

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une Foi

Ecole Nationale de Medecine et de Pharmacie du Mali

Année 1988

N° 42

Les Urgences Pédiatriques à l'Hôpital
Gabriel Touré Bamako

THESE

Présentée et Soutenue Publiquement le devant
l'Ecole Nationale de Medecine et de Pharmacie du Mali

Par : **Mohamed Zoumana COULIBALY**

Pour obtenir le grade de Docteur en Medecine
(Diplôme d'Etat)

Examineurs

Président : *Pr. Ali Nouhoum DIALLO*

Membres *Dr. Toumani SIDIBE*

Dr. Sidi Yéhia TOURE

Directeur de Thèse : *Pr. Mamadou Marouf KEITA*

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI
ANNEE UNIVERSITAIRE 1988-1989

Professeur Sambou SOUTARE Directeur général

Professeur Bocar SALL	Directeur Général Adjoint
Docteur Hubert BALIQUE	Conseiller Technique
Demba DOUCOURE	Secrétaire Général
Hama B. TRAORE	Economiste

D.E.R. DE CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

I. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Mamadou Lamine TRACRE	Chef de D.E.R. Chirurgie Générale - Médecine Légale
Professeur Aliou BA	Ophthalmologie
Professeur Bocar SALL	Orthopédie-Traumatologie Secourisme
Professeur Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Professeur Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Professeur Sambou SCUMARE	Chirurgie Générale
Professeur Abdoul Alassane TOURE	Orthopédie-Traumatologie

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Bénitiéni FOFANA	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Mme. SY Aïda SOW	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Kalilou OUATTARA	Urologie
Docteur Amadou Ingré DOLO	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Mamadou Lamine DICMBANA	Odonto-Stomatologie
Docteur Djibril SANGARE	Chirurgie Générale Soins Infirmiers
Docteur Salif DIAKITE	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Massaoulé SAMAKE	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Mme TRACRE Jeannette THOMAS	Ophthalmologie
Docteur Abdoulaye DIALLO	Ophthalmologie
Docteur Alhousséini Ag MOHAMED	O.R.L.
Docteur Cheick Mohamed Chérif CISSE	Chirurgie
Docteur Gérard TRUSCHEL	Chirurgie

.../...

3. ASSISTANTS ET C.E.S.

Docteur Abdou Kader TRAORE dit	DIOP	Chirurgie Générale
Docteur Daba SOGODOGU		Chirurgie Générale
Docteur Lassana KCITA		Chirurgie Générale
Docteur Sékou SIDIBE		Orthopédie-Traumatologie
Docteur Filifing SISSOKO		Chirurgie Générale
Docteur Sidi Mohamed CCULIBALY		Ophthalmologie
Docteur Mamadou A. CISSE		Urologie
Mme COUMARE Fanta COULIBALY		T.P. Soins Infirmiers

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Souleymane SANGARE	Chef de D.E.R.	Pneumo- Phtisiologie
Professeur Abdoulaye AG RHALY		Médecine Interne
Professeur Aly GUINDO		Gastro-Entérologie
Professeur Mamadou Kouréissi TOURE		Cardiologie
Professeur Mahamane MAIGA		Néphrologie
Professeur Ali Nouhoum DIALLO		Médecine Interne
Professeur Baba KOUMARE		Psychiatrie
Professeur Moussa TRAORE		Neurologie
Professeur Issa TRAORE		Radiologie
Professeur Mamadou Marouf KEITA		Pédiatrie

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Balla COULIBALY		Pédiatrie
Docteur Sidi Yéhia TOURE		Réanimation
Docteur Toumani SIDIBE		Pédiatrie
Docteur Eric PICHARD		Médecine Interne
Docteur Sanoussi NANAKASSE		Dermatologie-Léprologie
Docteur Boubacar DIALLO		Cardiologie
Docteur Dapa Ali DIALLO		Hématologie-Médecine Interne

3. ASSISTANTS ET C.E.S.

Docteur Moussa MAIGA		Gastrologie-Entérologie
Docteur Bah KEITA		Pneumo-Phtisiologie
Docteur Hamar Alassane TRAORE		Médecine Interne
Docteur Somita KEITA		Dermatologie-Léprologie
Docteur Mme. KCNARE Habibatou DIAWARA		Dermatologie Léprologie
Docteur Kader TRAORE		Médecine Interne

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Bréhima KCOMARE	Chef de D.E.R. Microbiologie
Professeur Siné BAYO	Anatomie Pathologie Histologie-Embryologie
Professeur Abdel Karim KCOMARE	Anatomie
Professeur Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique

2. DOCTEURS D'ETAT

Professeur Yéya Tiémoko TOURE	Biologie
Professeur Amadou DIALLO	Zoologie-Genétique

3. DOCTEURS 3ème CYCLE

Professeur Boubou DIARRA	Microbiologie
Professeur Moussa HARAMA	Chimie Organique-Minérale
Professeur Massa SANOGO	Chimie Analytique
Professeur Niamanto DIARRA	Mathématiques
Professeur N'Golo DIARRA	Botanique
Professeur Souleymane TRACRE	Physiologie Générale
Professeur Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Professeur Salikou SANOGO	Physique
Professeur Mme. THIAM Aïssata SOW	Biophysique
Professeur Daouda DIALLO	Chimie Minérale
Professeur Abdoulaye KCOMARE	Chimie Générale
Professeur Yéyimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Professeur Bakary M. CISSE	Biochimie
Professeur Godefroy COULIBALY	T.P. Parasitologie
Professeur Mamadou KCNE	Anatomie-Physiologie Humaine
Professeur Jacqueline CISSE	Biologie Animale
Professeur Bakary SACKO	Biochimie

4. ASSISTANTS-CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Ogobara DCUMBIA	Parasitologie
Docteur Yéya MAIGA	Immunologie
Docteur Abderhamane Sidéye MAIGA	Parasitologie

5. MAITRE-ASSISTANT

Docteur Hama CISSE	Chimie Générale
--------------------	-----------------

6. ASSISTANTS

Docteur Flabou BOUGOUDOGO	T.P. Microbiologie
Docteur Amadou TOURE	Histo-Embryologie
Docteur Abdoul K. TRAORE dit DIOP	T.P. Anatomie.

7. CHARGE DE COURS

Monsieur Modibo DIARRA

Diabétique-Nutrition

D.E.R. DE SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Boubacar CISSE, Chef de D.E.R. Toxicologie

2. MAITRES ASSISTANTS

Docteur Boulkassoum HAIDARA Législation et Gestion
Pharmaceutiques

Docteur Elimane MARIKO Pharmacodynamie

Docteur Alou KEITA Pharmacie Galénique

Docteur Arouna KEITA Matière Médicale

Docteur Souleymane GUINDO Gestion

3. DOCTEUR 3° CYCLE

Docteur Mme. CISSE Aminata GAKCU Pharmacie Galénique

4. ASSISTANT

Docteur Drissa DIALLO Matière Médicale

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Sidi Yaya SIMAGA, Chef de D.E.R. Santé Publique

Docteur Hubert BALIQUE Maître de Conférence Agrégé en
Santé Publique

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Sory Ibrahima KABA Epidémiologie

Docteur Sanoussi KONATE Santé Publique

Docteur Moussa MAIGA Santé Publique

Docteur Georges SOULA Santé Publique

Docteur Pascal FABRE Santé Publique

3. CHARGES DE COURS

Monsieur Cheick Tidiani TANDIA Hygiène du Milieu
(Ingénieur Sanitaire)

Mme. MAIGA Fatoumata SOKONA Hygiène du Milieu
(Ingénieur Sanitaire)

PROFESSEURS MISSIONNAIRES

Professeur Oumar SYALLY	Pharmacie Crimique
Professeur Humbert GIONO-BARBER	Pharmacodynamie
Docteur Guy BECHIS	Biochimie
Professeur François MIRANDA	Biochimie
Professeur Alain GERAULT	Biochimie
Docteur Marie Hélène ROCHAT	Pharmacie Galénique
Docteur Alain LAZURENS	Chimie
Docteur François RCUX	Biophysique
Monsieur El Hadj Makhtar WADE	Bibliographie
Professeur Pierre Jean REYNIER	Pharmacie Galénique
Professeur GENIAUX	C.E.S. Dermatologie
Professeur LAGOUTTE	C.E.S. Ophtalmologie
Professeur Philippe VERIN	C.E.S. Ophtalmologie
Professeur Mme. Paulette GIONO-BERBAR	Anatomie -Physiologie Humaines

J E D E D I E
C E T R A V A I L

À la Famille COULIBALY

Je vous remercie infiniment
que les âmes des regrettés reposent en paix

A la Famille OUATTARA

Je vous remercie infiniment
que les âmes des regrettés reposent en paix

A TRAORE Youssouf : que son âme repose en paix, à son
épouse OUATTARA SALIMATA et à leurs enfants: AISSATA,
CHEICK OUMAR, FANTA, DJELIKA

Vous m'avez traité comme votre propre enfant, et frère
Je m'en souviendrai toute la vie.

Vous n'avez jamais reculé devant mes problèmes, au con-
traire vous venez à moi

Sans pouvoir vous remercier, trouvez ici l'expression
de ma profonde reconnaissance.

A mes Amis (es)

Je regrette ne pas pouvoir vous citer de peur d'en oublier.
"L'AMOUR DONNE LA VIE"

A mes collègues du Service

DIARRA Fousseyni Mamadou

DIKITE Saran

Âme TRAORE Mariam SYLLA et son mari

Pour votre esprit de collaboration.

A tout le Personnel du Service de Pédiatrie

Pour la sympathie qu'ils m'ont réservée.

A. DIARRA ALOU

Pragmatique on se trompe rarement en ta compagnie, le
moins hypocrite, ceci te fait mériter que l'on se con-
fie à toi. "Fermeté et persévérance à ce que l'on consent"
tu dis, je suis comble de ta compagnie.

Ta fiancée 'YA COULIBALY', "la fidèle en toute circons-
tance"

Puisse Dieu accorder à votre couple sa miséricorde
Trouvez en ce travail l'expression de mon amitié.

.../...

AU DOCTEUR BELCÔ KODIO

L'aide si précieuse de votre part à la réalisation de ce travail m'impose admiration et respect pour vous.

A tout le corps enseignant de l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de Bamako

Respectueux hommage.

Enfin à tous ceux qui, de loin ou de près, ont contribué tant soit peu à l'aboutissement de mes études.

Pour votre esprit d'humanisme.

.... / ...

A notre Maître et Président du Jury
Monsieur le Professeur ALI NOUHOU DIALLO
Chef du Service de Médecine Interne de l'Hôpital
du Point G.

Vous nous faites un Grand honneur en acceptant de pré-
sider ce Jury.

La profondeur de vos connaissances, votre dévouement
total pour les malades font de vous un maître dans
l'art de soigner.

Votre enseignement si riche que vous nous avez dispensé,
avec grande pédagogie nous rendra beaucoup service.

Puisse ce travail être pour vous l'expression de notre
reconnaissance.

A notre Maître et Juge le DOCTEUR TOUMANI SIDIBE
Chef de Clinique de Pédiatrie à l'Hôpital Gabriel Touré
Nous sommes heureux de vous compter parmi nos Juges.

Votre pragmatisme, votre rigueur au travail et votre
attachement au bon encadrement des étudiants sont pour
nous un atout inestimable.

Recevez nos remerciements les plus sincères et soyez
assuré de notre reconnaissance.

A notre Maître et Juge le DOCTEUR SIDI YE'ha TOURE
Chef du Service d'Anesthésie-Réanimation de l'Hôpital
Gabriel TOURE

Malgré vos multiples occupations, vous n'avez pas hési-
té à venir juger notre travail

On ne saurait parler d'urgence sans recourir à votre com-
pétence dans le domaine de l'anesthésie et de la réani-
mation.

Votre présence parmi les examinateurs réhaussera la qua-
lité du Jugement de notre travail

Veillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance.

.../...

A notre Maître et Directeur de THESE

LE PROFESSEUR MAMADOU MAROUF KEITA

Chef du Service de Pédiatrie de l'Hôpital Gabriel TOURE

Nous vous remercions de la confiance que vous nous
avez faite en nous confiant ce travail

Vos connaissances et pratiques dont vous avez toujours
aimé enseigner en classe comme à l'Hôpital, votre
grand dévouement pour les malades, votre sens élevé de
la critique et de la discussion, votre esprit de tolé-
rance font de vous toute l'admiration que nous avons à
votre égard.

Votre soutien moral et matériel ne nous a jamais fait
défaut.

Trouvez en ce travail l'expression de notre reconnaissan-
ce et de notre respect.

...../.....

O M M A I R E

INTRODUCTION.....	I - 2
I - OBJECTIFS.....	3 - 3
II - CADRE D'ETUDE.....	3 - 7
III - MATERIELS ET METHODES.....	8 - 10
IV - RESULTATS	
IV.1. RESULTATS GLOBAUX.....	II - 24
IV.2. RESULTATS ANALYTIQUES.....	25 - 48
V - COMMENTAIRES.....	49 - 61
VI - CONCLUSION.....	62 - 63

ANNEXES

BIBLIOGRAPHIE.

-o-o-o-o-o-o-o-o-o-

-o-o-o-o-

-o-o-

INTRODUCTION

Les Urgences Pédiatriques constituent l'ensemble des états morbides menaçant la vie de l'enfant à plus ou moins brève échéance, nécessitant de ce fait des soins rapides.

La particularité des urgences en Pédiatrie tient à plusieurs faits propres à l'enfant :

- La perception de l'urgence se situe à 2 niveaux : d'abord celui des parents, ce qui motive la consultation ; ensuite celui du corps médical. L'appréciation du degré d'urgence peut être différente à ces 2 niveaux.

- Du fait de la fragilité de l'enfant, les limites entre les états morbides bénins et sévères sont moins nettes, surtout dans la tranche d'âge de moins de 30 mois où une affection d'allure banale peut rapidement se compliquer.

- Enfin le jeune nourrisson est presque totalement dépendant de sa mère.

Au Mali comme dans les autres pays en développement, les urgences pédiatriques se présentent comme des accès pathologiques aigus ou accidentels survenant sur un fond de malnutrition chronique.

La politique de santé du Mali, basée sur les soins de santé primaire accorde une place importante à la santé de la mère et de l'enfant surtout sous l'angle social et préventif, au détriment du système hospitalier. C'est dire les difficultés que peuvent rencontrer les services hospitaliers notamment les services de Pédiatrie, les derniers nés.

L'objectif d'un service de Garde dans une unité comme celle de la Pédiatrie de l'Hôpital Gabriel TOURE (H.G.T.) est double :

- L'application des soins, la surveillance et le traitement des complications éventuelles chez les patients déjà hospitalisés.

- La prise en charge des malades externes dont l'état exige des soins urgents.

Cependant l'expérience montre que l'activité du service de garde est presque exclusivement consacrée au deuxième objectif truffé des fausses urgences. Ceci découle du manque

.... de sélection des patients externes surchargeant l'équipe de garde, de l'insuffisance des structures sanitaires de premier recours, et du manque d'information des populations sur l'organisation structurelle des activités sanitaires.

Compte tenu du fait que le service de Pédiatrie de l'H.G.T. est le seul service de Pédiatrie de la ville de Bamako, et que de surcroît il est de référence nationale, il est difficile d'admettre qu'il n'y est pas de structure ni de moyens appropriés aux urgences Pédiatriques.

Jusqu'à ce jour aucune étude sur les urgences pédiatriques de façon générale, n'a été faite chez nous. C'est ainsi que nous nous proposons dans ce travail de les étudier sur les plans : des facteurs qui les déterminent, des difficultés de leur prise en charge, et de leur devenir.

Notre étude porte sur 413 cas d'urgences pédiatriques colliguées sur 942 consultants pendant les gardes de Novembre 1987 à Octobre 1988.

I - () OBJECTIFS

(U.P. = Urgences Pédiatriques)

Les objectifs de notre étude sont de plusieurs ordres :

- Faire une étude descriptive et analytique des facteurs liés aux U.P. et leur évolution en milieu hospitalier.
- Déterminer la morbidité et l'étiologie des U.P.
- Définir les difficultés de prise en charge des U.P.
- Enfin estimer l'importance des U.P. et celle de la place qu'occupe le service de garde dans ce domaine.

II - () ADRE D'ETUDE

II.-1. Environnement socio-économique :

Le District de Bamako, capitale de la République du Mali, a comme par le passé, gardé son image de carrefour commercial. Il s'y est développé un secteur tertiaire particulièrement important.

Les couches socio-économiques et l'^{urbanisation} ~~urbanisation~~ reflètent ~~celles~~ ^{elles} des grandes villes africaines, où seulement une minorité bénéficie de l'infrastructure urbaine, contrairement à une majorité à faible revenu habitant le plus souvent dans la couronne péri-urbaine, dans des conditions de vie et d'hygiène précaires.

Sur une superficie de 267 Km² la population de Bamako est passée de quelques centaines à la fin du siècle dernier à 646 163 habitants actuellement où les enfants de moins de 15 ans sont estimés à 290 773 soit 45 % [1]. Cette démographie galopante pose de sérieux problèmes d'urbanisation et de santé surtout dans la couronne péri-urbaine.

La distribution de la population infantile de Bamako selon l'âge est la suivante [1]7

< 1 an	: 35 000 (12 %)
1 à 4 ans	: 87 000 (30 %)
5 à 9 ans	: 96 000 (33 %)
10 à 14 ans	: 73 000 (25 %)
TOTAL	: 291 000 (100 %).

Selon ces résultats 122 000 soit 42 % des enfants sont de moins de 5 ans.

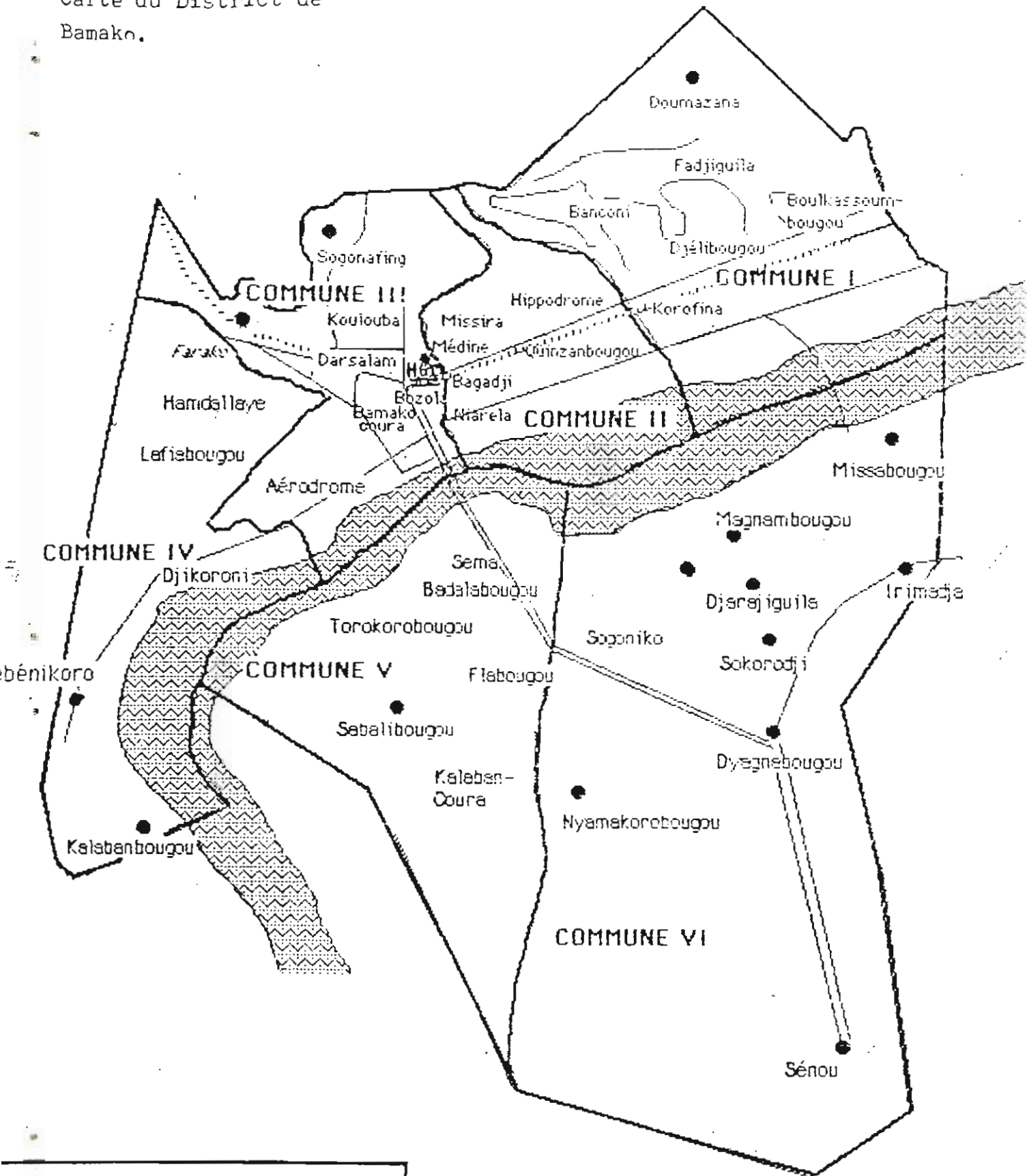
Administrativement le District de Bamako est divisé en 6 Communes ayant chacune un Statut de Cercle, disposant d'un Centre de Santé comprenant : un service de Protection Materno-Infantile et de Planification Familiale, une maternité, et un dispensaire.

La distribution de la population infantile de Bamako selon les Communes est la suivante [1]7 :

Commune 1	: 55 131 (18,9 %)
Commune 2	: 47 329 (16,3 %)
Commune 3	: 42 673 (14,7 %)
Commune 4	: 61 048 (21 %)
Commune 5	: 48 023 (16,5 %)
Commune 6	: 36 570 (12,6 %)
TOTAL	: 290 774 (100 %).

Il faut noter que (figure 1) les Communes 2 et 3 sont à égale distance de l'Hôpital GABRIEL TOURE qui est situé à leur frontière, ce rayon mesure 5 Km ; il en est de même pour les Communes 3 et 4 avec un rayon de 5 à 10 km. Les Communes 5 et 6 ont la particularité d'être isolées du centre-ville par le Fleuve Niger, avec un passage obligé par pont ; leurs limites extrêmes par rapport à l'H.G.T. se situent à 14-15 Km.

Figure 1 :
Carte du District de
Bamako.



DISTRICT DE BAMAKO

ECHELLE = 1/100.000.

II-2. L'Hôpital Gabriel Touré (H.G.T.)

L'H.G.T. est un hôpital national, qui à la différence du second : hôpital du Point G, est situé en pleine ville de Bamako, devenant ainsi par la force des circonstances une structure sanitaire de premier recours et même de soins ordinaires au détriment des objectifs qui ont présidé à sa création, à savoir : un hôpital de dernier recours situé au sommet de la pyramide sanitaire du Pays.

La caractéristique structurelle particulière de l'H.G.T. est qu'il est le seul à avoir un service de Pédiatrie, de chirurgie infantile, d'otorhinolaryngologie (O.R.L.), bien que les autres services y soient représentés.

II-3. Le Service de Pédiatrie

Le Service de Pédiatrie de l'H.G.T. est le seul d'hospitalisation médicale pédiatrique du District de Bamako, sans compter le service d'isolement infectieux de l'hôpital du Point G.

Le bâtiment est conçu en un étage où à chaque niveau existent 2 salles d'hospitalisation de 30 lits chacune, soit au total 120 lits pour tout le service. Il y existe également 2 salles d'accueil, 2 salles de soins et un laboratoire, ce dernier étant consacré en priorité aux malades hospitalisés.

Le service comprend 4 unités de structure et d'activité identiques. Les activités de consultation et d'hospitalisation sont confondues. Il n'existe pas de secteur d'urgence.

L'hospitalisation et les services sont gratuits, mais la consultation est payante (600 F CFA) et les frais de médicaments à la charge des parents en cas de manque, ce qui est la situation la plus fréquente.

Le personnel du service de pédiatrie est composé de :

.../...

- 10 Médecins *
- 10 Techniciens de Santé
- 3 Infirmiers du premier cycle
- 12 Aides soignants
- 7 Garçons de Salle

- Ajoutons que le service est une unité de formation recevant les stagiaires de l'Ecole Secondaire de la Santé et de l'Ecole de Médecine.

La garde est assurée par une équipe de rotation quotidienne composée d'un médecin, d'un technicien de santé, d'un aide soignant et d'un garçon de salle.

Les horaires de garde sont les suivants :

- Lundi, Mardi, Mercredi, Jeudi, Samedi : de 14 H 30 mn au lendemain 7 H 30 mn.

- Vendredi : de 12 H 30 mn au lendemain 7 H 30 mn.

- Dimanche et jours fériés : de 7 H 30 mn au lendemain 7 H 30 mn.

* Actuellement le service de pédiatrie de l'H.G.T. ne compte que 7 médecins dont 6 assujétis à la garde.

III - MATERIELS ET METHODES

Le choix de l'enquête pendant les gardes se justifie par :

- la possibilité de recueillir le maximum d'informations sur les patients dès leur entrée, puisque la majorité des urgences sont admises pendant les gardes.

- C'est pendant les gardes que l'on rencontre le plus de difficultés techniques face aux urgences.

Sujets étudiés et critères d'inclusion :

- Age : tout enfant âgé de 0 à 15 ans

- Période de recrutement : pendant les horaires de garde sus-cités.

- Origine géographique : sans discrimination.

Seuls sont retenus les enfants dont l'état clinique justifiait une hospitalisation pour des soins urgents.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude prospective. L'enquête s'est déroulée de Novembre 1987 à Octobre 1988 : durant 60 gardes, avec un rythme de 5 gardes par mois.

Le dossier des enfant ayant satisfait aux critères d'inclusion dans l'étude comportait :

. Un interrogatoire minutieux des parents portant sur

- l'identification de l'enfant et de ses parents, l'origine géographique.

- la situation socio-économique des parents : catégorie socio-professionnelle du père, niveau scolaire de mère, le type d'habitat, le régime matrimonial, le nombre d'enfants en charge.

- les antécédents familiaux et personnels

- l'histoire de la maladie, la notion de miasme et la chimioprophylaxie du paludisme.

. Un examen clinique orienté vers les grandes détresses vitales et au domicile en phase aiguë.

Ainsi quelques grands syndromes ont été individualisés :

- Les atteintes neurologiques à type de convulsion de coma et d'agitation.

- Les hyperthermies isolées, mal tolérées avec une température supérieure à 38°5 où ni l'interrogatoire, ni l'examen clinique ne pouvaient préciser l'origine.

- Les déshydratations sévères ou modérées mais comportant un risque d'aggravation surtout dans les diarrhées profuses avec ou sans vomissement.

- Les détresses respiratoires : définies par la présence d'au moins 3 des signes suivants : la dyspnée, la cyanose, le battement des ailes du nez, le balancement abdominal, le tirage et le geignement.

- Les infections sévères : ce sont des syndromes septicémiques ou toxiniques.

- Les malnutritions compliquées

- Les anémies sévères où l'on notait outre la pâleur cutanéomuqueuse, des signes fonctionnels importants.

- La pathologie accidentelle : sont réunis sous ce terme : la toxi-infection alimentaire qui bien qu'étant d'origine infectieuse est retenue ici à cause de son caractère accidentel et collectif.

Les ingestions de toxiques, les accidents thérapeutiques, les envenimations.

- Enfin sont retenus divers affections ou symptômes rares ou mal définis tels que les abdomens aigus.

Les examens complémentaires en urgence : pendant la garde tous les enfants pouvaient bénéficier seulement d'un groupe sanguin (système ABO, rhésus), d'une ponction lombaire pour examen macroscopique du liquide cephalorachidien ; la radiographie thoracique n'était pas toujours réalisable. Au besoin, en vue de la recherche étiologique, le bilan était complété au cours de l'hospitalisation.

Une fiche d'enquête était tenue pour chaque enfant où tous les renseignements utiles à l'étude sont portés (voir annexe).

L'exploitation des données a été faite sur ordinateur type IBM-XT au logiciel épidémiologique du Pr. B. DUFLO avec une précision de 5 %.

L'étude des facteurs avant admission porte sur les 413 cas justifiant une hospitalisation pour des soins urgents.

Les parents de 69 enfants ont refusé l'hospitalisation pour des raisons que nous verrons plus tard. Ce qui porte le nombre d'enfants initialement hospitalisés à 344 dont 14 ont séjourné dans le service d'isolement infectieux du Point G et 3 dans le service chirurgie infantile.

Parmi les 344 patients hospitalisés, l'évolution a été précisée dans 322 cas sur lesquels porteront l'étude de l'étiologie et de l'évolution.

IV - RESULTATS

Sur les 942 consultants durant les gardes, 413 soit 43,8 % étaient jugés d'une hospitalisation, pour des soins urgents.

L'étude de ces 413 cas nous a donné les résultats suivant :

IV-1. RESULTATS GLOBAUX

IV.1.1. La répartition selon l'âge et le sexe

IV.1.1.1. Age

Tableau I - Répartition selon l'âge

Age	Effectif	%
1 à 29 jours	42	10,2
1 à 12 mois	123	29,8
12 à 30 mois	110	26,6
31 mois à 5 ans	76	18,4
6 à 10 ans	47	11,4
11 à 15 ans	15	3,6
TOTAL	413	100

La tranche d'âge de 0 à 5 ans est la plus représentée avec 351 cas soit 85 %. Il ne ressort pas de ce tableau que parmi les 42 N. nés (1 à 29 jours), ceux âgés de moins de 8 jours prédominent (29 cas).

IV.1.1.2. Sexe

Le sexe masculin prédomine avec 232 garçons soit 56,2 % contre 181 filles soit 43,8 %. Le rapport de masculinité est de 1,28.

IV.1.2. Répartition selon les facteurs socio-économiques

IV.1.2.1. Les Catégories socio-professionnelles des Pères

Tableau 2 : Répartition selon les catégories socio-professionnelles des Pères

Catégories socio-professionnelles des Pères	Effectif	%
Cadres supérieurs	19	4,6
Cadres moyens	61	14,8
Cadres C	35	8,5
Grands Commerçants	71	17,2
Petits Commerçants	36	8,7
Ouvriers	126	30,5
Paysans	40	9,7
Autres *	25	6
TOTAL	413	100

* : les sans emploi et autres situations du genre. Chaque classe est composée d'un ensemble d'activités similaires.

On relève dans ce tableau que :

Les enfants des ouvriers sont les plus nombreux (126 cas soit 30,5 %), suivis de ceux des Grands Commerçants (71 cas soit 17,2 %) et des Cadres moyens (61 cas soit 14,8 %).

IV.1.2.2. Les niveaux scolaires des mères

Tableau 3 : Répartition selon les niveaux scolaires des mères

Niveaux scolaires des mères	Effectif	%
Analphabète	266	64,6
Primaire	54	13,1
Second Cycle	52	12,6
Secondaire	33	8
Universitaire	7	1,7
TOTAL	412	100

Il ressort de ce tableau que : les enfants des mères analphabètes prédominent nettement (266 cas soit 64,6 %), par contre les enfants des mères de niveau universitaire sont les moins représentés (7 cas soit 1,7 %).

IV.1.2.3. Les situations matrimoniales des Parents

La répartition selon les situations matrimoniales des parents par ordre décroissant est la suivante :

- . Monogamie : 278 (67,5 %)
- . Polygamie : 120 (29,1 %)
- . Célibataires
et autres : 14 (3,4 %)
- TOTAL : 412 (100 %).

IV.1.2.4. Le nombre d'enfants en charge

La répartition selon le nombre d'enfants en charge par ordre décroissant est la suivante :

- . 1 à 3 : 233 (57,5 %)
- . 4 à 6 : 134 (33,1 %)
- . 7 à 13 : 38 (9,4 %)
- TOTAL : 405 (100 %).

IV.1.2.5. Le mode de garde des enfants

La répartition selon le mode de garde des enfants montre que 388 enfants sur 413 soit 93,9 % sont sous la garde de leurs parents geniteurs.

IV.1.3. Répartition selon l'origine géographique (distance)

Tableau 4 : Répartition selon l'origine géographique (distance)

! Origine géographique !	! Effectif !	! % des totaux !
!-----!-----!-----!		
! <u>D/H * = 0 - 5 Km</u> !	!	!
! Commune 2 !	! 85 !	!
! Commune 3 !	! 71 !	!
!-----!-----!-----!		
! <u>Sous-total</u> !	! 156 !	! 37,8 !
!-----!-----!-----!		
! <u>D/H = 5 - 10 Km</u> !	!	!
! Commune 1 !	! 70 !	!
! Commune 4 !	! 81 !	!
!-----!-----!-----!		
! <u>Sous total</u> !	! 151 !	! 36,5 !
!-----!-----!-----!		
! <u>D/H = 10 - 15 Km</u> !	!	!
! Commune 5 !	! 57 !	!
! Commune 6 !	! 32 !	!
!-----!-----!-----!		
! <u>Sous total</u> !	! 89 !	! 21,6 !
! Hors de Bamako !	! 17 !	! 4,1 !
!-----!-----!-----!		
! TOTAUX !	! 413 !	! 100 !
!-----!-----!-----!		

D/H : La distance séparant le domicile du malade de l'Hôpital Gabriel TOURE.

Notons que 8 Nouveaux nés (N.nés) en provenance de l'H.G.T. sont comptés en Commune 3. Aussi les limites proximales des Communes 5 et 6 ont été fixées à 10 Km contrairement à la réalité à cause de leur accès difficile au centre-ville.

Selon la distance par rapport à l'Hôpital (Tableau 4), les enfants en provenance d'une D/H de 0 à 5 Km et de 5 à 10 Km sont plus représentés avec respectivement 156 cas soit 37,8 % et 151 cas soit 36,5 %.

Notons la quasi-inexistence des patients venus des régions (hors de Bamako) : 17 cas soit 4,1 %.

IV.1.4. Répartition saisonnière

Tableau 5 : Répartition mensuelle

Mois	Effectif	%
Janvier	28	6,8
Février	22	5,3
Mars	28	6,8
Avril	50	12,1
Mai	55	13,3
Juin	22	5,3
Juillet	35	8,5
Août	29	7
Septembre	40	9,7
Octobre	40	9,7
Novembre	31	7,5
Décembre	33	8
TOTAL	413	100

La répartition mensuelle (tableau 5) montre que : Les urgences pédiatriques sont plus fréquentes en Avril, Mai avec respectivement : 50 cas soit 12,1 % et 55 cas soit 13,3 %, par contre les plus faibles fréquences sont enregistrées pendant les mois de Février, Juin avec chacun 22 cas soit 5,3 %.

IV.1.4.2. Répartition selon les saisons

La répartition selon les saisons est la suivante :

- Saison sèche : Mars, Avril, Mai, Juin :

chaude : 155 cas : soit 37,5 %.

humide : Juillet, Août, Septembre, Octobre : 144 cas : soit 34,9 %.

.../...

- Saison froide : Novembre, Décembre, Janvier, Février : 114 cas : soit 27,6 %.
TOTAL : 413 cas soit 100 %.

Ainsi selon ces résultats les urgences pédiatriques sont moins fréquentes pendant la saison froide.

IV.1.5. Répartition selon les Caractéristiques cliniques

IV.1.5.I. Le délai de consultation *

Tableau 6 : Répartition selon le délai de consultation

Délai de Consultation	Effectif	%
1 jour	113	27,4
2 - 4 jours	181	29,1
5 - 7 jours	84	20,4
8 - 15 jours	30	7,3
> 15 jours	24	5,8
TOTAL	412	100

* Le délai de consultation est la durée d'évolution de la maladie avant la consultation d'urgence.

Il ressort de ce tableau que le délai de consultation est dans la grande majorité des cas de 1 à 7 jours (358 cas : soit 86,9 %).

IV.1.5.2. Les soins antérieurs

Tableau 7 : Répartition selon les soins antérieurs

Soins antérieurs	Effectif	%
Abstention	98	23,7
Traditionnel	52	12,6
Automédication	83	20,1
Prescription	84	20,3
Tradit * + Automédication	55	13,3
Tradit. + Prescription	41	9,9
TOTAL	413	100

* Traditionnel

Il s'agit ici des soins administrés à l'enfant avant la consultation d'urgence. Ainsi il ressort du tableau 7 que :

Les patients ayant reçu au moins un traitement prescrit sont au nombre de 125 : soit 30,2 %, par contre ceux qui ont reçu un traitement non prescrit (traditionnel et/ou automédication) sont au nombre de 190 : soit 46 %.

IV.1.5.2. Les états cliniques

Tableau 8 : Répartition selon les états cliniques

Etats cliniques	Effectif	%
Convulsions	108	26,2
Comas	15	3,6
Agitations	13	3,1
Hyperthermies isolées	22	5,3
Déshydratations	53	12,8
Détresses respiratoires	50	12,1
Anémies sévères	16	3,9
Malnutritions compliquées	18	4,4
Infections sévères	48	11,6
Pathologie accidentelle	50	12,1
Divers	14	3,4
TOTAL	413	100

Il ressort du tableau 8 que :

- Les états neurologiques (convulsion, coma, agitation) prédominent nettement avec 136 cas : soit 32,9 % dont 108 convulsions.

- Ensuite viennent au même rang après les états neurologiques, les détresses respiratoires (56 cas : soit 13,6 %), les déshydratations (53 cas : soit 12,8 %), la pathologie accidentelle (50 cas : soit 12,1 % dont 38 cas de toxi-infection alimentaire), les infections sévères (48 cas : soit 11,6 %).

Notons que parmi les "divers" nous comptons 4 cas de malformation congénitale grave .

. Les symptômes en urgence : il s'agit des manifestations pathologiques d'appareils différents bien que pouvant être liées le plus souvent à la même étiologie. Dans notre étude nous avons trouvé 200 cas sur 413 soit 48,4 % où le patient présentait au moins 2 manifestations morbides (132 cas de 2 manifestations morbides et 68 cas de plus de 2 manifestations morbides).

Les symptômes les plus fréquemment rencontrés sont :

. la fièvre : 106 cas : soit 31 % où la température était d'au moins 39 °C.

. les maladies diarrhériques (diarrhée avec ou sans vomissement) : 156 cas : soit 37,8 %.

Notons ici que la déshydratation comme symptôme se retrouve dans 96 cas : soit 23,2 %.

- . les symptômes respiratoires : 132 cas : soit 32 %.
- . les symptômes C.R.L. : 79 cas : soit 19,1 %.
- . les symptômes neurologiques : 136 cas : soit 32,9 % dont 108 convulsions.
- . l'anémie : 54 cas : soit 14,1 %.

La déshydratation et la fièvre ne sont pas comptées dans les associations morbides.

.../...

IV.1.6. Les Hospitalisations

IV.1.6.1. Les horaires d'arrivée à l'Hôpital

Tableau 9 : Répartition selon les horaires d'arrivée à l'Hôpital

Horaires d'arrivée	Effectif	%
14 H 30 mn à 19 H	173	41,9
19 H à 24 H	132	32
24 H à 7 H 30 mn	75	18,1
7 H 30 mn à 14 H 30 mn	33	8
TOTAL	413	100

Il ressort de ce tableau que la grande majorité de nos patients sont reçus entre 14 H 30 mn et 24 H (305 cas : soit 73,8 %).

IV.1.6.2. Le Refus d'hospitalisation

Les parents de 69 enfants parmi les 413 ont refusé l'hospitalisation, ce qui porte le nombre d'enfants initialement hospitalisés à 344.

IV.1.7. Evolution

IV.1.7.1. Evolution Générale

Tableau 10 : Répartition selon l'évolution des hospitalisés

Evolution	Effectif
Guérison	236
Décès	84
Non précisée	22
TOTAL	344

Il ressort du tableau IO que :

- l'évolution est précisée dans 322 cas dont 84 décès soit un taux de mortalité de 26,1 % (84/322).

Dans 22 cas l'évolution n'a pu être précisée, ils représentent les évactions et les sorties contre avis médical.

IV.1.7.2. Les horaires de décès

La répartition des décès selon les horaires de survenue est la suivante :

- . de 7 H 30 mn à 14 H 30 mn : 13 soit 15,5 %
 - . de 14 H 30 mn à 24 H : 38 soit 45,2 %
 - . de 24 H à 7 H 30 mn : 26 soit 31 %
 - . Non précisé : 7 soit 8,3 %.
- TOTAL : 84 (100 %)

Ces résultats montrent que les décès surviennent avec une prédominance très nette aux horaires de garde (64/84 : soit 76,2 %).

IV.1.7.3. La durée d'hospitalisation

Chez les 322 patients où l'évolution est précisée, la durée moyenne d'hospitalisation est de 4,7 \pm 4,9 jours avec un minimum de 1 jour et un maximum de 30 jours.

IV.1.8. Etiologies et causes de décès

L'analyse combinée de la clinique, des examens complémentaires, de l'évolution sous traitement au cours de l'hospitalisation nous a permis d'établir les étiologies des différents tableaux cliniques et les causes de décès.

IV.1.8.1. Chez les enfants âgés de plus de 29 jours (292 cas).

IV.8.1.1. Etiologies selon les états cliniques

- . Les Convulsions (85 cas)

Les différentes étiologies retrouvées sont :

- Paludisme : 44
- Méningites purulentes : 8
- Encephalite aigüe : 4
- Rougeole : 6
- Epilepsie : 2
- Etiologies imprécises : 3
- Convulsions hyperpyretiques non palustres : 18
- . Les Comas (14 cas)

Les différentes etiologies retrouvées sont :

- Paludisme : 4
- Encephalite aigüe : 2
- Rougeole : 2
- Déshydratation par diarrhée : 2
- Hépatite virale : 1
- Brûlure étendue : 1
- 2 cas d'anémie non étiquetée

. Les agitations (6 cas)

Les différentes etiologies retrouvées sont :

- Paludisme : 3
- Méningites purulentes : 2
- Otite moyenne aigüe : 1.

. Les hyperthermies isolées (7 cas)

- Fièvre typhoïde : 3
- Pneumonie : 2
- Paludisme : 1
- Rougeole : 1.

. Les infections sévères (27 Cas)

Les différentes etiologies retrouvées sont :

- Méningites purulentes : 7
- Paludisme : 3
- Pyodermites : 3
- Rougeole : 1
- Hépatite virale : 1
- Leucémie Lymphoblastique : 1
- 11 cas d'infection intestinale à germes non précisés.

. Les Déshydratations (38 cas)

Les différentes étiologies retrouvées sont :

- Les maladies diarrhéiques : 37, dont 23 cas isolés et 14 cas associés surtout aux infections ORL et/ou respiratoires.
- Une bronchopneumonie émetisante a été à l'origine d'un cas de déshydratation sévère.

. Les détresses respiratoires (36 cas)

Les différentes étiologies retrouvées sont :

- Asthme et bronchiolite : 11
- Bronchopneumonie : 18
- Atteinte pleuropulmonaire : 2
- Laryngite aiguë : 4
- Anémie : 1

. Les anémies sévères (12 cas)

Nous retenons les causes suivantes bien qu'un bilan hématologique important n'ait été fait :

- Malnutrition : 5
- Hémorragie : 1 (épistaxis)
- Paludisme : 1
- Leucémie lymphoblastique : 1
- Etiologie non précisée : 4

. Les malnutritions compliquées (17 cas)

Ici nous trouvons intriqués :

- l'anémie
- les bronchopneumopathies
- les maladies diarrhéiques
- les perturbations hydroélectrolytiques.

. La pathologie accidentelle (43 cas)

Les différentes situations accidentelles sont :

- la toxi-infection alimentaire : 35 cas
- les accidents thérapeutiques : 6 cas dont : 3 cas de surdosage (chloroquine, salicylé, Muran^R (cyproheptadine vitamines), 1 cas d'intolérance au matoclopramide (Primpéran^R), 2 cas d'intoxication probable au médicament traditionnel.

- Envenimation due au serpent : 1
- Ingestion de pétrole : 1
- . Les divers (7 cas)
- Invagination intestinale aiguë : 2
- Appendicite aiguë : 1
- Hydrocholecystite idiopathique : 1, admis pour épigastralgie .
- Paludisme : 1, admis pour trouble du comportement
- Diarrhée fébrile : 1, admis pour abdomen chirurgical
- Pneumonie : 1, admis pour abdomen chirurgical.

IV.1.8.2. Causes des décès (69 cas de décès)

- La pathologie infectieuse, parasitaire et virale : 24 décès dont : la rougeole (6), la méningite purulente (3), le paludisme (4), Hépatite virale (1), les infections diverses (8). Elles constituent 34,8 % des causes de décès à cet âge.
- La malnutrition compliquée et les anémies sévères : 20 décès (29 %)
- Les maladies diarrhéiques avec déshydratation : 16 décès (23,2 %).
- La détresse respiratoire : 7 décès (10,1 %).
- Causes diverses : intoxication (médicament traditionnel) : 1, brûlure étendue : 1; soit 2,9 %.

IV.1.8.2. Chez les N. nés (30 cas)

Etiologies des états cliniques et causes de décès

- Les convulsions (5)
 - . Souffrance cérébrale : 2
 - . Infection : 3 dont 1 cas de coqueluche qui est décédé.
- Coma infectieux (1) décédé
- Agitation (1) : Méningite purulente

- Hyperthermie (5) ; Infections à germes non précisés
- Détresses respiratoires (5) : décédés dans les 24 premières heures d'hospitalisation
 - . Infection respiratoire : 1
 - . Cardiopathie congénitale : 1
 - . Pneumothorax néonatal : 1
 - . Etiologie non précisée : 2.

- Anémie (1) : syndrome hémorragique : décédé
- Infections sévères (11) :
 - . Tétanos : 2 dont 1 décès
 - . Staphylococcie : 1

 - . Infection à germes non précisés : 8 dont 6 décès
- Divers (1) : polymalformation : décédé.

Nous constatons de ces résultats que : l'infection est responsable de 73,3 % (22/30) de la pathologie d'urgence du N. né, et de 60 % des décès (9/15).

La détresse respiratoire est la deuxième cause de mortalité chez les N. nés : 33,3 % (5/15).

IV.2. RESULTATS ANALYTIQUES

IV.2.1. Influence de la distance sur le recrutement des Urgences à Bamako.

Tableau 11 (R %)*

* Les pourcentages sont exprimés par rapport au total de la rangée.

	D/H			Bama- ko
	0-5 Km C2 + C3	5-10 Km C1 + C4	10-14 Km C5 + C6	
Pourcentages d'enfants justiciables d'une hospitalisation par origine (distance).	39,4 %	38,1 %	22,5 %	100 % (396)
Population infantile de 0 à 15 ans par ori- gine (distance) [1] /	31 %	39,9 %	29,1 %	100 % 290774

Nous constatons dans ce tableau que le recrutement des urgences baisse au fur et à mesure que l'on s'éloigne de l'hôpital surtout au-delà de 10 km.

IV.2.2. Répartition selon les états cliniques et par âge
Tableau I2 (C %)*. Répartition selon les états cliniques
et par tranche d'âge.

Etats cliniques	A G E				Total
	1 à 29 jours	1 à 30 mois	31 mois à 5 ans	6 à 15 ans	
Convulsions	6 (14,3%)	58 (24,9%)	27 (35,5%)	17 (27,4%)	108 (26,2%)
Comas	1	5 (2,1 %)	6 (7,9 %)	3	15 (3,6 %)
Agitations	2	6 (2,6 %)	2	3	13 (3,1 %)
Hyperthermies isolées	6 (14,3%)	9 (3,9 %)	3	4	22 (5,3 %)
Déshydratations	1	42 (18, %)	9 (11,8%)	1	53 (12,8%)
Détresses respi- ratoires	8 (19 %)	37 (15,9%)	10 (15,2%)	1	56 (13,5%)
Infections sévères	11 (26,2%)	19 (8,2 %)	6 (7,9 %)	12 (19,4%)	48 (11,6%)
Pathologies ac- cidentelles	1	24 (10,3%)	9 (11,8%)	16 (25,8%)	50 (12,1%)
Anémies sévères	2	10 (4,3 %)	1	3	16 (3,9 %)
Malnutritions compliquées	-	16 (6,9 %)	2	-	18 (4,4 %)
Divers	4	7 (3 %)	1	2	14 (3,4 %)
TOTAL	42	233	76	62	413

ddl = 50, Ch2 = 84,62, P = 0,000....

* Les pourcentages sont exprimés par rapport au total de la colonne.

En considérant les états cliniques les plus fréquemment rencontrés par tranche d'âge, il ressort du tableau 12 que : les convulsions se rencontrent à tous les âges, les infections sévères prédominent chez les N. nés, les déshydratations jusqu'à 5 ans, et quant à la pathologie accidentelle, elle reste l'apanage des enfants de plus de 5 ans.

IV.2.3. Répartition saisonnière des états cliniques

Tableau 13 (R %) : Répartition saisonnière des états cliniques

Etats cliniques	Saison sèche	Saison Chaude humide	Saison froide	Total
Convulsions	35 (30,6 %)	39 (36,1 %)	36 (33,3 %)	108
Comas	8 (58,3 %)	4	3	15
Agitations	-	5 (38,5 %)	8 (61,5 %)	13
Hyperthermies isolées	10 (48,4 %)	6 (27,3 %)	6 (27,3 %)	22
Déshydratations	25 (47,2 %)	15 (28,3 %)	13 (24,5 %)	53
Détresses respiratoires	21 (37,5 %)	18 (32,1 %)	17 (30,4 %)	56
Infections sévères	21 (43,7 %)	14 (29,2 %)	13 (27,1 %)	48
Patho. accidentelles	21 (42 %)	17 (34 %)	12 (24 %)	50
Anémies sévères	5 (31,2 %)	11 (68,8 %)	-	16
Malnutritions compliquées	6 (33,3 %)	11 (61,1 %)	1	18
Divers	5 (35,7 %)	4	5 (35,7 %)	14
TOTAL	155 (37,5 %)	144 (34,9 %)	114 (27,6 %)	413

ddl = 20 Ch2 = 36,46 P = 0,01

- Les déshydratations sont plus fréquentes pendant la saison chaude et sèche.

- Les anémies sévères et les malnutritions compliquées sont plus fréquentes pendant la saison chaude mais surtout humide.

...../.....

- Les agitations sont fréquentes pendant la saison chaude et humide mais elles le sont plus pendant la saison froide.

IV.2.4. Recherche des facteurs influençant le délai de consultation

IV.2.4.1. Origine géographique (Distance)

Tableau I4 (R %) : Influence de la distance sur le délai de consultation

Origine géographique (distance)	Délai de consultation			Total
	1 à 4 jours	5 à 7 jours	> 7 jours	
C2 + C3 (0-5 Km)	106 (68,4 %)	32 (20,6 %)	17 (11 %)	155
C1 + C4 (5-10 Km)	105 (69,6 %)	28 (18,5 %)	18 (11,9 %)	151
C3 + C6 (10-15 Km)	58 (65,2 %)	19 (21,3 %)	12 (13,5 %)	89
Hors de Bamako	5 (29,4 %)	5 (29,4 %)	7 (41,2 %)	17
TOTAL	274 (66,5 %)	84 (20,4 %)	54 (13,1 %)	412

ddl = 6 Ch2 = 16 , 27 P = 0,01.

L'influence de la distance sur le délai de consultation se situe au-delà de 15 Km (hors de Bamako) où l'on consulte plus en retard.

IV.2.4.2. Les états cliniques

Tableau I5 (R %) : Relation entre les états cliniques et le délai de consultation

Etats cliniques	Délai de consultation			Total
	1 à 4 jours	5 à 7 jours	> 7 jours	
Convulsions	78 (72,9 %)	22 (20,6 %)	7 (6,5 %)	107
Comas	7 (46,7 %)	8 (53,3 %)	-	15
Agitations et hyperthermies isolées	26 (74,3 %)	7 (20 %)	2	35
Déshydratations	29 (54,7 %)	9 (17 %)	15 (28,3 %)	53
Détresses respiratoires	38 (67,9 %)	14 (25 %)	4	56
Anémies sévères et malnutritions compliquées	13 (38,2 %)	6 (17,6 %)	15 (44,1 %)	34
Infections sévères	24 (50 %)	15 (31,2 %)	9 (18,8 %)	48
Patho. accidentelle	49 (98 %)	1	-	50
Divers	10 (71,4 %)	2	2	14
TOTAL	274 (66,5 %)	84 (20,4 %)	54 (13,1 %)	412

ddl = 16 Ch2 = 27,35 P > 0,05

Il ressort du tableau I5 que :

- La majorité des patients présentant une patho-accidentelle, une convulsion, une agitation ou hyperthermie isolée, consultent tôt (dans les 4 premiers jours d'évolution de la maladie).

- Par contre les enfants présentant une affection d'évolution sub-aigüe ou chronique, consultent tardivement pour leurs complications notamment la malnutrition, les anémies et les maladies diarrhéiques.

IV.4.3. Les catégories socio-professionnelles des Pères

Tableau I6 (R %) : Relation entre les catégories socio-professionnelles des pères et le délai de consultation

Catégories socio-professionnelles (Pères)	Délai de consultation			Total
	1 à 4 jours	5 à 7 jours	> 7 jours	
Cadres supérieurs	9 (47,4 %)	6 (31,6 %)	4	19
Cadres moyens	46 (75,4 %)	12 (19,7 %)	3	61
Grands Commerçants	56 (78,9 %)	11 (15,5 %)	4	71
Petits Commerçants	23 (65,7 %)	8 (22,9 %)	4	35
Cadres C	24 (68,6 %)	6 (17,1 %)	5 (14,3 %)	35
Ouvriers	82 (65,1 %)	23 (18,2 %)	21 (16,7 %)	126
Paysans	18 (45 %)	12 (30 %)	10 (25 %)	40
Autres	16 (64 %)	6 (24 %)	3	25
TOTAL	274 (66,5 %)	84 (20,4 %)	54 (13,1 %)	412

ddl = 14 Ch2 = 23,56 P = 0,05

Il ressort du tableau Ic que les pères à revenu faible consultent plus en retard (au-delà de 7 jours) que les autres.

IV.2.4.4. Les Niveaux scolaires des mères

Tableau I7 (R %) : Relation entre les niveaux scolaires des mères et le délai de consultation

Niveaux scolaires des mères	Délai de consultation			Total
	1 à 4 jours	5 à 7 jours	> 7 jours	
Analphabète et Primaire	210 (65,8 %)	64 (20,1 %)	45 (14,1 %)	319
Second Cycle	37 (71,1 %)	11 (21,2 %)	4	52
Secondaire et Universitaire	27 (67,5 %)	8 (20 %)	5 (12,5 %)	40
TOTAL	274 (66,7 %)	83 (20,2 %)	54 (13,1 %)	411

ddl = 4 Ch2 = 2,05 P > 0,05

Il ressort du tableau I7 que les niveaux scolaires des mères n'ont ^{Pas} d'influence significative sur le délai de consultation.

IV.2.4.5. Les soins antérieurs

Tableau I8 (R %) : Relation entre les soins antérieurs et le délai de consultation

Soins antérieurs	Délai de consultation			Total
	1 à 4 jours	5 à 7 jours	> 7 jours	
Abstention	92 (93,9 %)	5 (5,1 %)	1	98
Traditionnel	28 (53,8 %)	16 (30,8 %)	8 (15,4 %)	52
Automédication	74 (90,2 %)	6 (7,3 %)	2	82
Prescription	37 (44 %)	34 (40,5 %)	13 (15,5 %)	84
Traditionnel + Automédication	32 (58,2 %)	11 (20 %)	12 (21,8 %)	55
Traditionnel + Prescription	11 (26,8 %)	12 (29,3 %)	18 (43,9 %)	41
TOTAL	274 (66,5 %)	84 (20,4 %)	54 (13,1 %)	412

ddl = 10 Ch2 = 126,41 P > 0,05

- Les enfants n'ayant pas reçu de soins représentent 93,9 % et ceux qui recevaient seulement un traitement en automédication (90,2 %) consultent plus tôt (1 à 4 jours).

- Les enfants qui recevaient un traitement sur prescription associé à un traitement traditionnel (43,9 %) consultent plus tardivement (au-delà de 7 jours).

IV.2.5. Relation entre les soins antérieurs et : l'origine géographique (distance), les catégories socio-professionnelles des pères, les niveaux scolaires des mères

IV.2.5.1. Origine géographique (distance)

Tableau 19 (C %) : Relation entre l'origine géographique (distance) et les soins antérieurs.

Soins antérieurs	Origine géographique				Total
	0-5 km C2 + C3	5-10km C1 + C4	10-15km C5+C6	hors de Bamako	
Abstention	36 (23,1 %)	36 (23,8%)	25 (28,1%)	1	98 (23,7 %)
Traiditionnel	17 (10,9 %)	16 (10,6%)	17 (19,1%)	2	52 (12,6 %)
Automédication	40 (25,6 %)	27 (17,9%)	16 (18 %)	-	83 (20,1 %)
Prescription	29 (18,6 %)	38 (23,8%)	14 (15,7%)	5 (29,4%)	84 (20,3 %)
Traditionnel + Automédication	25 (16 %)	17 (11,3%)	10 (11,2%)	3	55 (13,3 %)
Traditionnel + Prescription	9 (5,8 %)	19 (12,6 %)	7 (7,9%)	6 (35,3%)	41 (9,9 %)
TOTAL	156	151	89	17	413

ddl = 15 Ch2 = 33,05 P = 0,004

Il ressort du tableau 19 que l'automédication est plus pratiquée à moins de 15 Km (Bamako) qu'au-delà (hors de Bamako), contrairement à l'association de soins sur prescription et traditionnels.

IV.2.5.2. Catégories socio-professionnelles des pères

Tableau 20 (C %) : Relation entre les catégories socio-professionnelles des pères et les soins antérieurs.

Soins antérieurs	Catégories socio-professionnelles des pères			Total
	T. intellectuels *	Commerçants **	Divers ***	
Abstention	18 (15,7 %)	37 (34,6 %)	43 (22,5 %)	98 (23,7 %)
Traditionnel	10 (8,7 %)	18 (16,8 %)	24 (12,6 %)	52 (12,6 %)
Automédication	41 (35,7 %)	20 (18,7 %)	22 (11,5 %)	83 (20,1 %)
Prescription	28 (24,3 %)	17 (15,9 %)	39 (20,4 %)	84 (20,3 %)
Traditionnel + Automédication	10 (8,7 %)	11 (10,3 %)	34 (17,8 %)	55 (13,3 %)
Traditionnel + Prescription	8 (6,9 %)	4	29 (15,2 %)	48 (9,9 %)
TOTAL	115	107	191	413

ddl = 10 Ch2 = 50,32 P = 0,000...

* Travailleurs intellectuels (cadres supérieurs, moyens et C)

** Grands et petits commerçants

*** Ouvriers, paysans et "autres".

Il ressort du tableau 20 que les travailleurs intellectuels pratiquent plus l'automédication chez leurs enfants ; les commerçants, l'abstention thérapeutique ; et les "divers", l'association de soins sur prescription et traditionnels.

IV.2.3. Les niveaux scolaires des mères

Tableau 2I (C %) : Relation entre les niveaux scolaires des mères et les soins antérieurs

Soins antérieurs	Niveaux scolaires des Mères			Total
	Alpha-bète et Primaire	Second Cycle	Secondaire et Universitaire	
Abstention	20 (25 %)	12 (23,1 %)	6 (15 %)	92 (23,8 %)
Traditionnel	45 (14,1 %)	5 (9,6 %)	2	52 (12,6 %)
Automédication	57 (17,8 %)	11 (21,2 %)	15 (37,5 %)	83 (20,1 %)
Prescription	62 (19,4 %)	10 (19,2 %)	12 (30 %)	84 (20,4 %)
Traditionnel + Automédication	41 (12,8 %)	10 (19,2 %)	3	54 (13,1 %)
Traditionnel + Prescription	35 (10,9 %)	4	2	41 (9,9 %)
TOTAL	320	52	40	412

ddl = 10 Ch2 = 17,15 P > 0,05

Il ressort du tableau 2I que l'automédication est plus pratiquée chez les enfants des mères lettrées (Secondaires et Supérieures).

.../...

IV.2.6. Relation entre les catégories socio-professionnelles des pères et l'origine géographique (distance)
(Tableau 22)

Tableau 22 (C %) :

Catégories socio-professionnelles des pères	Origines géographiques (D/H)				Total
	0-5 km C2 + C3	5-10 km C1 + C4	10-15 km C5 + C6	Hors de Bamako	
Cadres supérieurs	12 (7,7 %)	5 (3,3 %)	1	1	19 (4,6 %)
Cadres moyens	26 (16,7 %)	24 (15,9 %)	9 (10,1 %)	2	61 (14,8 %)
Grands commerçants	22 (14,1 %)	27 (17,9 %)	22 (24,7 %)	-	71 (17,2 %)
Petits commerçants	12 (7,7 %)	16 (10,6 %)	7 (7,9 %)	1	36 (8,7 %)
Cadre C	16 (10,2 %)	11 (7,3 %)	7 (7,9 %)	1	35 (8,5 %)
Ouvriers	47 (30,1 %)	52 (34,4 %)	25 (28,1 %)	2	126 (30,5 %)
Paysans	12 (7,7 %)	11 (7,3 %)	9 (10,1 %)	8 (47 %)	40 (9,7 %)
Autres	9 (5,8 %)	5 (3,3 %)	9 (10,1 %)	2	25 (6 %)
TOTAL	156	151	89	17	413

ddl = 21 Ch2 = 57,98 P = 0,000...

Il ressort du tableau 22 qu'il existe une relation statistique significative (P = 0,000...) entre les catégories socio-professionnelles des Pères et l'origine géographique (distance). Cependant, selon le revenu des pères, il n'existe pas de différence significative dans la répartition par origine entre les pères à revenu faible (petits commerçants, ouvriers, paysans, cadres C et "autres") et ceux à revenu élevé (cadres supérieurs, moyens et les grands commerçants) (P > 0,05

.../...

IV.2.7. Recherche de facteurs motivant le refus d'hospitalisation

IV.2.7.1. Les états cliniques

Tableau 23 (R %) : Etude de la réaction des parents à l'hospitalisation selon l'état clinique de l'enfant.

Etats cliniques	Hospitalisation		Total
	Oui	Refus	
Convulsions	93 (86,1 %)	15 (13,9 %)	108
Comas	15 (100 %)	-	15
Agitations et hyperthermies isolées	20 (57,1 %)	15 (42,9 %)	35
Déshydratations	42 (79,2 %)	11 (20,8 %)	53
Détresses respiratoires	44 (78,6 %)	12 (21,4 %)	56
Anémies sévères et malnutritions compliquées	31 (91,2 %)	3	34
Infections sévères	41 (85,4 %)	7 (14,6 %)	48
Patho-accidentelle	47 (94 %)	3	50
Divers	11 (78,6 %)	3	14
TOTAL	344 (83,3 %)	69 (16,7 %)	413

ddl = 8 Ch2 = 28,36 P = 0,0004

Il ressort du tableau 23 que les parents refusent plus l'hospitalisation dans les états d'agitation et d'hyperthermie isolée que dans les états de Coma et dans les situations accidentelles.

IV.2.7.2. L'origine géographique (distance)

Tableau 24 (R %) : Etude de la réaction des Parents à l'hospitalisation selon leur origine géographique (distance)

Origines géographiques	Hospitalisation		Total
	Oui	Refus	
C2 + C3 (0 - 5 Km)	120 (76,9 %)	36 (23,1 %)	156
C1 + C4 (5 - 10 Km)	132 (87,4 %)	19 (12,6 %)	151
C5 + C6 (10 -15 Km)	76 (85,4 %)	13 (14,6 %)	89
Hors de Bamako	16 (94,1 %)	1	17
TOTAL	344 (83,3 %)	69 (16,7 %)	413

$$ddl = 3 \quad Ch2 = 8,10 \quad P = 0,04$$

Il ressort du tableau 24 que l'hospitalisation est moins admise à moins de 5 km de l'hôpital qu'au-delà.

IV.2.7.3. Les catégories socio-professionnelles des Pères

Tableau 25 (R %) : Etude de la réaction des parents à l'hospitalisation selon les catégories socio-professionnelles des pères

Catégories socio-professionnelles des pères	Hospitalisation		Total
	Oui	Refus	
Cadres supérieurs	13 (68,4 %)	6 (31,6 %)	19
Cadres moyens	52 (85,2 %)	9 (14,8 %)	61
Cadres C	30 (85,7 %)	5 (14,3 %)	35
Grands commerçants	60 (84,5 %)	11 (15,5 %)	71
Petits commerçants	31 (86,1 %)	5 (13,9 %)	36
Ouvriers	102 (81, %)	24 (19 %)	126
Paysans	35 (87,5 %)	5 (12,5 %)	40
Autres	21 (84 %)	4 (16 %)	25
TOTAL	344 (83,3 %)	69 (16,7 %)	413

ddl = 7 Ch2 = 4,62 P > 0,05

Il ressort du tableau 25 que les catégories socio-professionnelles des pères n'influencent pas la réaction à l'hospitalisation.

IV.2.7.4. Les niveaux scolaires des mères

Tableau 26 (R %) : Etude de la réaction des Parents à l'hospitalisation selon les niveaux scolaires des mères

Niveaux scolaires des mères	Hospitalisation		Total
	Oui	Refus	
Analphabète	226 (85 %)	40 (15 %)	266
Primaire	45 (83,3 %)	9 (16,7 %)	54
Second Cycle	40 (76,9 %)	12 (23,1 %)	52
Secondaire et Universitaire	32 (80 %)	8 (20 %)	40
TOTAL	343 (83,3 %)	69 (16,7 %)	412

ddl = 3 Ch2 = 2,35 P 0,05

Il ressort du tableau 26 que les niveaux scolaires des mères n'influencent pas la réaction à l'hospitalisation.

IV.2.8. Recherche des facteurs influençant l'évolutionIV.2.8.1. Age et SexeTableau 27 (R %) : Evolution selon l'âge.

Age	Evolution		Total
	Guérison	Décès	
1 à 29 jours	15 (50 %)	15 (50 %)	30
1 à 12 mois	68 (72,3 %)	26 (27,7 %)	94
13 à 30 mois	62 (77,5 %)	18 (22,5 %)	80
31 mois à 5 ans	49 (72,1 %)	19 (27,9 %)	68
6 à 15 ans	44 (88 %)	6 (12 %)	50
TOTAL	238 (73,9 %)	84 (26,1 %)	322

$$ddl = 4 \quad Ch2 = 14,81 \quad P = 0,005$$

Tableau 28 (R %) : Evolution selon le sexe

Sexe	Evolution		Total
	Guérison	Décès	
Masculin	141 (76,6 %)	43 (23,4 %)	184
Féminin	97 (70,3 %)	41 (29,7 %)	138
TOTAL	238 (73,9 %)	84 (26,1 %)	322

$$ddl = 1 \quad Ch2 : 1,33 \quad P = 0,2$$

Le sexe n'a pas d'influence significative sur l'évolution (tableau 28) ($P > 0,05$).

Dans le tableau 27, l'évolution diffère de la façon significative selon les tranches d'âge ($P = 0,005$). Ainsi le taux de mortalité par âge le plus élevé se rencontre chez les N.nés (50 %), ensuite viennent les enfants de 1 mois à 5 ans (22,5 à 27,9 %), ce taux est plus bas au-delà de 5 ans (12 %).

IV.2.8.2. Facteurs socio-économiques

Tableau 29 (R %) : Evolution selon les catégories socio-professionnelles des pères

Catégories socio-professionnelles des Pères	Evolution		Total
	Guérison	Décès	
Cadres moyens et supérieurs	56 (91,8 %)	5 (8,2 %)	61
Grands commerçants	41 (69,5 %)	18 (30,5 %)	59
Petits commerçants	24 (80 %)	6 (20 %)	30
Cadres C	20 (69 %)	9 (31 %)	29
Ouvriers	55 (61,8 %)	34 (38,2 %)	89
Paysans	25 (71,4 %)	10 (28,6 %)	35
Autres	17 (89,5 %)	2	19
TOTAL	238 (73,9 %)	84 (26,1 %)	322

ddl = 6 Ch2 = 20,94 P = 0,001

Il ressort du tableau 29 que la mortalité est plus faible chez les enfants des cadres supérieurs et moyens que chez ceux des autres.

Tableau 30 (R %) : Evolution selon les niveaux scolaires des mères

Niveaux scolaires (mères)	Evolution		Total
	Guérison	Décès	
Analphabète et Primaire	180 (71,4 %)	72 (28,6 %)	252
Second Cycle	29 (74,4 %)	10 (25,6 %)	39
Secondaire et Universitaire	28 (93,3 %)	2	30
TOTAL	237 (73,6 %)	84 (26,4 %)	321

ddl = 2 Ch2 = 6,66 P = 0,03

Il ressort du tableau 30 que la mortalité est plus faible chez les enfants des mères de niveau scolaire secondaire et universitaire que chez ceux des autres mères de niveau inférieur.

.../...

IV.8.3. Origine Géographique

Tableau 3I (R %) : Evolution selon l'origine géographique
(distance).

Origine géographique	Evolution		Total
	Guérison	Décès	
C2 + C3 (0 - 5 Km)	86 (76,8 %)	26 (23,2 %)	112
C1 + C4 (5 - 10 Km)	88 (71,6 %)	35 (28,4 %)	123
C5 + C6 (10 - 15 Km)	57 (79,2 %)	15 (20,8 %)	72
Hors de Bamako	7 (46,7 %)	8 (53,3 %)	15
TOTAL	238 (73,9 %)	84 (26,1 %)	322

$ddl = 3 \quad Ch2 = 7,63 \quad P = 0,05$

Il ressort du tableau 3I, une mortalité très élevée chez les enfants ne résidant pas à Bamako.

.../...

IV.2.8.4. Les Saisons

Tableau 32 (R %) : Evolution selon les saisons

Saisons	Evolution		Total	
	Guérison	Décès		
Chaude	Sèche	82 (67,2 %)	40 (32,8 %)	122
	humide	85 (73,9 %)	30 (26,1 %)	115
Froide		71 (83,5 %)	14 (16,5 %)	85
TOTAL		238 (73,9 %)	84 (26,1 %)	322

ddl = 2 Ch2 = 6,91 P = 0,03

Il ressort du tableau 32 que la mortalité est plus élevée pendant la saison chaude, surtout sèche.

IV.2.8.5. Le délai de consultation

Tableau 33 (R %) : Evolution selon le délai de consultation

Délai de consultation	Evolution		Total	
	Guérison	Décès		
1 jour	73 (82 %)	16 (18 %)	89	
2 à 4 jours	99 (81,8 %)	22 (18,2 %)	121	
5 à 7 jours	45 (67,2 %)	22 (32,8 %)	67	
> 7 jours	20 (45,5 %)	24 (54,5 %)	44	
TOTAL		237 (73,6 %)	84 (26,4 %)	321

ddl = 3 Ch2 = 26,96 P = 0,000...

Il ressort du tableau 33 que plus le délai de consultation est relativement long, plus le risque de mortalité est élevé : 18 % de 1 à 4 jours ; 32,8 % de 5 à 7 jours, 54,5 % de plus de 7 jours.

.../...

IV.2.8.6. Les états cliniques

Tableau 34 (R %) : Evolution selon les états cliniques

Etats cliniques	Evolution		Total
	Guérison	Décès	
Convulsions	75 (83,3 %)	15 (16,7 %)	90
Comas	8 (53,3 %)	7 (46,7 %)	15
Agitations et hyperthermies isolées	19 (100 %)	-	19
Déshydratations	28 (73,7 %)	10 (26,3 %)	38
Détresses respiratoires	29 (70,7 %)	12 (29,3 %)	41
Infections sévères	23 (60,5 %)	15 (39,5 %)	38
Patho. accidentelle	42 (97,7 %)	1	43
Anémies sévères et malnutritions compliquées	9 (30 %)	21 (70 %)	30
Divers	5 (62,5 %)	3	8
TOTAL	238 (73,9 %)	84 (26,1 %)	322

ddl = 8 Ch2 : 61,02 P > 0,05

Il ressort du tableau 34 que la mortalité est très élevée dans les anémies sévères et les malnutritions compliquées (70 %), les comas (46,7 %), les infections sévères (39,5 %) ; par contre elle est très faible dans les états d'agitation et d'hyperthermie isolée (aucun cas), la pathologie accidentelle (1 cas).

IV.2.8.7. Les associations morbides

Tableau 35 (R %) : Evolution selon le nombre des manifestations morbides

Nombre de manifestations morbides	Evolution		Total
	Guérison	Décès	
I	128 (78,5 %)	35 (21,5 %)	163
2	79 (77,5 %)	23 (22,5 %)	102
> 2	31 (54,4 %)	26 (45,6 %)	57
TOTAL	238 (73,9 %)	84 (26,1 %)	322

ddl : 2 Ch2 = 13,76 P = 0,001

Il ressort du tableau 35 que la mortalité est plus élevée chez les enfants présentant plus de 2 manifestations morbides.

IV.2.8.8. La durée d'hospitalisation en fonction de l'évolution (Tableau 36)

Tableau 36 (C %)

Durée d'hospitalisation	Evolution		Total
	Guérison	Décès	
1 jour	57 (23,9 %)	62 (73,8 %)	119
2 - 4 jours	92 (38,7 %)	16 (19 %)	108
5 - 7 jours	33 (13,9 %)	1	34
8 - 15 jours	32 (13,4 %)	3	35
16 - 21 jours	12 (5 %)	2	14
22 - 30 jours	12 (5 %)	-	12
TOTAL	238	84	322

Il ressort de ce tableau que :

- Dans les cas d'évolution non mortelle, 37,5 % des cas ont séjourné pendant plus de 4 jours à l'hôpital.

- Les décès sont survenus dans 92,8 % des cas dans les 4 premiers jours d'hospitalisation, dont la majorité dans les premières 24 heures (73,8 % des décès).

V - () COMMENTAIRES

Les remarques que suscitent les résultats de notre étude sur les urgences pédiatriques sont les suivantes :

V.1. Les caractéristiques des urgences pédiatriques

V.1.1. Age et Sexe

- L'âge de nos patients se situe de la naissance à 15 ans. La prédominance de la tranche d'âge de 0 à 5 ans est très nette (85 %), avec un maximum de 1 à 30 mois (56,4 %).

Nos résultats rejoignent ceux de KUAKUVI et Coll. [13] qui trouvent une proportion de 85,33 % d'enfants âgés de 0 à 5 ans dans leur étude sur les urgences pédiatriques à Dakar.

A Bambari en République Centrafricaine, MBIYE KAMUMA et Coll. [14] trouvent 73,3 % d'enfants âgés de 0 à 5 ans dans leur étude sur les urgences pédiatriques. Cette proportion des enfants de 0 à 5 ans à Bambari est légèrement faible par rapport aux 2 précédentes.

La prédominance des enfants de 0 à 5 ans dans les situations d'urgences, s'explique surtout par leur fragilité, les prédisposant ainsi aux complications des pathologies infectieuses, parasitaires, virales et nutritionnelles.

- Le sexe masculin est légèrement prédominant, avec un rapport de masculinité de 1,28. Ceci n'est pas surprenant, compte tenu de la susceptibilité plus grande aux âges extrêmes du sexe masculin par rapport au sexe féminin face aux phénomènes morbides.

V.1.2. Les Facteurs socio-économiques

Il est connu que les facteurs socio-économiques ont une incidence importante sur la morbidité et la mortalité infantiles.

Dans notre étude les enfants des parents à niveau de vie bas prédominent nettement. Ainsi les enfants de père aux revenus faibles représentent 63,4 % de l'échantillon dont 30,5 % sont des ouvriers.

Les enfants de mère de bas niveau scolaire représentent 77,7 % (analphabètes : 64,6 %, niveau primaire : 13,1 %). Quant au nombre d'enfants en charge, il représente également un facteur péjoratif : 42,5 % des mères avaient plus de 3 enfants.

Nos résultats ici encore concordent avec les publications de Dakar [13] et de Bambari [14].

La particularité de notre étude, c'est que dans la couche sociale dite plus aisée représentée par les cadres supérieurs et les grands commerçants, il existe une différence ; ainsi les cadres supérieurs plus nombreux dans la ville de Bamako ne représentent que 4,6 % contre 17,2 % de grands commerçants. Ce phénomène serait lié à l'instruction, au niveau culturel et au mode de vie.

V.1.3. L'origine géographique

Dans 95,9 % des cas, les patients résident à Bamako ; les autres (4,1 %) sont originaires des régions. Ainsi le service de garde est presque exclusivement au service de la population infantile de Bamako. Une étude antérieure a montré que le taux des enfants résidant hors de Bamako est de 11 % [2]. L'accessibilité géographique a une incidence certaine sur les urgences.

Dans notre étude, la fréquence d'admission aux urgences connaît une baisse notable au-delà d'un rayon de 10 Km. Ceci se retrouve dans plusieurs études notamment celle de COLIN et Coll. [5] en milieu européen sur l'intoxication accidentelle chez l'enfant, et celle de Bambari [14]. Dans ces 2 études, l'accessibilité géographique maximale se situe dans un rayon de 10 Km.

La particularité de la ville de Bamako, c'est qu'en outre la distance, les communes 5 et 6 sont enclavées du fait de l'existence du fleuve qui les sépare du centre ville et d'un pont unique.

V1.4. Influence saisonnière

Les urgences pédiatriques sont plus fréquentes pendant la saison chaude. Ceci est surtout lié à la fréquence plus élevée pendant cette période:

- des maladies diarrhéiques avec comme principale complication, la déshydratation.

- de la rougeole

- des anémies et des malnutritions compliquées.

V.1.5. Les facteurs cliniques

V.1.5.1. Le délai de consultation

L'évolution d'une affection infantile est souvent imprévisible, et peut être influencée ou non par un traitement initial et surtout le délai de consultation.

A l'intérieur du district de Bamako, la distance par rapport à l'H.G.T. ne semble pas avoir d'influence directe sur le délai de consultation. Par contre les enfants résidant hors de Bamako consultent relativement plus en retard (41 % des cas, au-delà du 7ème jour).

Dans tous les cas, les retards de consultation d'urgences s'expliqueraient par : les difficultés d'accès à l'hôpital surtout au-delà de 10 Km, les tendances des parents à ne consulter que lorsqu'ils jugent la situation grave, et enfin par crainte justifiée de toutes les conséquences socio-économiques de l'hospitalisation.

Hormis ces facteurs nous insisterons sur l'accessibilité géographique qui fait que : les parents à revenus faibles vivent le plus souvent en périphérie consultent moins et plus en retard, par contre ceux à revenus élevés dans la même situation géographique ne connaissent pas de retard de consultation.

Enfin les niveaux scolaires des mères n'ont pas d'influence sur le délai de consultation et ceci relève probablement d'un facteur culturel où la femme prend rarement des décisions en famille.

V.1.5.2. Les situations d'urgences proprement dites

La symptomatologie en urgences pédiatriques est d'un polymorphisme remarquable : 48,4 % des patients présentaient au moins des signes d'atteinte de 2 appareils différents. L'association la plus fréquemment rencontrée est....

... l'atteinte respiratoire et digestive.

- Les principaux états cliniques ayant motivé l'hospitalisation sont :

. Les atteintes neurologiques (32,9 %) où prédominent les convulsions (20,2 % des urgences). Elles constituent la plus importante cause d'hospitalisation. La fréquence des convulsions dans notre étude est plus élevée que celle retrouvée dans la même période par DIAWARA [8] dans son étude sur les convulsions fébriles de l'enfant et du nourrisson (16,58 %). La différence réside dans la méthodologie.

. Les détresses respiratoires (13,6 %). Ce résultat est conforme à celui de TRACRE [18] qui, dans la même période trouve une incidence de 13,5 % de détresses respiratoires dans son étude sur les infections respiratoires en Pédiatrie. Nos résultats concordent ici aussi avec ceux de Dakar [13].

. Les déshydratations (12,8 %). De même OCULIBALY et Coll. [6] trouvent en Côte d'Ivoire une incidence de 11,7 % des maladies diarrhéiques comme cause d'hospitalisation chez les enfants de 0 à 5 ans.

. La pathologie accidentelle représente 12,1 %. Elle est dominée par les toxi-infections alimentaires qui représentent 9,2 % des urgences. Notons que la rareté des ingestions de toxiques (2,9 %) s'explique par leur caractère bénin comme le relève l'étude de DESRENTES et HUEER [7] sur les ingestions accidentelles de pétrole chez l'enfant, et celle de COLLIN et Coll. [5].

. Les états infectieux sévères représentent 11,6 %. Ils prédominent surtout dans la période néonatale.

La pathologie accidentelle constitue l'apanage des enfants âgés de plus de 5 ans ; contrairement à l'étude de COLLIN et Coll. [5] en milieu européen où l'âge cible des intoxications accidentelles se situe de 1 à 4 ans, elles concernent surtout les médicaments, alors que chez nous il s'agit plutôt des toxi-infections alimentaires.

Les autres états cliniques sont le plus souvent rencontrés chez les enfants de 0 à 5 ans. Par contre chez les N.nés, l'infection est la première cause d'hospitalisation 26,2 % suivie des détresses respiratoires 19 %.

V.2. Hospitalisation

Nos patients sont admis dans 73,9 % des cas entre 14 H 30 mn et 24 H (0 Heure). Nos résultats sont conformes à l'étude Dakaraise [13_7], et comme ces auteurs nous expliquons ce fait par l'accès plus facile au médecin avec un maximum d'attente, l'espoir de recevoir des premiers soins et aussi surtout la période de disponibilité maximale des parents.

Le refus d'hospitalisation constitue un fait moins rare. Ainsi sur les 413 patients proposés à l'hospitalisation, les parents de 69 ont refusé. Les arguments les plus souvent avancés pour justifier le refus étaient dans la grande majorité des cas : les difficultés du ménage en l'absence de la mère, ce qui est un problème réel. Cependant notre étude révèle que le refus d'hospitalisation est motivé par la proximité de l'hôpital, mais aussi et surtout par la non perception du degré d'urgence car c'est dans les états d'hyperthermie isolée et d'agitation que le refus est plus fréquent.

V.3. Etiologie

Du fait de la faiblesse du plateau technique, les diagnostics des urgences sont essentiellement cliniques. Ils ne sont ni précoces ni précis. Ainsi l'étude des étiologies a été faite sur les dossiers à la fin de l'hospitalisation.

V.3.1. Chez les enfants âgés de plus de plus de 29 jours

- Les maladies diarrhéiques et la déshydratation représentent 22,6 %. C'est la plus importante cause des urgences. Notre étude ne reflète pas totalement l'importance des maladies diarrhéiques dans le district de Bamako : TOURE D.F. [17_7] rapporte que l'enquête de l'Institut National de Recherche en Santé Publique (I.N.R.S.P.) de Septembre 1983 a montré que 24 % de 2 445 enfants entrant dans l'enquête avaient présenté une diarrhée dans les 15 jours précédents. Nous pensons que

.... ne sont reçus à la garde que les cas qui inquiètent les parents ou qui sont franchement compliqués.

Les maladies diarrhéiques constituent également la première cause des urgences à Dakar [13] avec 39 à 40 % des urgences ; à Cotonou au Bénin, HAZOUME et Coll. [9] trouvent également dans leur étude sur les urgences pédiatriques de 0 à 5 ans que la déshydratation est la première cause avec 29 % des cas.

La méthodologie et surtout la limitation de l'échantillonnage aux enfants de 0 à 5 ans dans l'étude de Cotonou expliqueraient la fréquence plus élevée des maladies diarrhéiques que dans la nôtre qui concerne les enfants de 0 à 15 ans.

- Le paludisme est la deuxième cause des urgences pédiatriques, il représente : 19,5 %. Il représente la première cause des convulsions : 51,2 % des cas. Nos résultats rejoignent ceux de DIAWARA [8] qui trouve comme première cause des convulsions fébriles : le paludisme (49,07 % des cas).

- Les affections respiratoires : elles représentent 16,8 % des causes d'urgences. Elles sont d'origine infectieuse dans la grande majorité des cas. TRACRE [18] trouve une incidence de 22,15 % des infections respiratoires comme cause de l'hospitalisation. Cette fréquence plus élevée que celle de nos résultats est liée à la méthodologie et au fait que lorsque l'infection respiratoire, bien qu'étant à l'origine de certains désordres surtout la diarrhée accompagnée de déshydratation, peut être reléguée au second plan de l'urgence.

- Les toxi-infections alimentaires : elles représentent 12 % des causes d'urgences mais 81,4 % de la pathologie accidentelle. Déjà en 1962 KEITA et TOURE [11] insistaient sur leur fréquence, car ils retrouvaient 13 cas sur 47 hospitalisations pour intoxication (soit 27,67 % des intoxications).

La différence entre nos deux résultats réside dans la méthodologie, leur étude étant rétrospective et ne concernait que les cas à dossiers complets.

- Les malnutritions compliquées : elles représentent 7,5 %. Elles relèvent de la réanimation car les complications sont graves et multiples surtout infectieuses, hématologiques, hydroélectrolytiques.

- Les affections hématologiques : elles sont sous-estimées du fait de l'absence de bilan hématologique détaillé et systématique. Nous trouvons : 2 cas de leucémies lymphoïdes et un cas d'hémorragie (épistaxis) mortelle d'étiologie non précisée.

- Les méningites purulentes : elles représentent 5,8 % des causes d'urgences. Elles peuvent se manifester par trois tableaux classiques : les convulsions dont elles constituent 9,4 % des causes, les syndromes infectieux sévères et les agitations.

Pour DIAWARA [8] les méningites purulentes constituent 15,74 % des causes de convulsions fébriles. Il trouve également l'hyperthermie non palustre comme cause de convulsion dans 28,70 % alors qu'elle l'est dans 21,2 % dans notre étude.

- Enfin nous avons retrouvé : 8 cas de pathologie accidentelle autres que les toxi-infections alimentaires, dominés par les intoxications médicamenteuses notamment par les produits de prescription courante en Pédiatrie, à savoir : la chloroquine (1), les salicylés (1), le métoclopramide (1), la ciprohéptadine (1). Elles posent un problème de prise en charge parce qu'elles sont vues le plus souvent tardivement et le service ne dispose pas de matériel pour le lavage d'estomac.

Ensuite nous avons enregistré 2 cas d'intoxication probable au médicament traditionnel, un cas de brûlure étendue, 1 cas d'ingestion de pétrole, 1 cas d'envenimation dû au serpent ; 4 cas de pathologie chirurgicale infantile.

V.3.2. Chez les N. nés.

L'infection est responsable de 73,3% des urgences chez les N.nés. Dans la période néonatale précoce l'anamnèse oriente vers le diagnostic d'infection materno-foetale. Ceci se retrouve dans plusieurs études notamment celle de HOUENCU et Coll. [10] sur l'infection materno-foetale. L'infection reste la première cause de la pathologie du N.né dans les pays en développement [16].

V.4. La prise en charge des malades

La prise en charge des malades connaît des difficultés majeures :

Les parents des enfants en détresse sont assez souvent frustrés dès l'accueil car une équipe de garde aussi réduite et surexploitée ne saurait convenablement satisfaire à toutes les sollicitations.

La recherche étiologique spécifique est assez difficile en l'absence de plateau technique fonctionnant correctement. Les soins antérieurs à l'admission généralement non identifiés, et les soins hospitaliers d'urgence précédant fréquemment les prélèvements, posent des problèmes d'interprétation des examens complémentaires.

A cause d'une mortalité élevée dans les premières 24 heures d'hospitalisation, il est assez fréquent que des patients meurent sans qu'aucune investigation n'ait été faite.

Sur le plan thérapeutique :

- Les moyens de réanimation, notamment respiratoires font défaut. Certains médicaments comme les macromolécules, les bicarbonates n'existent pas dans l'arsenal thérapeutique, le sang également passe sur la liste des moyens thérapeutiques rares, du moins en urgence.

- Les médicaments étant à la charge des parents, le délai de prise en charge du malade peut être souvent long à cause du manque de moyens financiers, de déplacement, d'une mauvaise organisation du système de garde des officines et de.

... pénurie fréquente de certains médicaments essentiels pendant la garde.

- L'application et la surveillance régulières des soins ainsi que le suivi des malades sont difficiles à cause de l'insuffisance en personnel.

Sur le plan technique : il manque une collaboration étroite entre le service de Pédiatrie et les spécialités qui lui sont liées, surtout le service de Gynéco-obstétrique qui nous adresse le plus souvent les N.nés sans aucun renseignement obstétrical. Il en est de même pour la chirurgie où la prise en charge des enfants relevant de cette spécialité pose des problèmes avec les chirurgiens généralistes.

Sur le plan structurel, à l'absence d'un service d'urgence, s'ajoute celle d'un secteur d'isolement infectieux car la plus part des patients que nous évacuons sur le service d'isolement infectieux de l'hôpital du Point G n'y arrivent pas, ce qui entrave une évaluation dans ce domaine si important en pédiatrie. C'est dire à la lumière de ces problèmes, l'importance des difficultés de prise en charge de nos patient

V.5. Evolution

V.5.1. La Mortalité

L'évolution des urgences connaît une mortalité assez élevée : 26,1 %. Cependant, elle est **supérieure** à la mortalité générale du service, estimée à 19,27 % (I27/659) [I8]. Ce phénomène s'explique aisément car il est bien connu que les services d'urgences ont une mortalité plus élevée par rapport au service commun, due à la gravité des cas hospitalisés. Ce qui expliquerait également la mortalité plus élevée à Dakar [I3] (32,8 %) que chez nous, car les urgences y sont admises dans une unité de soins intensifs. Nos résultats rejoignent ceux de Bambari [I4] qui enregistrent une mortalité de 24,88 %.

Les facteurs influençant l'évolution des urgences en dehors des facteurs de prise en charge sont :

- L'âge : la tranche d'âge de 0 à 5 ans est la plus touchée, car elle représente 92,6 % des décès contre 85 % des hospitalisations.

Chez les N.nés, la mortalité est très élevée 50 % dont 73,3 % en période néonatale précoce. Ces mêmes constatations se retrouvent dans toutes les études africaines notamment celle de Dakar [I3_7], et d'Abidjan ou KOUAME et Coll. [I2_7] trouvent surtout chez les petits poids de naissance et les prématurés une mortalité de 49 % dont 80 % survenaient en période néonatale précoce.

- Le niveau de vie des parents : les enfants des pères à revenu faible et des mères à niveau scolaire bas (en dessous du secondaire) connaissent une mortalité plus élevée. Ceci est retrouvé dans plusieurs études, notamment celle assez complète de MOSLEY [I5_7] dans sa critique de quelques programmes de santé africains et asiatiques. Il relève l'influence que peut avoir le niveau d'instruction des mères sur la mortalité infantile notamment au Kenya. Il note également qu'au-delà du niveau d'instruction des mères, le niveau économique est plus déterminant.

Nous avons également relevé une mortalité élevée chez les enfants des grands commerçants et ceci pourrait s'expliquer par le fait que ces derniers sont peu intégrés dans leurs foyers sachant que les épouses y prennent rarement des décisions.

- L'origine géographique : les enfants résidant hors de Bamako connaissent une mortalité très élevée (53,3 %), due essentiellement à leur retard de consultation.

- Notre étude a mis en évidence l'influence des saisons sur l'évolution des maladies des enfants admis en urgence ; c'est ainsi que la mortalité est plus élevée en saison chaude. La saisonnalité de la mortalité est un phénomène bien connu et on le retrouve dans l'étude de ANTOINE et HERRY [3_7] sur la mortalité infantile et juvénile à Abidjan. Ainsi ils retrouvent un maximum de décès au mois de Mars dans le C.H.U. de Treicheville. Ces auteurs relient ce phénomène aux caractères saisonniers de certaines affections.

- Nous relevons une mortalité très élevée dans les malnutritions compliquées et les anémies sévères (70 %), due à leur retard de consultation et à l'absence de moyens de réanimation.

- Se soldant par une mortalité de 45,6 %, l'association de plus de 2 manifestations morbides s'avère péjorative chez les enfants admis en urgence. Ceci est un phénomène connu dans les pays en développement où la mortalité infantile est surtout due à une accumulation de maladies [18].

- L'infection est responsable de 60 % des décès chez le N.né. Ceci ressort d'une étude d'Alger sur les problèmes posés par l'infection bactérienne en néonatalogie par ZOUACHE et Coll. [16] où 114/195 N.nés soit 58,46 % trouvaient la mort par infection.

La détresse respiratoire reste la deuxième cause de mortalité chez les N.nés (33,3 %).

- Chez les enfants âgés de plus de 29 jours : les causes de décès les plus fréquentes sont : la pathologie infectieuse, parasitaire et virale (34,3 %) ; les malnutritions compliquées et les anémies de toutes origines (29 %) ; les maladies diarrhéiques (23,2 %), les détresses respiratoires (10,1 %). A Dakar [13], les décès par diarrhée (39 %), et par détresses respiratoires (15 %) sont plus élevés que ceux de nos résultats. Ce phénomène s'expliquerait peut être par une prise en charge plus précoce de nos patients, mais surtout par le fait du recrutement car il s'agit pour Dakar d'un service de soins intensifs.

V.5.2. La durée d'hospitalisation

La durée d'hospitalisation est en moyenne courte : $4,7 \pm 4,9$ jours.

Selon l'évolution :

- Dans les cas favorables : 62,6 % ont une durée d'hospitalisation de 1 à 4 jours, il s'agit en général des situations accidentelles, de paludisme, de déshydratation surtout celle n'accompagnant pas d'autres situations graves, et enfin les crises d'asthmes. Dans 23,4 % des cas, l'hospitalisation a duré plus de 7 jours ; il s'agit le plus souvent des états de malnutrition compliquée, les anémies sévères, les infections graves, les méningites et les encéphalites.

- Dans les cas défavorables : 92,8 % des décès ont lieu entre 1 et 4 jours d'hospitalisation. Le maximum se situe dans les premières 24 heures d'hospitalisation : 73,8 %

....

... des décès, soit 19,2 % des 322 malades dont l'évolution est précisée ; il s'agit le plus souvent des situations de détresses profondes relevant d'une réanimation dont les moyens font défaut.

V.6. Importance de la Garde dans le Service de Pédiatrie de l'H.G.T.

a) Bilan des activités du Service de Pédiatrie du 1er Novembre 1987 au 31 Octobre 1988 [27]

Total des consultations : 20 548 (100 %)

- Consultations aux heures ouvrables : 15 306 (74,49 %)
- Consultations pendant les Gardes : 5 242 (25,51 %).
- Hospitalisation : 2 338

Taux d'hospitalisation : 11,4 % (2 338/20 548).

b) Estimation annuelle selon nos résultats

- Consultations : $5\ 730 \sim \frac{5\ 242 \text{ Consultations}}{60 \text{ jours de garde}} \times 365 \text{ jours}$
- Hospitalisations : $1\ 855 \sim \frac{305 * \text{hospitalisations}}{60 \text{ jours de garde}} \times 365 \text{ jours}$

* 322 moins les 17 évacués : en chirurgie (5), au service d'isolement infectieux du Point G (14).

- Proportion des hospitalisations de la garde sur le total du service

$$79,34 \% = 1\ 855 / 2\ 338.$$

Au vu de ces résultats (a et b), nous constatons que :

. L'effectif des consultations pendant la garde, dans l'estimation annuelle selon nos résultats : 5 730/an (b), n'est pas bien loin de celui du bilan annuel des activités du service : 5 242/an soit 25,51 % des consultations annuelles du service (a).

. L'activité d'hospitalisation du service de Pédiatrie de l'HGT est presque exclusivement du ressort du service de garde, qui réalise 80 % des hospitalisations. Cette forte proportion s'explique par : la fréquence élevée des urgences pédiatriques pendant les gardes, l'exercice du Service de Garde pendant environ 75 à 80 jours non ouvrables dans l'année. DIAMARA [87] et TRAORE [167], respectivement dans des études faites dans le même service et à la même période sur les....

..../....

... convulsions fébriles et les infections respiratoires, ont également constaté plus d'admission pendant les gardes que pendant les heures régulières de travail. Ceci est cependant particulier en la pédiatrie où le mode de recrutement le plus fréquent est l'urgence.

. En plus des patients externes, le service de garde assure la continuité de la prise en charge des patients déjà hospitalisés.

. Le service de garde assiste dans 76,2 % des cas aux événements décès.

Pour une équipe de garde si réduite par rapport au volume des activités suscitées, l'on comprend aisément que la prise en charge des patients reçus pendant les gardes soit difficile voire souvent mauvaise.

VI - CONCLUSION

Les Urgences sont assez fréquentes dans le Service de Pédiatrie de l'H.G.T. surtout pendant la garde qui réalise environ 80 % des hospitalisations du service. Elles connaissent une fréquence plus élevée pendant la saison chaude surtout aux mois d'Avril, Mai.

La tranche d'âge de 0 à 5 ans constitue l'âge cible des situations d'urgences : 85 %.

Nous notons une interrelation entre la gravité des situations d'urgences et les retards de consultation. Plusieurs éléments agissent comme cofacteurs dans la gravité des situations d'urgence, ce sont : le niveau de vie des populations, l'éloignement par rapport à l'hôpital, une couverture sanitaire insuffisante, et l'évolution souvent imprévisible des affections infantiles.

Les maladies diarrhéiques constituent la plus importante cause des situations d'urgences chez les enfants âgés de plus d'un ^{29 jours} mois : 22,6 % des cas, suivies du paludisme : 19,5 %, des affections respiratoires : 16,8 %, de la toxoinfection alimentaire : 12 % ; et chez les N. nés l'infection prédomine avec 73,3% des cas.

La gravité et les difficultés de prise en charge expliquent le taux de mortalité assez élevé dans les situations d'urgences : 26,1 %, surtout dans les premières 24 heures d'hospitalisation : 73,8 % des décès. La tranche d'âge de 0 à 5 ans est la plus touchée avec un taux de mortalité par âge de 22,5 % à 27,9 % de 1 mois à 5 ans, ce taux atteint 50 % chez les N. nés ; elle totalise 92,8 % des décès.

A la lumière de ces constatations, nous sentons l'urgence de la création d'une unité de soins intensifs au Service de Pédiatrie de l'H.G.T. Le taux de mortalité élevé justifiant une prise en charge adaptée aux situations d'urgences pédiatriques.

.../...

Il est connu que le service d'urgence comme on l'entend classiquement, n'est pas à la portée des pays en développement. Cette idée ressort de l'étude de BONDURAN [2] qui envisage l'unité de réanimation en tant qu'unité de chocage en milieu tropical ; unité qu'il envisage tant sur le plan structurel, de l'équipement, du personnel et de son fonctionnement.

Cependant les retards d'admission relèvent de l'éducation sanitaire qui doit soustendre toutes nos actions, en plus d'une couverture vaccinale suffisante./.-

ANNEXE

ENQUETE : URGENCES PEDIATRIQUES

1. RENSEIGNEMENTS GENERAUX

date..... heure..... N° Fiche.....
Enfant sous la garde de :

2. CATEGORIE SOCIO-ECONOMIQUE DU PERE

Cadre Supérieur	Grand Commerçant	Paysan
Cadre moyen	Petit Commerçant	Autre
Cadre C	Ouvrier	

3. NIVEAU SCOLAIRE DE LA MERE

Analphabète	Secondaire
Primaire	Supérieur
Fondamental	

4. SITUATION MATRIMONIALE DES PARENTS

Célibataire	Polygamie
Monogamie	Autres

5. HABITAT

Banco	Villa
Dure-tôle	Autres

6. IDENTITE ENFANT

Nom/Prénom.....
Sexe : Masculin
 Féminin
Age : Rang dans la Fratrie.....
Poids.....

7. CLINIQUE

date de debut.....
Motifs de consultation.....
Soins antérieurs : Aucun Automédication + Tradit.
 Traditionnel Prescription + Tradit.
 Automédication Autres
 Prescription
Chimio prophylaxie à la chloroquine : Oui Non
si oui préciser le rythme.....

Examen physique :

.....
.....
.....

Hypothèse diagnostique.....

Hospitalisation Oui, préciser la durée.....

Non Refus

Soins d'urgence : Oui non manque

8. TRAITEMENT

.....
.....
.....

9. EVOLUTION

Favorable : date de sortie..... Mode de sortie....

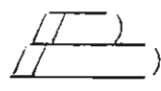
Décès : date..... Heure..... Cause.....

10. EXAMENS COMPLEMENTAIRES

.....
.....
.....

11. NOTES

.....
.....
.....

 BIBLIOGRAPHIE

1. Annuaire Statistique du District de Bamako Année 1987
2. Bilan d'activités du Service de Pédiatrie de l'Hôpital Gabriel TOURE, Bamako, 1988.
3. P. ANTOINE, C. HERRY
Mortalité infantile et Juvenile à Abidjan
Cah. C.R.S.T.O.M., ser.Sci, Hum,
vol. XX, n°2, 1984 : 141-155
4. BONDURAND A.
Réanimation : milieu tropical
Population et santé tropicale ; n° 27, Juin 1987.
5. A. COLIN, A. CHEVE. X. HOSTALRISCH, Y. CASTEL.
Intoxication accidentelle chez l'enfant bilan d'une
année d'un service d'urgence pédiatrique
Rev. de Péd. T. XXII Juin 1986, p. 281-289.
6. A. COULIBALY, J.L. Rey. C.E. DAVIS, N.B. SORO, A. DIARRA,
Y. HOUCOU, C. TROLET.
Morbidité et mortalité hospitalière dues aux maladies
diarrhéiques (Côte d'Ivoire)
Pub. Med. Afr. 1988, 21,91 (23-29).
7. M. DESRENTES, C. HUEER, M.C. HUBER-BRAUN
Les manifestations pulmonaires de l'ingestion accidentel-
le de pétrole chez l'enfant à propos de 30 cas au Gabon
Méd. d'Afr. Noire : 1987, 34 (8-9).
8. DIAWARA F.M.
Contribution à l'étude des convulsions fébriles de l'en-
fant et du nourrisson à l'Hôpital Gabriel TOURE de Bamako
à propos de 108 cas.
Thès. Méd. Bamako 1988.

.../...

9. F.A. HAZCUME, A. FOHLMANN, A. BABANOUSSA
Les Urgences Pédiatriques à Cotonou
Afr. Méd. 1977, 16, (148), 149-153.
10. Y. HOUENOU, Patrice BA, A. DO REGO, ANONGBA, M. TOURE
H. FAYE, P. AGBODIAN, M. DOSSO, P. ECHOUSSOU, J. KOUAME
et J. ASSI ADOU
Infection materno-foetale (I.M.F.) au C.H.U. de Cocody
Pub. Med. Afr., 1988, 21, 91 (9-16).
11. MM. KEITA, M. TOURE
Les intoxications chez l'enfant à propos de 47 cas
Mali médical, 1982, V, n° 1, 9-II.
12. K.J. KOUAME, D. KANGAH, Y. HOUENOU et Coll.
Elevage du Prématuré : Pronostic au cours du Premier mois
Med. Afr. Noire 1981 ; 28 (10) : 583-6.
13. N.K. KUAKUWI, S.L. MARTIN, H.D. SOW, M.G. SALL,
C. MUREIRA, H. SIGNATE-SY, M. BA, K.N.E. AGUDZE,
D.A. AGBERE, M. FALL.
Urgences médicales pédiatriques à l'Hôpital d'enfants
Albert ROYER - DAKAR : aspects épidémiologiques et
étiologiques.
14. MBIYE KANUMA, SEPCU Abdoulaye, M.R. SIOPATLIS,
M.Y. Mandata.
Les urgences pédiatriques à l'hôpital régional de
BAMBARI (République Centrafricaine) ; Aspects épidé-
miologiques et thérapeutiques.
Afr. Méd., 1988, 27, 261 (120-122).
15. W. H. MOSLEY
Les soins de Santé Primaire peuvent-ils réduire la
mortalité infantile ?
Bilan critique de quelques programmes africains et
asiatiques.
In : la lutte contre la mort. J. VALLIN et A. LOPEZ éd.
I.N.E.D., Pub. P.U.F. 1985 : 101-136.

.../...

16. Rencontre Franco-Africaine de Pédiatrie (réunion conjointe) des sociétés africaines et françaises de Pédiatrie, Paris le 10 Octobre 1987.
"L'infection bactérienne materno-foetale en Afrique"
Pub. Méd. Afr., 1988, 90 : 79-86.
17. TOURE DIALLO Fatoumata
Etude de l'utilisation de la réhydratation orale dans le Poste de référence du Centre d'application en santé familiale et nutritionnelle de Bamako
Thès. Méd. Bamako 1988.
18. TRACRE SYLLA Mariam
Les infections respiratoires en Pédiatrie : Problèmes diagnostique et thérapeutiques (à propos de 146 cas).
Thès. Méd. Bamako 1988.

----- SERMENT D'HYPPOCRATE -----

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes Chers Condisciples devant l'effigie d'Hyppocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

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

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ~~de~~ ne servira pas à corrompre les moeurs 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.

