère}	3	5,8
2 ^e	14	26,9
3 ^e	35	67,4
Total	52	100

Figure 9 : Répartition des patients selon la catégorie d'hospitalisation de l'enfant



67,3 % des patients étaient hospitalisés en 3^e catégorie

2-7 Nombre d'intervention

Tableau XIX : Répartition des patients selon le nombre d'intervention

Nombre d'intervention	Effectifs	Pourcentage
1	39	75
2	6	11.5
3	4	7.7
Aucune	3	5.8
Total	52	100

75% des patients ont subi une seule intervention et 5,8% n'ont pas été opérés

2-8 Durée d'hospitalisation post opératoire

Tableau XX : Répartition selon la durée d'hospitalisation post opératoire

Durée d'hospitalisation post op	Effectifs	Pourcentage
<5 jours	23	44.2
5-10 jours	20	38.4
>10 jours	9	17.4
Total	52	100

9 patients étaient hospitalisés 10 jours après l'intervention avec une durée moyenne de 6 jours avec des extrêmes d'un (1) jour et trente et trois (33) jours.

2-9 Devenir

Tableau XXI : Répartition des patients selon le devenir immédiat

Devenir	Effectifs	Pourcentage
Guérison	44	84.6
Complication	3	5.8
Décès	3	5.8
Autre	2	3.8
Total	52	100

Autre représente le transfert et la récurrence

Dans 84,6% le patient était guéri de sa maladie

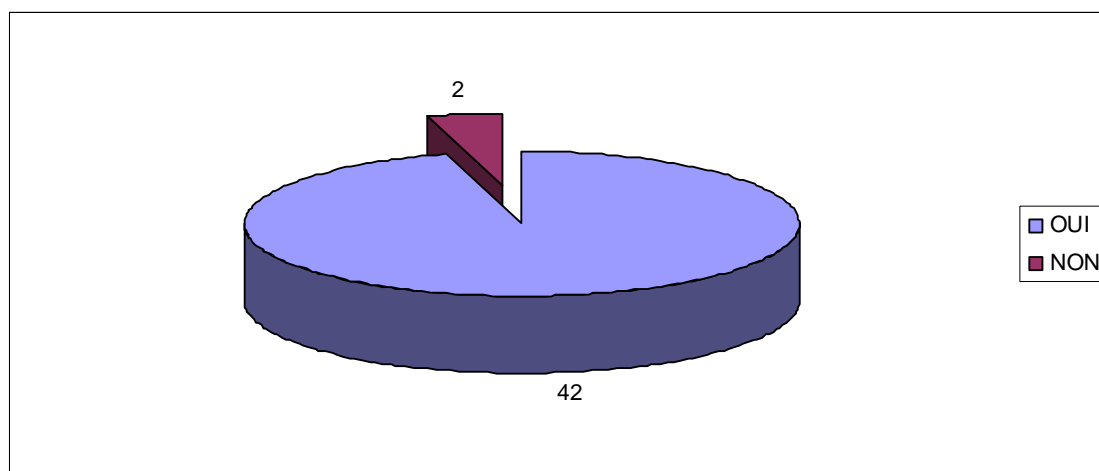
3 Relation parent soignant

3-1 satisfaction de l'accueil

Tableau XXII : Répartition des patients selon la satisfaction à l'accueil

Satisfaction	Effectifs	Pourcentage
Oui	50	96,2
Non	2	3,8
Total	52	100

Figure 10 : Répartition des patients selon la satisfaction a l'accueil



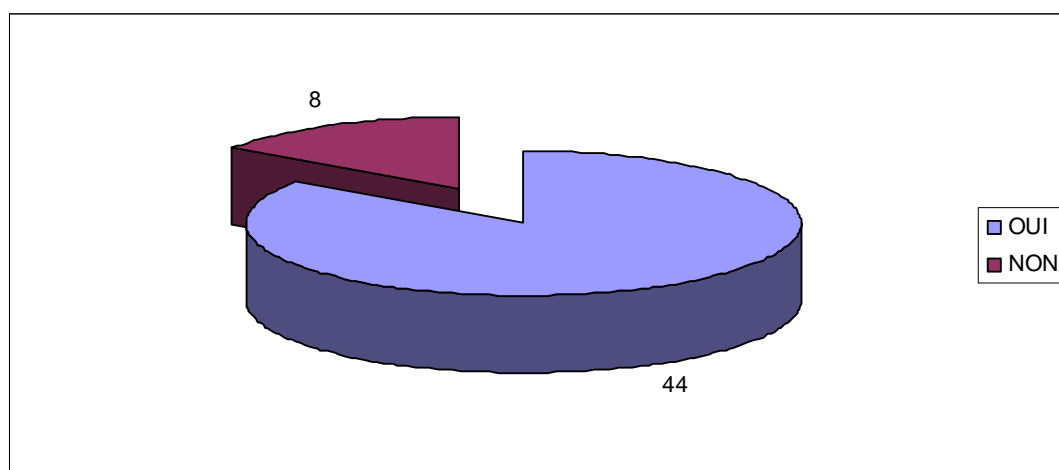
3,8 % des patients n'étaient pas contents de l'accueil.

3- 2 Information des parents sur la maladie de leur enfant

Tableau XXIII : Répartition des patients selon l'information des parents sur la maladie de leur enfant

Information	Effectifs	Pourcentage
Oui	44	84,6
Non	8	15,4
Total	52	100

Figure 11 : Répartition des patients selon l'information des parents sur la maladie de leur enfant.



84,6 % des parents avaient de l'information sur la maladie de leur enfant

3-3 Présentation du personnel au parent du malade

Tableau XXIV : Répartition des patients selon la présentation du personnel au parent du malade

Présentation	Effectifs	Pourcentage
Oui	13	25
Non	39	75
Total	52	100

Dans 25% le personnel s'est présenté au parent du malade

3-4 Règles de séjour

Tableau XXV : Répartition des patients selon l'information des parents sur les règles de séjour et l'horaire de travail

Règles horaies	et	Règles de séjour		Horaire de travail	
		Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage
Oui		18	34,6	13	25
Non		34	65,4	39	75
Total		52	100	52	100

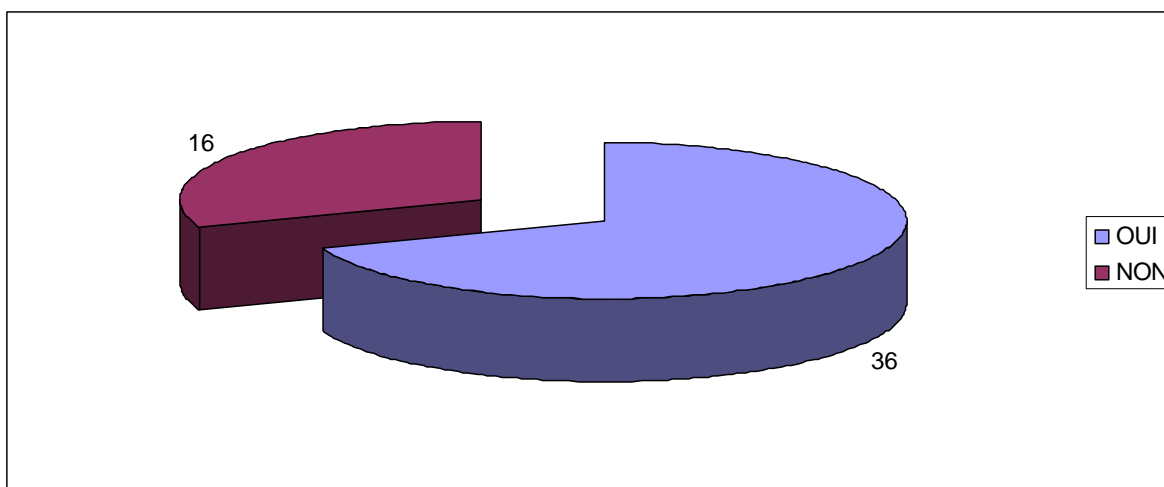
Plus de la moitié des parents n'étaient pas informés ni sur les règles de séjour ni sur l'horaire de travail respectivement 65,4% et 75%.

3- 5 Information des parents sur l'administration des produits

Tableau XXVI : Répartition des patients selon l'information des parents sur l'administration des produits

Administration des produits	Effectifs	Pourcentage
Oui	36	69,2
Non	16	30,8
Total	52	100

Figure 12: Répartition des patients selon l'information des parents sur l'administration des produits



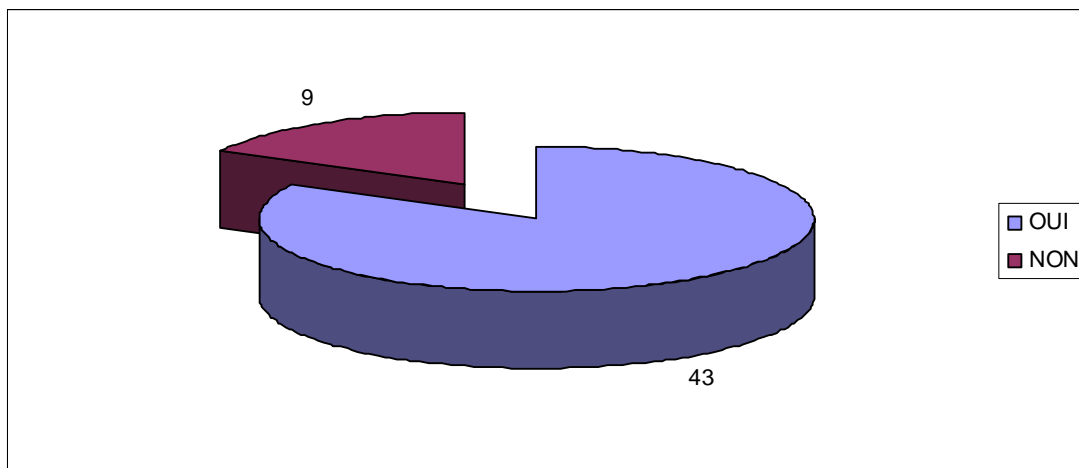
67,3 % des parents étaient informés sur l'administration des produits

3-6 Satisfaction de leur séjour

Tableau XXVII : Répartition des patients selon la satisfaction à la sortie

Satisfaction à la sortie	Effectifs	Pourcentage
Oui	43	82,7
Non	9	17,3
Total	52	100

Figure 13 : Répartition des patients selon la satisfaction à la sortie



17,3 % n'étaient pas satisfaits à la sortie soit pour décès, transfert, complications ou par l'attitude du personnel.

4-Type de malformation et classe d'âge

Tableau XXVIII : Répartition des patients selon le type de malformations et la classe d'âge

Age	0-28 jours	1-23 mois	2-7 ans	8-15 ans	Total
Malformations	N	N	N	N	N
S N C	3	5	-	-	8
Paroi abdominale	10	1	-	-	11
Appareil digestif	8	11	3	3	25
Génito urinaire	-	2	4	2	8
Total	21	19	7	5	52

Les malformations digestives étaient présentes à tous les âges

5- Satisfaction dans les soins par rapport à la profession

Tableau XXIX : Répartition des patients selon la satisfaction dans les soins par rapport à la profession

Satisfaction	Oui	Non	Total
Profession	Effectifs	Effectifs	Effectifs
Fonctionnaire	5	1	6
Commerçant	10	1	11
Paysan	10	2	12
Eleveur	2	0	2
Etudiant	1	0	1
Ouvrier	7	3	10
Chauffeur	4	2	6
Autre	2	2	4
Total	41	11	52

Les 2 éleveurs et l'étudiant étaient satisfaits de leur séjour de façon non significative ($p=0,0713$)

6-Profession maternelle et satisfaction

Tableau XXX : Répartition des patients selon la profession maternelle et la satisfaction

Satisfaction \ Profession	Oui Effectifs	Non Effectifs	Total Effectifs
Fonctionnaire	1	0	1
Ménagère	39	9	48
Ouvrière	3	0	3
Total	43	9	52

17,3% des ménagères n'étaient pas contentes de leur séjour qui est le nombre total de femme non satisfaites

7- Age de la mère et malformation

Tableau XXXI : Répartition des patients selon l'âge de la mère et la malformation.

Age (année)	15 -24	25 -34	35 -44	Total
Malformation	N	N	N	N
S N C	2	2	4	8
Paroi abdominale	-	6	5	11
Appareil digestif	4	9	12	25
Génito urinaire	-	4	4	8
Total	6	21	25	52

La tranche d'âge 35-44 ans avait fait beaucoup plus de malformations

8- Age gestationnel et malformation :

2 patients étaient nés prématurés soit 3,8% et tous d'une pathologie de la paroi abdominale (laparoschisis et omphalocele).

8- Traitement et satisfaction

Tableau XXXII : Répartition des patients selon le type de traitement et la satisfaction

Satisfaction	Oui	Non	Total
Traitement	Effectifs	Effectifs	Effectifs
Médical	1	2	3
Chirurgical	32	6	38
Médocochirurgical	10	1	11
Total	43	9	52

6 des 32 patients qui avaient subis uniquement la chirurgie n'étaient pas satisfaits.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI-COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1-Méthodologie :

Nous avons mené une étude prospective avec des questionnaires directifs se rapportant aux accompagnants des malades de malformations congénitales et les malades eux même pour apprécier leur comportement et celui du personnel soignant durant leur séjour.

Elle a porté sur 52 accompagnants de malades de malformations congénitales.

Les difficultés rencontrées ont été :

- Problème de définition du sujet
- Difficulté pour certains parents de comprendre l'objectif de notre travail ce qui a été souvent source d'insatisfaction et de camouflage de certaines informations.

2-Fréquence selon les auteurs**Tableau XXXIX** : Fréquence des malformations selon les auteurs

Fréquence	Malformés	Non malformés	Tests statistiques
Auteurs			
Coulibaly, RCI, 1997, [1]	31 (4,9%)	594 (95,1%)	P=0,4792
Traoré, Mali, 2002, [2]	108 (3,2%)	3252 (96,8%)	P=0,0003
Diarra, Mali, 2000, [38]	69 (5,25%)	1243 (94,75%)	P=0,5852
Notre étude, Mali, 2008	52 (5,8%)	845 (94,2%)	

L'incidence des malformations congénitales a été estimée à 7,4 et 9,4 pour 1000 naissances vivantes [24 ; 26].

Aucune étude de prévalence n'a été réalisée au Mali.

Les fréquences hospitalières retrouvées dans notre étude de 5,8% ainsi que dans celles des ivoiriens et maliens [1 ; 38] ne présentent pas de différence statistiquement significative ($p > 0,05$) ; mais différentes de celle de Traoré, Mali ; cela pourrait être lié à la taille de son échantillon et au type d'étude (rétrospective).

3-Sexe selon les auteurs**Tableau XXXX** : Sexe et malformation selon les auteurs

Auteurs	Sexe	Masculin	Féminin	Sex ratio
Coulibaly, RCI, 1997, [1]		21 (67,8%)	10 (32,2%)	2,1
Stephan, Suède, 2004, [4]		434 (56,7%)	331 (43,3%)	1,3
Germana, Italie, 2006, [35]		21 (47,7%)	23 (52,3%)	1,1 (F/M)
Simmi, Inde, 2004, [36]		281 (68%)	135 (32%)	2,1
Diarra, Mali, 2000, [38]		49 (71%)	20 (29%)	2,45
Notre étude, Mali, 2008		28 (53,8%)	24 (46,2%)	1,1

Le sexe n'est pas un facteur de risque dans la survenue des malformations congénitales [1].

Les garçons ont été plus nombreux que les filles dans les études retrouvées dans la littérature [1 ; 2 ; 4 ; 34; 36 ; 38] ; Cependant Germana, Italie trouve plus de filles que les garçons.

4-Age gestationnel selon les auteurs**Tableau XXXXI** : Age gestationnel et malformation selon les auteurs

Age gestationnel (S. A.)	Tests		
Auteurs	28-36	37-42	statistiques
Seung, Corée du Sud, 2006, [34]	9 (13,4%)	58 (86,6%)	P=0,1410
Germana, Italie, 2006, [35]	28 (61,4%)	17 (38,6%)	P=0,0000
Katharina, Allemagne, 2007, [37]	25 (37,9%)	41 (62,1%)	P=0,0000
Diarra, Mali, 2000, [38]	8 (11,6%)	61 (88,4%)	P=0,2305
Notre étude, Mali, 2008	2 (3,8%)	50 (96,2%)	

Les malformations congénitales ont un impact significatif sur la probabilité d'être né prématuré et contribuer de manière significative au degré de prématurité [27].

3,8% de nos enfants n'étaient pas nés à terme ; ce taux ne diffère pas statistiquement de ceux retrouvés en Corée et au Mali [34; 38] ; mais statistiquement différents de ceux des italiens et allemands [35 ; 37]. Cela pourrait s'expliquer par la différence dans les types de malformations (ne tiennent compte que les malformations majeures).

5-Age maternel selon les auteurs**Tableau XXXXII** : Age maternel et malformation selon les auteurs

Age maternel (année)	15-30	31-44	Tests statistiques
Auteurs			
Nevin, Turquie, 2008, [33]	102 (51%)	98 (49%)	P=0,7072
Seung, Corée du Sud 2006, [34]	43 (64,2%)	24 (35,8%)	P=0,0783
Stephan, Suède, 2004,[4]	393 (50,7%)	382 (49,3%)	P=0,7131
Diarra, Mali, 2000, [38]	46 (66,7%)	23 (33,3%)	P=0,2215
Notre étude, Mali, 2008	27 (52%)	25 (48%)	

L'association entre l'âge maternel et la prévalence des malformations congénitales est en forme de U avec une proportion plus élevée chez les femmes âgées de moins de 20 ans ou plus de 39 ans [32].

Dans notre étude comme celles d'autres auteurs [4 ;33 ;34 ;38], cette relation n'a pas pu être vérifiée par la différence des intervalles d'âge.

6-Parité selon les auteurs**Tableau XXXXIII** : Parité et malformation selon les auteurs

Auteurs	Parité		Tests statistiques
	≤4	>4	
Nevin, Turquie, 2008, [33]	102 (51%)	98 (49%)	P=0,7144
Coulibaly, RCI, 1997, [1]	18 (58,1%)	13 (41,9%)	P=0,7083
Notre étude, Mali, 2008	27 (52,9%)	25 (48,1%)	

La parité de la mère peut influencer la survenue des malformations congénitales [29].

Elles étaient moins fréquentes chez les femmes ayant fait plus de 4 parités. Notre taux de 48,1% ne diffère pas de façon statistique de celui de Nevin et Coulibaly.

7-Niveau de scolarisation des mères selon les auteurs**Tableau XXXIV** : Niveau de scolarisation des mères et malformation selon les auteurs

Auteurs	Niveau de scolarisation	Non scolarisée et primaire	Secondaire et supérieur	Tests statistiques
Coulibaly, RCI, 1997, [1]		28 (90,3%)	3 (9,7%)	P=0,707
Diarra, Mali, 2000, [38]		61 (88,4%)	8 (11,6%)	P=0,7278
Nevin, Turquie, 2008, [33]		83 (41,5%)	117 (58,5%)	P=0,0000
Notre étude, Mali, 2008		47 (90,4%)	5 (9,6%)	

Il ne semble pas avoir de lien entre la survenue de malformations congénitales et le niveau de scolarisation des mères [1].

Nos 90,4% ne diffèrent pas de façon statistiquement significative de celui de Coulibaly et Diarra ; mais diffère de celui de Nevin ; ce qui pourrait s'expliquer par leur niveau de scolarisation plus élevé pour l'observance et la maîtrise des règles de prévention.

8-Profession maternelle selon les auteurs**Tableau XXXXV** : Profession maternelle et malformation selon les auteurs

Profession				
Auteurs	Fonctionnaire	Ouvrière	Ménagère	
Coulibaly, RCI, 1997, [1]	0 (0)	13 (41,9%) P=0,0000	18 (59,1%) P=0,0001	
Diarra, Mali, 2000, [38]	3 (4,3%)	16 (23,2%) P=0,0091	50 (72,5%) P=0,0058	
Notre étude, Mali, 2008	1 (1,9%)	3 (5,8%)	48 (92,3%)	

La profession de la mère peut exposer à un risque de malformations congénitales [29].

La fonctionnaire et les ouvrières avaient eu peu d'enfants malades de malformations congénitales. Il existe un lien statistique entre notre série et celles des ivoiriennes et maliennes.

Nous pensons qu'une carence nutritionnelle et la proximité des gaz d'usine ou les incinérateurs soient à l'origine de ces malformations [16 ; 29].

9-Consultation prénatale selon les auteurs**Tableau XXXXVI** : Consultation prénatale et malformation selon les auteurs

Auteurs	C P N		Tests statistiques
	Oui	Non	
Coulibaly, RCI, 1997, [1]	31 (100%)	0 (0)	P=0,0557
Diarra, Mali, 2000, [38]	57 (82,6%)	12 (17,4%)	P=0,7686
Nevin, Turquie, 2008, [33]	174 (87%)	26 (13%)	P=0,6538
Germana, Italie, 2006,[35]	36 (82%)	8 (18%)	P=0,3528
Notre étude, Mali, 2008	44 (84,6%)	8 (15,4%)	

Le diagnostic prénatal peut réduire l'incidence des malformations congénitales [30 ; 31].

La surveillance des grossesses par les consultations et le bilan prénatal ne sont pas bien observés dans les pays en voie de développement [1].

Si non la pratique de la consultation prénatale dans les différentes séries [1 ; 33 ; 35 ; 38] ne présente pas de lien statistique.

10-Type de malformations et satisfaction:

La sévérité de la maladie de l'enfant n'influence pas la satisfaction ; cependant la charge parentale, le mécontentement avec les soins, l'isolement social et l'instabilité financière peuvent le diminuer.

Les malformations digestives (48%) ont été les plus représentées dans notre échantillon.

Le point fort évoqué a été l'implication des parents dans les soins des enfants. Cela a surtout amélioré le contact parent enfant et augmenter leur satisfaction.

Cependant le délaissement de plusieurs activités quotidiennes (lucratives ou non) au profit de ces entretiens pourrait entraîner un déséquilibre financier dans le foyer et diminuer ainsi la satisfaction.

11-Age des patients et satisfaction des parents :

100% des parents des grands enfants malades étaient satisfaits. Chez Stephan [4] tous les parents des grands enfants l'étaient aussi.

Leurs points forts ont été qu'à cet âge les enfants sont moins fragiles et l'appréhension des parents moins grande ; et le mécontentement est que ces parents ont été moins impliqués dans les techniques de soins car plusieurs de ces gestes sont compris et peuvent être effectués par les enfants eux-mêmes.

12-Information, sensibilisation, Communication et satisfaction des parents:

Les parents et le staff ont été unanimes que le rôle le plus important du personnel soignant est le support.

La communication, l'appui psychologique, un bon accueil, la suite du traitement et l'implication des parents dans la prise de décision pourraient influencer le niveau de satisfaction des parents.

Les points positifs ont été la compréhension des gestes et la maladie par ces parents et leur implication dans la prise de décision.

Mais beaucoup d'interrogation subsiste par rapport à l'amalgame entre l'état de santé de l'enfant et les problèmes familiaux (conflit dans les couples).

Le personnel s'était présenté au parent des malades dans 100% de satisfaction et dans 83,7% les parents ont eu l'information sur la maladie de leurs enfants dans notre étude.

13 Satisfaction des parents à la sortie :

82,7% des parents étaient satisfaits de leur séjour sans distinction d'ethnie, de classe sociale, de provenance, de sexe, d'âge et de niveau d'instruction.

L'impact positif a été la présence régulière du personnel à chaque étape des soins avec compassion.

Les points à améliorer sont :

- le manque d'information sur certaines règles
- Insuffisance du personnel.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION

Les malformations congénitales restent une préoccupation dans nos services de par leur fréquence, leur pronostic et leur impact psychosocial.

La mise en évidence des facteurs étiopathogéniques est de réalisation difficile. Dans notre contexte il y a lieu de mettre l'accent sur les surveillances prénatales avec une échographie anténatale afin de déceler certaines anomalies et de prendre une décision judicieuse à temps.

L'information, la sensibilisation et la communication des parents des enfants malades et du personnel soignant ont un impact significatif sur la prise en charge. La connaissance du comportement parental par rapport à la malformation congénitale est une démarche importante permettant d'assurer un meilleur résultat.

RECOMMANDATIONS

➤ **Aux autorités administratives et politiques :**

- ✓ Sensibilisation sanitaire bien ciblée, insistant sur la planification familiale visant à minimiser l'incidence des embryopathies.
- ✓ Dotation des structures en matériel adéquat pour la prise en charge des enfants ayant des malformations ;
- ✓ Formation des spécialistes de dépistage anténatal.

➤ **Au personnel socio sanitaire :**

- ✓ Conseil de l'alimentation saine et équilibrée pendant la grossesse.
- ✓ Information, communication et sensibilisation des parents sur la maladie de leurs enfants.
- ✓ Bonne pratique des consultations et bilans prénataux.
- ✓ Semaine d'intensification des activités nutritionnelles (SIAN).

➤ **A la population :**

- ✓ Référence devant tous les cas de malformations congénitales.
- ✓ Meilleure collaboration avec le personnel socio sanitaire.
- ✓ Eviction des préjugés sur la malformation congénitale.
- ✓ Renforcement des contacts parent enfants.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1]-Coulibaly Z F , Amorissani F M, Ka cou-Kakou A, Sylla M, Noua F, Kra mo E, Yapo G, Do Rège A, Prince A, Touré M , Houenou Y, Kouame K J: Etude épidémiologique des malformations congénitales dans l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie du CHU de Cocody (Abidjan) .

Méd d'Afr Noire 1997 ; 44 (7) : 409-414

[2]-Traoré Alhassane : malformations congénitales dans le service de chirurgies générale et pédiatrique du CHU G. Touré de Bamako Mali / Thèse méd 2004 M 66

[3]-Les problèmes éthiques rencontrés en génétique médicale
Rapport des professeurs D. C . Wertz, J. C. Fletscher et K. Berg, consultants de l'OMS. Copyright ©organisation mondiale de la santé 2001. bookorders@.who.int

[4]-Stephan L and Joaquin J F S : Satisfaction with care : a study of parents children with congenital heart disease and parents of children with other diseases.

Nordic College of Caring Sciences 2004; 18: 90-102.

[5]-Hopia H T Ps, Paavilainen E et Astedt-Kurki : Child in hospital: family experiences and expectations of how nurses can promote family health..

J of Clinical Nursing 2005; 14: 212-222.

[6]-Sarajarvi A, Haapamaki M L, Paavilain E: Emotional and informational support for families during their childs illness.

Internationnal Nursing Review 2006; 53: 205-210.

[7]-Chapitre “Glossaire” du site “psychobiologie humaine”:
Etude du comportement parental (maternel et parental) acquis, seraient les besoins les plus élaborés de l’organisme humain...
psychobiologie. Ouvarton.org/glossaire/Z-P06.20-Glossaire.
[http://psychobiologie.ouvarton.org/textes/position-comportements](http://psychobiologie.ouvarton.org/textes/position-comportements.htm). htm

[8]-JSTOR : les schemas du comportement utilisé par les psychologues, les aspects sociaux de son comportement, au niveau parental, familial, une conception de la nature humaine ou du comportement humain, très explicite.
Revue économique 1953 ; 4(3) : 394-415.

[9]-Fonction des comportements parentaux : Révision de la notion de sensibilité maternelle.
2008 Psicologia : Teoria et Pesquisa

[10]-Perloff J K: Medical center experiences.22nd Bathesda conference : congenital heart disease after childhood. An expanding patient population.
J. Am. Coll. Cardiol 1991; 18; 315.

[11]-Boyle M P, Farkhiz, Nosky M L: strategies for improving transition to adult cystic fibrosis care. Based on patient and parent views.
Pediatr Pulmonol 2001; 32: 428-36.

[12]- Professeur Manuel Mark: Chapitre 1 Tératologie2005

[13]-Grech V: Spectrum of congenital heart disease in Malta.
Eur Heart J 1998; 19:521-25

[14]- Mayanda H F, Bobossi G, Malonga H, Djouab S, Senga P, Nzingoula S, Loukaka: Malformations congénitales observées dans le service de néonatalogie du centre hospitalier et universitaire de Brazzaville.

Méd d'Afr Noire 1991 ; 38 (7) :505-509.

[15]-Chaabouni H, Nemsia J, Riou S (et coll) : Malformations congénitales : une maternité Tunisienne a mené l'enquête.

Maghr Med 1986 ; 129 : 1-12 et 50-54.

[16]-J. L. Taillimite: Elements de génétiques médicales.

EMC. Med. 4002t129 ; 1612

[17]-Bugnon P, Nivelon-chevalier A, Mavel A, Milan C, Michiels Y, Portier M : Contribution à l'étude des malformations congénitales.

J Gyn Obst Biol Repr 1980 ; 9 : 405-412.

[18]-Goulet O, Hochez J, Berchel C, Goulet V, Feingold J, Bois E: Incidence des malformations congénitales dans une maternité guadeloupéenne ?

Arch Fr Pediat. 1986; 43; 507-511

[19]-Wech-Maldonado R, Morales L S S, Elliott M, Hays R D: Racial and ethnic differences in parent's assessment of pediatric care in medicard managed care.

Health Service Res 2001; 36: 575-94.

[20]-Aguemon A R, Atchade D, Tchaou B A, Goudote PR: Prise en charge des malformations chirurgicales digestives de l'enfant dans le service polyvalent d'anesthésie réanimation du CHU de Cotonou.

Méd d'Afr Noire 1996; 43 (3):160-163.

[21]-[Inmagic CS/WebPublisher PRO found 1records](#) : L'incidence des principales anomalies congénitales était de 7,4 pour 1000 naissances vivantes et de 9,3 pour 1000 naissances totales.

[22]-Bah Oumar : Contribution à l'étude des malformations congénitales à propos de 60 cas. Unité de réanimation du service de pédiatrie CHU G. Touré de Bamako Mali / Thèse Med 1999.

[23]-Eléphant E, Boyer P, et Roux C,: Tératologie-encycl. méd. Chir. (Paris, France : Obstétriques) 5116 A 10, 3-1986 ; 16 P.

[24]-Stephan L Ph D, and Joaquin J F S Ph D: Psychosocial morbidity among. Parents of children with congenital heart disease: A prospective longitudinal study

http://www.Sciencedirect.com/science?_ob=

Article URL &_Udi=B6WG7-4KV82NS-8....

Available online 8 september 2006.

[25]-Ann-Christine H, EVA Lindbladh, Lennart R, Anders H:

Parents : The best experts in child health care?

Viewpoints. From parents and staff concerning child health services.

Patient Education and Conseling 2001; 44: 151-159.

www.elsevier.com/locate/pateducou

[26]-Charles Savona-ventura: Historical perspective congenital malformations; a historical perspective in a mediterranéan community.

Malta Medical J 2007; 19 (01) march.

[27]- The relationship between congenital malformations and preterm birth....subjects were categorized into one of three gestationnel age (GA) groups..

[Cat.inist.fr/? a modele=afficheN&cpsidt=19947664](http://Cat.inist.fr/?a_modele=afficheN&cpsidt=19947664)

[28]-Temtamy SA, Abdel MN, Mazen I, Ismael SR, Kassem NS:

Agnetic epidemiological study of malformations at birth in Egypt.
Eastern Mediterranean Health Journal 1998; 4 (2): 252-259.

<http://www.popline.org/docs/1564/174528.html>

[29]- Knox E G and Lancashire R: Epidemiology of congenital malformation.

J. university of Birmingham. Pp 221 (H M S O 1991). £ 29,00.

http://www.galto.ninstitute.org.uk/newsletters/GINL9209/Book_Review.htm.

[30]-Gregor V, Sipek A, Horacek J, Sipek A, Langhammer P:

Prenatal diagnostics of selected types of birth defects in the Czech Republic in 1994-2006 period.

[http://www.ncbi.nlm.gov/pubmed/18646670?](http://www.ncbi.nlm.gov/pubmed/18646670?Ordinalpos=1&itool=entrezsystem2...)

[Ordinalpos=1&itool=entrezsystem2...](http://www.ncbi.nlm.gov/pubmed/18646670?Ordinalpos=1&itool=entrezsystem2...)

Ceska Gynekol 2008; 73 (3): 169-78

[31]-Gregor V, Sipek A, Horacek J, Sipek A, Langhammer P:

Survival in children with birth defects during first year of their life in the Czech Republic in 1994-2006 period.

[http://www.ncbi.nlm.gov/pubmed/18646670?](http://www.ncbi.nlm.gov/pubmed/18646670?Ordinalpos=1&itool=entrezsystem2...)

[Ordinalpos=1&itool=entrezsystem2...](http://www.ncbi.nlm.gov/pubmed/18646670?Ordinalpos=1&itool=entrezsystem2...)

Ceska Gynekol 2008; 73 (3): 163-9

[32]-Nazer HJ, Cifuentes OL, Aguila RA, Ureta LP, BELLO P

MP, Corr ea CF, Melibosky RF: The association between maternal age and congenital malformation

[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18259659?](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18259659?Ordinalpos=76&itool=entrezsystem....)

[Ordinalpos=76&itool=entrezsystem....](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18259659?Ordinalpos=76&itool=entrezsystem....)

Rev Med Chil 2007; 135 (11): 1463-9

[33]-Nevin H S, Ilkay G M: Congenital anomalies: Parents anxiety and women's concerns before prenatal testing and women's opinions towards the risk factors.

Family and carer experience,

J of Clinical Nursing 2008 The Authors. Journal compilation © 2008 Blackwell; Publishing ltd.

[34]-Seung EL, Hyun YK, Sung EJ, Seong CL, Kwi WP, Woo KK: Situs anomalies and gastro intestinal abnormalities. 0022-3468/ \$-See front matter © 2006 Elsevier Inc. Allrights reserved.
J of Pédiac Surg 2006; 42 (14):1932-37

[35]- Germana C, Alessandro T, Ioannis S, Claudio G, Lucia A, Irna C, Onofrio AC, Pietro B: Congenital intestinal Anomalies, népnatal short bowel syndrome, and prenatal/ neonatal counselling. 0022-3468/\$-See front matter © 2006 Elsevier Inc. Allrights reserved.

J of Pédiac Surg 2006; 26 (9): 948-52

[36]-Simmi K R, Kamal N R, Ravindra M P, Amit M, Sarita M and Punita K S : Associated congenital anomalies in patients with anorectal malformations – A need for developing a uniform pratical approach.

J of Pediac Jurg 2004; 39(11): 1706-1711

[37]-Katharina H, Hans P, Huemmer, Bertram R, Peter G W: Gastroschisis and omphalocele: treatments and long- term outcomes.

Published online: 6 Nov 2007 © Springer- verlag 2007.

[38]-Demba Diarra dit N'Diaye: Etude des malformations congénitales à la maternité du CHU G. TOURE à propos de 69 cas. Thèse méd 2000 M 42.

ANNEXES

FICHE SIGNALITIQUE

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : DJEITE

Prénom : Alphamoye

Titre : Satisfaction parentale et malformations congénitales dans le service de chirurgie pédiatrique du CHU Gabriel Touré.

Année de soutenance : 2009

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Secteurs d'intérêt : Chirurgie pédiatrique, pédiatrie, santé publique et gynécologie- obstétrique

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS

Résumé :

Au cours de la période allant de janvier à décembre 2007 ; nous avons mené une étude prospective portant sur la satisfaction des parents qui accompagnent leurs enfants ayant des malformations congénitales en chirurgie pédiatrique ; cette fréquence a été de 5,8% ; 3,8% étaient prématurés ; la consanguinité a été décelée dans 30,8% ; 48,1% des mères étaient multipares ; 84,6% avaient fait la CPN et 90,4% étaient non scolarisées ou primaire. Les Malformations digestives avaient représenté 32,7%.

Le personnel s'étaient présenté au parents des malades dans 100% de satisfaction, dans 83,7% les parents ont eu l'information sur la maladie de leur enfant, 96,2% des parents étaient satisfaits de leur accueil et 82,7% étaient satisfaits à la sortie.

Mots clés : satisfaction – parent – malformations congénitales

FICHE D'ENQUÊTE

Fiche d'enquête

Q1- N° fiche....

Q2- Service d'hospitalisation....

Q3- N° Dossier

Q4- Identité du malade

I- Nom et Prénom

II- Age

III – Sexe / _ / 1 masculin 2- féminin

IV- Adresse.....

V- contact à Bamako

VI- Provenance/ _ /

1- Kayes 2- Koulikoro 3-Sikasso 4-Ségou 5-Mopti
6-Tombouctou 7-Gao 8-Kidal 9- Bamako 10- Autre
99 – Indéterminée

VII- Nationalité/ _ /

1- Malienne 2- Autres Si autres à préciser....

VIII- Lieu de naissance/ _ /

1- CSCOM 2- CS Réf 3- Hôpital 4- Autre

99 –Indéterminé

IX – Mode d'accouchement...../ _ /

1- Eutocique 2- Dystocique 3- Césarienne

X – Age gestationnel...../ _ /

1-) 28-37 S A 2-)37- 42 S A 3-) > 42 SA

XI- Ethnie

1-Bamanan 2-Peulh 3- Bozo 4-Bobo 5-Dogon 6- Malinké 7- Sonrhäi 8-
Senoufo 9-Minianka 10-Sarakolé 11- Diawando 12-Tamachek 13- Touareg
14-Toucouleur 15- Autres

Si autre à préciser....

XII – Père

1- Nom et Prénom.....

2-Age....

3-Profession/ _ /

a- fonctionnaire b- agent de commerce c- cultivateur d- éleveur

e- pêcheur f- sans profession g- étudiant h-artiste

i- ouvrier j- autres

Si autres à préciser....

- 4- Consanguinité/_ /
a- oui b- non
- 5-Statut matrimonial...../_ /
a- célibataire b- marié c- veuf d- divorcé
- 6- Nombre de femme...../_ /
a-1 b-2 c-3 d- 4
- 7- Religion...../_ /
a- Musulman b- Chrétien c- Autres
Si autres à préciser.....
- 8-Niveau d'étude...../_ /
a- primaire b- Secondaire c- Supérieur d- Medersa
e- non scolaire f- autre
Si autre à préciser....
- 9- Antécédents
a- Médicaux
a1- HTA a2- Diabète a3- Drépanocytose a4- Asthme a5- UGD a6- Autres
a9- si autre à préciser.....
b- Chirurgicaux....
- 10- Facteurs de risque et habitudes alimentaires....
- XIII- Mère
- 1- Nom et Prénom.....2-Age....
- 3-Profession/_ /
a- fonctionnaire b- ménagère c- ouvrière d- Autre
Si autres à préciser....
- 4- Consanguinité/_ /
a- oui b- non
- 5-Statut matrimonial...../_ /
a- célibataire b- marié c- veuve d- divorcée
- 6- Religion/_ /
a- Musulmane b- Chrétienne c- Autres
Si autres à préciser....
- 7-Niveau d'étude...../_ /
a- primaire b- Secondaire c- Supérieur d- Medersa
e- non scolaire f- autres
Si autres à préciser....
- 8- Antécédents
a- Médicaux
a1- HTA a2- Diabète a3- Drépanocytose a4- Asthme a5- UGD a6- Autres
A9- si autre à préciser.....

b- Chirurgicaux....

c- gynéco obstétrique : G P V D A

c1- IIG :

c 2- CPN bien suivie : Oui /_ / Non /_ /

c3- Dysménorrhée : Oui /_ / Non /_ /

c4- Dysurie : Oui /_ / Non /_ /

c5- Leucorrhée : Oui /_ / Non /_ /

c6- Prurit : Oui /_ / Non /_ /

c7- Dyspareunie : Oui /_ / Non /_ /

c8- Traitement suivi pendant la grossesse :

- Progestatifs /_ /

-Œstrogène /_ /

-Oestroprogestatif /_ /

-Aucun /_ /

-Autres....

Si autres préciser

c 9- Affections pendant la grossesse :

-Toxoplasmose /_ /

-Syphilis /_ /

-Cytomégalovirus /_ /

-Paludisme /_ /

-Aucun /_ /

-Autres....

Si autres préciser

9- Habitude alimentaire et facteurs de risques....

-Engrais organiques

-Pesticides

-Aucun

-autres

Si autres préciser

Q5- Catégorie d'hospitalisation /_ /

1- 1^{ère} catégorie

2- 2^{ème} catégorie

3- 3^{ème} catégorie

Q6- Mode de recrutement /_ /

1- Urgence 2- Ordinaire

Q7 Date d'entrée

Q8 Date de sortie....

Q9 Durée d'hospitalisation pré-op....

Q10 Durée d'hospitalisation post-op....

Q11 Accueil fait par :.... /_ /

1- Médecin 2- Interne 3-Infirmier 4- Autres

Si autres à préciser....

Q12- Etes-vous satisfait /_ / 1- Oui 2-Non

Q13- Avez-vous respecté le rang /_ / 1- Oui 2-Non

Q14-Etes-vous venus directement à l'hôpital /_ / 1- Oui 2-Non

Q15-Etes-vous informés sur la maladie de l'enfant /_ /

1- Oui 2-Non

Q16-L'Enfant est-il examiné à l'entrée /_ /

1- Oui 2-Non

Q17-Etes-vous informés sur l'hospitalisation à l'entrée /_ /

1- Oui 2-Non

Q18-Type de malformation /_ /

1- Agénésie 2- Atrophie 3-Dysplasie 4-Hypoplasie 5-Déformation

6- Atrésie 7-Ectopie 8-Autres

Si autres à préciser....

Q19 Examen complémentaires

I- Groupage Rhésus /_ / 1- Oui 2-Non

II- NFS /_ / 1- Oui 2-Non

III- Radiographie /_ / 1- Oui 2-Non

IV- Echographie /_ / 1- Oui 2-Non

V- Scanner /_ / 1- Oui 2-Non

Q20- Traitement /_ /

1- Médical 2-Chirurgical

Q21- Genre de produits prescrit /_ /

1- Spécialisation 2-DCI

Q22- Kit disponible /_ /

1- Oui 2-Non

Q23- Traitement est-il adapté à la maladie de l'enfant /_ /

1- Oui 2-Non

Q24- Produits ont été achetés /_ /

1- Oui 2-Non

Si non à préciser.....

Q25- les parents ont eu des explications

I- Sur la préparation des produits /_ / 1- Oui 2-Non

II- Sur le mode d'administration des produits /_ / 1- Oui 2-Non

Q26- Produits venus à temps /_ / 1- Oui 2-Non

Q27- Le personnel s'est-il présenté au malade /_ / 1- Oui 2-Non

Q28- Le malade a-t-il reçu un bulletin d'hospitalisation /_ / 1- Oui 2-Non

Q29- Les parents sont-ils informés sur les règles de séjour à

l'hospitalisation /_ / 1- Oui 2-Non

- Q 30- Les parents sont-ils informés de la maladie de l'enfant /_ /
1- Oui 2-Non
- Q31- Les parents sont-ils informés de l'heure de visite /_ /
1- Oui 2-Non
- Q32- Les parents sont ils les seul à être au courant de la maladie de l'enfant/_ / 1- Oui 2-Non
Si non à préciser....
- Q33- Y a -t-il eu un geste pratique chez l'enfant /_ / 1- Oui 2-Non
Si Oui à préciser....
- Q34- les parents sont-ils informés de ce geste /_ / 1- Oui 2-Non
- Q35- Malade opéré /_ / 1- Oui 2-Non
- Q36- Nombre d'intervention /_ /
1- 1 2- 2 3- 3 4- 4
- Q37- Qualification de l'opérateur
1- Professeur 2- Assistant chef clinique 3- Assistant 4- CES 5-Interne
6-Autres 7- Indéterminée
Si autres à préciser....
- Q38- Durée de l'intervention /_ /
1- 1h 2- 2h 3- 3h 4- 4h 5-Autres
Si autres à préciser....
- Q39- Intubation /_ / 1- Oui 2-Non
- Q40- Ventilation assistée /_ / 1- Oui 2-Non
- Q41- Sonde vésicale /_ / 1- Oui 2-Non
- Q42- Sonde nasale /_ / 1- Oui 2-Non
- Q43- Devenir /_ /
1-Guérison 2- Complication 3- Décès 4- Indéterminé 5- Autres
Si autres à préciser.....
- Q 44- Le personnel est-il présent 24H / 24H /_ / 1- Oui 2-Non
- Q45- les parents sont ils satisfaits de leurs séjours à l'hôpital /_ /
1- Oui 2-Non
Si Non à préciser.....

SERMENT D'HIPPOCRATE

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

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

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

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa 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 leurs pères.

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