RÉPUBLIQUE DU BENIN
***
UNIVERSITÉ D'ABOMEY-CALAVI
*****
FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SANTE
****
UNITÉ DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN MÉDECINE

ANNÉE : 2020 **N°** 2195

Itinéraire thérapeutique et devenir des enfants admis aux urgences de Pédiatrie du CNHU-HKM de Cotonou

THESE

Présentée et soutenue publiquement pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

Par :

Marielle Elfrid Houéfa BEHANZIN

Née le 31 juillet 1993 à Cotonou (République du Bénin)

Directeur de thèse :
MCA Honorat Francis LALYA
Co-Directrices de thèse :
MA Lutécia ZOHOUN GUIDIBI
MA Florence ALIHONOU

Président du jury :
Pr Michel Armand FIOGBE
Membres du jury :
MCA Honorat Francis LALYA
MCA Loconon Achille YEMOA

REPUBLIQUE DU BENIN

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

Université d'Abomey Calavi * LE DOYEN * Faculté des Sciences de la Santé

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

DOYEN : Professeur MEHINTO Delphin K.

VICE-DOYEN U.F.R Médecine : Professeur ZOUMENOU Eugène

VICE-DOYEN U.F.R Pharmacie : Maître de Conférences Agrégé YEMOA Loconon Y. Achille

VICE-DOYENNE/ECOLES : Professeur EZIN-HOUNGBE Josiane

Année : 2018-2019 (version octobre 2019)

PROFESSEURS TITULAIRES

1.	Dr HOUNGBE Fabien	Médecine Interne
2.	Dr EZIN-HOUNGBE Josiane	Psychiatrie Adulte
3.	Dr HOUINATO Dismand Stéphan	Neurologie
4.	Dr ADJIBABI Wassi	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
5.	Dr. KINDE GAZARD Dorothée Akoko	Parasitologie Mycologie
6.	Dr MEHINTO Delphin Kuassi	Chirurgie Viscérale
7.	Dr VIGNIKIN -YEHOUESSI Bernadette	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
8.	Dr GANGBO Flore	Histologie- Embryologie-Cytogénétique
9.	Dr HOUNNOU-TCHABI Sidonie	Ophtalmologie
10.	Dr. LALEYE Anatole O. A	Histologie, Embryologie, Cytogénétique
11.	Dr. AMOUSSOU-GUENOU Marcellin Kuassi	Biophysique, Médecine Nucléaire
12.	Dr FIOGBE Michel Armand	Chirurgie Pédiatrique
13.	Dr HOUENASSI D. Martin	Cardiologie
14.	Dr HANS-MOEVI Aristote	Orthopédie -Traumatologie
15.	Dr KPADONOU Toussaint G.	Médecine Physique – Réadaptation
16.	Dr SOUNOUVOU Ignace	Ophtalmologie
17.	Dr BIAOU Olivier	Imagerie Médicale
18.	Dr ODOULAMI-YEHOUESSI Lisette	Ophtalmologie
19.	Dr ZANNOU D. Marcel	Médecine Interne
20.	Dr ZOUMENOU Eugène	Anesthésie-Réanimation
21.	Dr DENAKPO Justin Lewis	Gynécologie Obstétrique
22.	Dr DOSSOU Francis Moïse	Chirurgie Générale

OCTOBRE 2019

Université d'Abomey-Calavi
LE DOYEN
Faculté des Sciences de la Santé

23. Dr ADEGBIDI Hugues Daniel Gbadébo	DermatologieVénérologie
24. Dr AFFOLABI Dissou	Bactériologie-Virologie
25. Dr ALAO Modjere Ola Maroufou Jules	Pédiatrie et Génétique Médicale
26. Dr ATADOKPEDE Agbomènou Félix	Dermatologie- Vénérologie
27. Dr AWEDE Bonaventure Lucien Sévérin	Physiologie
28. Dr FIOSSI-KPADONOU Emilie	Pédopsychiatrie
29. Dr HOUNNOU d'ALMEIDA Marcelline Edith Solange	Pédiatrie et Génétique Médicale
30. Dr MADOUGOU Soumaïla	Orthopédie et Traumatologie
31. Dr TONATO Josiane Angéline Adjoua	Gynécologie-Obstétrique
32. Dr ADJIEN Kodjo Constant	Neurologie
33. Dr OGOUYEMI-HOUNTO Aurore Bertille	Parasitologie
34. Dr SAGBO Gratien	Pédiatrie
35. Dr SEHONOU Jean	Hépato-Gastro-Entérologie

OCTOBRE 2019

Université d'Abomey Calavi • Faculté des Sciences de la Santé • LE DOYEN

MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

1.	Dr RAHIMY Mohamed Chérif Deen	Pédiatrie et Génétique Médicale
2.	Dr ASSOUTO A. Pamphile.	Anesthésie –Réanimation
3.	Dr AVAKOUDJO François	ORL-ChirurgieCervicoFaciale

MBK

4.	Dr GANSOU Grégoire Magloire	Psychiatrie
5.	Dr GBENOU Antoine Séraphin	Chirurgie Pédiatrique
6.	Dr HOUNKPE Pierre Claver	Anesthésie-Réanimation
7.	Dr AGODOKPESSI Gildas	Pneumo-Phtisiologie
8.	Dr ALAMOU Soulé	Ophtalmologie
9.	Dr AVAKOUDJO Josué D. Georges	Urologie-Andrologie
10.	Dr AYELO Ahounmènou Paul	Médecine du Travail
11.	Dr GNONLONFOUN Dieu donné	Neurologie
12.	Dr HOUNKPATIN Benjamin Ignace Bodounrin.....	Gynécologie Obstétrique
13.	Dr LAWSON AFOUDA Sonia.....	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
14.	Dr TSHABU AGUEMON Christiane	Gynécologie Obstétrique
15.	Dr YEKPE AHOUANSOU Patricia Frida.....	Imagerie Médicale
16.	Dr ZOMALHETO Zavier Cossi	Rhumatologie
17.	Dr AGUEMON Badirou Din.....	Santé Publique
18.	Dr ALAGNIDE Hountondji Etienne	Médecine Physique et de Réadaptation
19.	Dr AZON KOUANOU Angèle	Médecine Interne
20.	Dr GBESSI Dansou Gaspard	Chirurgie Générale
21.	Dr HINSON Vikkey Antoine	Médecine du Travail
22.	Dr LALYA Francis Honorat.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
23.	Dr SISSINTO SAVI DE TOVE Yolande	Parasitologie –Mycologie
24.	Dr VIGAN Jacques	Néphrologie
25.	Dr YEMOA Loconon Y Achille.	Chimie Analytique et Bromatologie

MAÎTRE DE CONFERENCES

1.	Dr ALLABI Aurel Constant Eustache.....	Pharmacologie Clinique

MdK

OCTOBRE 2019

Université d'Abomey-Calavi
LE DOYEN
Faculté des Sciences de la Santé

MAITRES ASSISTANTS

1.	Dr BIO-TCHANE Imrane.....	Chirurgie Maxillo-Faciale
2.	Dr KEREKOU Célestine Annelie.	Endocrinologie
3.	Dr GANDAHO Hugues Jean-Thierry.....	Neurochirurgie
4.	Dr BAGNAN TOSSA Léhila.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
5.	Dr AGBOTON Bruno Léopold	Néphrologie
6.	Dr GANFON Habib M.Yoel.	Pharmacognosie (Matière médicale)
7.	Dr AGBODANDE Kouessi Anthelme	Médecine Interne
8.	Dr ALIHONOU Florence	Pédiatrie et Génétique Médicale
9.	Dr ALIHONOU Thierry	Neurochirurgie
10.	Dr VODOUHE Ulrich B.	ORL-ChirurgieCervicoFaciale
11.	Dr WANVOEGBE Armand.....	Médecine Interne
12.	Dr ABOUKI Chakiratou Olaïdé Adoukè.....	Ophtalmologie
13.	Dr AKPADJAN Gbèmawonmèdé Fabrice.....	Dermatologie-Vénérologie
14.	Dr CHIGBLO Ségla Pascal Eric.....	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
15.	Dr DEGBOE Kaï Bérénice Esthelle.....	Dermatologie-Vénérologie
16.	Dr DJOSSOU Médéssè David (Demande de mise à disponibilité)	Odontologie Pédiatrique
17.	Dr HODONOU Détondji Fred Jean-Martin.....	Urologie-Andrologie
18.	Dr LAWANI Ismail.....	Chirurgie Viscérale
19.	Dr OGOUDJOBI Ogourindé Mathieu.....	Gynécologie-Obstétrique
20.	Dr ZOHOUN GUIDIBI Lutécia Myria Ayaba.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
21.	Dr ABOUBACAR Moufalilou	Gynécologie-Obstétrique
22.	Dr ADJADOHOUN Sonia Bignon Mahussi Gwladys	Radiologie
23.	Dr ADJAGBA D. Philippe M.....	Cardiologie

Université d'Abomey-Calavi * Faculté des Sciences de la Santé * LE DOYEN

SPECIMEN

24.	Dr AMOSSOU L. François.....	Traumatologie-Orthopédie
25.	Dr ATTOLOU Sètondji.....	Chirurgie Générale
26.	Dr AZONBAKIN Azandégbé Simon.....	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
27.	Dr GNANGNON Freddy Houehanou Rodrigue.....	Cancérologie Chirurgicale
28.	Dr GNINKOUN Comlan Jules.....	Endocrinologie Métabolisme et Nutrition
29.	Dr IMOROU Yacoubou.....	Chirurgie Générale
30.	Dr KPOSSOU Aboudou Raïmi.....	Gastroentérologie et Hépathologie
31.	Dr LOKOSSOU M. Symphorose.....	Gynécologie-Obstétrique
32.	Dr PADONOU Abiodoun Djossè.....	Traumatologie-Orthopédie
33.	Dr PADONOU Sètondji Géraud Roméo.....	Santé Publique
34.	Dr SEIDOU Falilatou.....	Anatomie Pathologique
35.	Dr SONOU Djidjoho Joël A.....	Cardiologie
36.	Dr TOGNIFODE M. Véronique.....	Gynécologie-Obstétrique
37.	Dr TOKOUDAGBA Kossi Jean-Marie Denis.....	Chimie Organique
38.	Dr WACHINOU Ablo Prudence.....	Pneumo-Phtisiologie
39.	Dr YEVI Dodji Magloire Inès.....	Urologie Andrologie
40.	Dr BADOU Agnès Sylvie.....	Ethnologie

OCTOBRE 2019

Université d'Abomey-Calavi
LE DOYEN
Faculté des Sciences de la Santé

ASSISTANTS

1.	Dr VIGNON Cyprien K. (Procédure d'appel en cours pour service abandonné)	Chirurgie Générale
2.	Dr LANKPEKO-AFFOLABI Clémence M.	Pédiatrie et Génétique Médicale
3.	Dr HOUNKPONOU Eliane K. Murielle	Cardiologie
4.	Dr YAKOUBOU YOBO Annatou	Pédiatrie et Génétique Médicale
5.	Dr BIGOT Cédric Egnonwa Parfait	Médecine Légale
6.	Dr SOSSA Jean	Urologie

7. Dr VIGNON Koffi Rodolphe	Hépato-Gastroentérologie
8. Dr ZOHOUN Comlan Gildas Alban	Hématologie
9. Dr BANCOLE POGNON Sylvie Arlette Ayaba	Chirurgie Buccale
10. Dr AKODJENOU Joseph	Anesthésie Réanimation
11. Dr AMONLES Yves D.	Psychiatrie
12. Dr BOGNON Gilles M.	Pédiatrie
13. Dr LAWSON Roland F (Situation non connue)	Pharmacologie
14. Dr MIKPONHOUE Rose C.	Médecine du Travail
15. Dr PADONOU Caroline	Pédiatrie
16. Dr ANAGONOU Lary Lucrèce	Pédopsychiatrie
17. Dr KLIKPO Elvyre	Psychiatrie Adulte
18. Dr ADJOBIMEY Mênonli	Santé au Travail
19. Dr AHOUNOU Ernest Stéphane	Anesthésie-Réanimation
20. Dr HOUESSOU ENIANLOKO Nicole Zinhoué épse TCHIAKPE	Pédiatrie
21. Dr DANGBEMEY Djima Patrice	Gynécologie-Obstétrique
22.Dr HOUNDETOUNGAN David Gilles	Biophysique
23.Dr MIZEHOUN GbèdéconCarmelle	Nutrition et Diététique
24. Dr LALEYE Christel Marie Fortunat Olatumbossum B.I.	Anatomie
25.Dr AÏGBE Nestor	Ophtalmologie
26. Dr AZA-GNANDJI Guy-Gérard	Psychiatrie
27.Dr DADJO Kinski Aumar	Traumatologie Orthopédie
28.Dr Alexis Do SANTOS ZOUNON	OTO-Rhino Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale
29. Dr GOUKODADJA Oswald	Traumatologie Orthopédie
30. Dr ASSANHOU Assogba Gabin	Pharmacie Galénique
31. Dr BAGLO Dédé Priscillia Tatiana	Hémétologie biologie

Université d'Abomey-Calavi * Faculté des Sciences de la Santé * LE DOYEN

MJK

SPECIMEN

EMERITES

1- Dr BASSABI Souleymane.....

2- Dr AHYI Réné A. Galbert.....

3- Dr PADONOU Nazaire.....

4- Dr HOUNKPE Célestin.....

5- Dr Do ANGO-PADONOU Florencia.....

6- Dr GNINAFON Martin.....

7- Dr ALIHONOU Eusèbe Magloire.....

OCTOBRE 2019

COLLABORATEURS

Université d'Abomey-Calavi * Faculté des Sciences de la Santé * LE DOYEN

A- COLLABORATEURS EXTERIEURS

1- Dr LECLERCQ Joëlle.....	Professeur en Pharmacognosie à la Faculté de Médecine de l'Université Catholique de Louvain
2 - Dr CREPPY Edmond.....	Professeur de Toxicologie- Université de Bordeaux 2
3 - Dr ATINDEHOU Eugène.....	Professeur de Chimie Analytique à l'Université d'Abidjan (RCI)
4 - Dr GRISLAIN Luc.....	Professeur de Galénique à l'Université Bordeaux 2

5 - Dr POUPAERT Jacques.....	Professeur de Chimie Pharmaceutique à l'UCL (Belgique)
6 - Dr EVRARD Brigitte.....	Professeur de Galénique à l'Université de Liège
7-Dr ROBERT Jean-Michel	Professeur de Chimie Thérapeutique/UFR Pharmacie Université de Nantes
8- Dr ZIME DIAWARA H. Hermine	Maître-Assistant en Sciences Pharmaceutiques : Option Pharmacie Galénique (Burkina-Faso)

B- COLLABORATEURS NATIONAUX

1 - Dr MAKOUTODE Michel	Professeur Titulaire en Santé Publique à l'Institut Régional de Santé Publique (Retraité)
2 - Dr LOKO Frédéric Simplice	Professeur Titulaire de Biochimie à l'Ecole Polytechnique de l'UAC (Retraité)
3–Dr AHISSOU Hyacinthe.....	Professeur Titulaire de Biochimie à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC (Retraité)
4–Dr GBENOU Joachim	Professeur Titulaire de Chimie Organique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
5- Dr OUENDO Marie-Edgard Dona.....	Professeur Titulaire en Santé Publique, Epidémiologie, Nutrition
6- Dr AGUEH Victoire.....	Maître de Conférences Agrégé en Santé Publique (IRSP) (Retraité)
7–Dr JOSSE Roger Gérard	Professeur Titulairede Chimie Analytique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
8–Dr GBAGUIDI Fernand	Professeur Titulaire de Chimie Organique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
9–Dr WOTTO Valentin	Maître de Conférences de Chimie Physique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
10- Mr ATOHOUN Guy	Professeur Titulaire de Chimie Minérale
11- Dr EZIN Eugène.....	Maître de Conférences en Informatique à l'Institut de Mathématiques et de Sciences Physiques de l'UAC
12 – Dr OGOUYANDJOU Simplice.....	Maître de Conférences en Mathématiques

OCTOBRE 2019

Université d'Abomey-Calavi
Faculté des Sciences de la Santé
LE DOYEN

13 - Dr KPOVIESSI Salomé	Maître de Conférences en Chimie et Applications à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
14- Dr DJEIGO Gaudens	Professeur Titulaire en Ecologie/Botanique
15- Mr AGBANI Benoît	Maître Assistant de Physique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
16- Dr MEDEGAN FAGLA Sèdami Romarique.....	Maître-Assistant en Chimie Organique.

C- ENSEIGNANTS ASSOCIES

1 - Mr JADIN Olivier	Kinésithérapie
2 - Mr YEHOUESSI Jacques	Soins infirmiers
3 - Mme QUENUM Marie	Soins infirmiers
4 - Mr AFANUH Matthew	Anglais
5- Dr HENADOU Martin	Législation Pharmaceutique
6 - Dr AHLONSOU Prosper	Législation Pharmaceutique
7 - Mr ANANI Yves	Techniques de kinésithérapie passive
8 - Mr ASSOGBA Franck	Techniques de kinésithérapie active
9 - Mr GNIMASSOU Karol.....	Techniques de kinésithérapie respiratoire
10- Mme DJIVOH Yolande.....	Périnéologie
11- Mr AHO Audrey	Electrothérapie
12 - Dr HOUNGBEDJI Germain	Analyse du mouvement, Biomatériaux et Thérapie Manuelle Orthopédique
13 - Mr SOGBOSSI Emmanuel.....	Anatomie palpatoire

OCTOBRE 2019

Université d'Abomey-Calavi
LE DOYEN
Faculté des Sciences de la Santé

MJK

14 - Mme ZOUNON Diane.....	Analyse du mouvement
15 - Mr OLOUKA Jean.....	Techniques de kinésithérapie en neurologie adulte
16 - Mme BABI Josiane.....	Techniques de kinésithérapie en neurologie-pédiatrie
17 - Mr ACAKPO Alfred.....	Nutrition
18- Mr KADI Christophe.....	Anglais
20 - Mr DJOSSOU A. K. Alfred.....	Anglais
21 - Mr SOUMANOU Mohamed.....	Technologiealimentaire
22 - Mr ABOU Adam.....	Technologie alimentaire
23 - Mme CAPO-CHICHI Callinice.....	Biologie moléculaire
24 - Mr SANNI Ambaliou.....	Biologie moléculaire
25 - Dr ALASSANI Adébayo.....	Médecine interne/Nutrition
26 - Mr MIKODE Denis.....	Nutrition
27 - Mme LOKOSSOU Céline.....	Nutrition
28 - Mme HOUNGBO Hermance.....	Nutrition
29 - Mr ADOMAHOU David.....	Nutrition
30 -Mme DOSSOU-SINTONDJI Reine.....	Nutrition
31- Dr SOSSA Charles.....	Nutrition
32 - Mr HESSOU Joseph.....	Nutrition
33 - Mme MELOME Marie Constance	Communication
34 - Mme COSSI Reine.....	Méthodologie
35 – Dr MOROU Karim	Nutrition
36– Dr AZANDJEME Colette	Nutrition
37-MmeNapporn Clarisse.....	Psychologie Sociale, (Maître-assistant à la FLASH)

OCTOBRE 2019

Université d'Abomey-Calavi * Faculté des Sciences de la Santé *
LE DOYEN

38 - Mr AÏHOU Mamère.....	Finances Publiques
39 -Mr AMOUSSOU YEYE Denis	Psychologie générale, Psychologie du couple
40- Dr BODEA Gilbert	Méthodologie de la recherche, Sociologie de la famille
41 - Mr ZANNOU Jules.....	Droit Administratif et Constitutionnel
42 - Mr KEKE Jean-Claude.....	Economie
43 - Mr AVOCE Viagamou.....	Economie
44- Mr EKPINSE Emile.....	Rédaction administrative
45 - Mme SAGBOHAN Mireille.....	Economie Familiale, Economie Sociale
46- Mr HOUEDJISSIN Benoit.....	Déviance et délinquance juvénile
47 - Mme AKINHOLA Valérie.....	Méthodologie d'intervention, intervention sociale d'aide à la personne
48 - Mme IDOSSOU Valérie.....	Introduction à la politique sociale, politique de protection des personnes âgées, cadre théorique, service social de groupe
49- Mr ADJAÏ Olivier.....	Politique de protection sociale de l'enfant
50 - Mr TONI Mathias.....	Politique de la jeunesse, Politique de protection sociale des personnes handicapées
51- Mr COMAHOUE Franck	Politique de protection sociale de l'enfant, TD devoir médico-social (Méthodologie d'intervention)
52- Mme SESSOU Fidélia	TD Devoir social (Méthodologie d'intervention)
53- Mme de SOUZA Pélagie.....	Socio-Anthropologie Générale
54 - Mr SOSSOU Janvier	Technique d'animation
55 - Mr HOUNTONDJI Albert	Droit du travail
56 - Mr HOUNTONDJI Jules	Service social communautaire
57- Mr ALADATIN Prévert	Droit Pénal Général, Procédure Pénal
58 - Dr IBIKUNLE Charles	Introduction au Droit, Droit civil
59 - Mme TCHIBOZO Pauline	Intervention d'aide à la personne

OCTOBRE 2019

Université d'Abomey-Calavi
LE DOYEN
Faculté des Sciences de la Santé

60- Mr ATODJINOU Candide	Statistique
61- Mr AKOCHAYE Nicolas	Démographie
62 - Dr VISSOH Séraphin.....	Méthodologie de la Recherche
63 – Mr GBEHINTO Bruno	Gestion de projet
64- Mme DARBOUX Marie Antoinette Brigitte.	Littérature Anglaise et Américaine

Université d'Abomey Calavi
LE DOYEN
Faculté des Sciences de la Santé

OCTOBRE 2019

Université d'Abomey Calavi
LE DOYEN
Faculté des Sciences de la Santé

Professeur Delphin K. MEHINTO

DÉDICACES

A mon père BEHANZIN Arnaud Corneille (in mémorium)

J'aurais voulu que tu partages cette joie avec moi aujourd'hui. Mais je sais que de là où tu es, tu es fier de moi. Intercède pour moi auprès du Père pour que je Lui sois fidèle dans ma carrière.

Reposes en paix !

A ma mère MONTEIRO Edith

Je n'aurai jamais assez de mots pour t'exprimer ma profonde gratitude. Mère simplement merci.

Que le Dieu miséricordieux te bénisse

A ma tante BEHANZIN Geneviève

Profonde affection filiale

A mes frère et sœurs

Puisse ce travail vous prouver que rien n'est impossible à DIEU.

Affection fraternelle

A mon époux Marcel

Plus qu'un époux, tu es un frère, un ami et un fidèle compagnon. Les mots ne sauraient traduire le bonheur et la joie que j'éprouve à tes côtés. Ceci est le fruit de tes prières, de ton soutien constant et indéfectible. Le meilleur reste à venir avec Jésus.

Reçois ici l'expression de mon amour et que Dieu te garde

A mon bien-aimé fils Ezéchiel-Marie et à ses frères et sœurs

Sois béni pour ton obéissance et ta sagesse. Ce travail est le vôtre.

Je vous aime

A tous les enfants du monde

Je vous confie à la bonté céleste.

REMERCIEMENTS

A L'ETERNEL,

Abba Père sois béni pour ton amour et ta miséricorde infinis. Tu as rendu ce travail possible car c'est à Toi qu'appartiennent le règne, la puissance et la gloire. Dieu des impossibilités, merci pour ta fidélité dans ma vie. Sois assuré de mon amour inconditionnel.

Ta fille bien aimée qui t'adore

A BOCO Emilienne, *pour ton soutien.*

Sois assurée de toute ma reconnaissance

A GBOLU K. Florence,

Merci pour tout ce que tu as fait pour moi

A TOHINNOU André,

Sincères remerciements

Au Père de SOUZA Arsène,

Sincères reconnaissances

Aux Pères KOHUNHA Mesmin, ASSAN Thierry, AGUESSY Aubin, Pamphile DADOH

Pour vos prières, infiniment merci

***A Emma et Cyrille DEGBEY**,*

Merci à vous

***A KOSSOU Saturnin,** pour ton soutien et tes prières,*

Sincère gratitude

A CHARDIN Thérèse,

Sincères remerciements

A tous mes enseignants à divers niveaux de ma formation

Mes sincères gratitudes

HOMMAGES

A mon Directeur de thèse, le Maître de Conférence Agrégé Honorat Francis LALYA

Vous avez accepté diriger ce travail malgré votre emploi du temps chargé et vos multiples responsabilités. Votre sincérité et votre amour du travail bien fait forcent notre admiration. Soyez béni pour tous les sacrifices consentis pour la réussite de ce travail.

Hommages respectueux

A mes co-directrices de thèse, les Maîtres Assistants Lutécia ZOHOUN GUIDIBI et Florence ALIHONNOU

Bien que très occupées, vous avez accepté co-diriger ce travail. Infiniment merci pour l'exemple que vous êtes.

Hommages respectueux

Au Président du Jury

Nous sommes très sensible à l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos lourdes responsabilités. Nous sommes persuadée que vos recommandations et conseils nous permettront d'améliorer la qualité de ce travail.

Recevez monsieur le président du jury, le témoignage de notre profonde gratitude. Soyez béni !

Hommages respectueux

Aux honorables membres du Jury

Chers maîtres, merci pour l'immense honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail malgré vos occupations multiples. Nous vous promettons de prendre en compte vos précieuses recommandations qui permettront d'améliorer la qualité de notre travail.

Veuillez recevoir l'expression de notre profond respect. Dieu vous garde.

Hommages respectueux

PAR délibération,

la Faculté des Sciences de la Sante de Cotonou
a arrêté que les opinions émises dans cette thèse n'engagent que leur auteur.

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

Km : Kilomètre

% : Pourcent

‰ : Pour mille

AGVSAN : **A**nalyse **G**lobale de la **V**ulnérabilité, de la **S**écurité **A**limentaire et de la **N**utrition

CAM : **C**ontre **A**vis **M**édical

CHD : **C**entre **H**ospitalier **D**épartemental

CHU : **C**entre **H**ospitalier **U**niversitaire

CNHU-HKM : **C**entre **N**ational **H**ospitalier **U**niversitaire **H**ubert **K**outoukou **M**aga

CNHUP : **C**entre **N**ational **H**ospitalier **U**niversitaire de **P**sychiatrie

CNHUPP : **C**entre **N**ational **H**ospitalier **U**niversitaire de **P**neumo-**P**htisiologie

CSA : **C**entre de **S**anté d'**A**rrondissement

CSCOM : **C**entre de **S**anté **C**ommunautaire

DES : **D**iplôme d'**E**tudes **S**pécialisées

EDS : **E**nquête **D**émographique et de **S**anté

EDSB-V : **C**inquième **E**nquête **D**émographique et de **S**anté au Bénin

EDSM : **E**nquête **D**émographique et de **S**anté du **M**ali

HZ : **H**ôpital de **Z**one

IB : **I**nfirmier **B**reveté

IDE : **I**nfirmier **D**iplômé d'**E**tat

INSAE : **I**nstitut **N**ational de la **S**tatistique et de l'**A**nalyse **E**conomique

IRA : **I**nfection **R**espiratoire **A**igue

IOM : **I**nstitut **O**f **M**edecine

IRA : **I**nsuffisance **R**espiratoire Aigue

ISO : **I**nternational **S**tandardization **O**rganization

MIILD : **M**oustiquaire **I**mprégnée d'**I**nsecticide à **L**ongue **D**urée d'action

NA : **N**on **A**pplicable

OMD : **O**bjectifs du **M**illénaire pour le **D**éveloppement

OMS : **O**rganisation **M**ondiale de la **S**anté

ONG : **O**rganisation **N**on **G**ouvernementale

PAPMI : **P**rophylaxie **A**nti **P**alustre à base de **M**oustiquaire **I**mprégnée

PCIME : **P**rise en **C**harge des **M**aladies **I**ntégrées de l'**E**nfant

PEC : **P**rise **E**n **C**harge

SFE : **S**age-**F**emme diplômée d'**E**tat

SRO : **S**el de **R**éhydratation **O**rale

TETU : **T**ri, **E**valuation et **T**raitement d'**U**rgence

Vit A : **V**itamine **A**

WHO : **W**orld **H**ealth **O**rganization

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Récapitulatif des normes d'effectifs en ressources humaines en santé au Bénin …….. 20

Tableau II : Répartition des enfants selon le nombre de centres parcourus et la durée moyenne d'hospitalisation ……. 51

Tableau III : Répartition des enfants selon le type de traitement antérieur ……..…….. 52

Tableau IV : Répartition des enfants selon les différentes détresses retrouvées …….. 53

Tableau V : Devenir des enfants en fonction du délai de consultation après le 1er symptôme ……. 57

Tableau VI : Devenir des enfants en fonction du nombre de centres parcourus ..…….. 58

Tableau VII : Devenir des enfants en fonction de la notion de traitement antérieur ……. 59

Tableau VIII : Devenir des enfants en fonction du délai d'admission au CNHU-HKM ….……59

Tableau IX : Devenir des enfants en fonction de l'état de détresse …… 60

Tableau X : Devenir des enfants en fonction du personnel accueillant…. 61

Tableau XI : Devenir des enfants en fonction du délai du 1er contact avec le pédiatre …...……62

Tableau XII : Devenir des enfants en fonction du délai du 1er contact avec le DES ……... 63

Tableau XIII : Devenir des enfants en fonction du délai du 1er contact avec l'interne …… 63

Tableau XIV : Devenir des enfants en fonction du délai du 1er soin ……... 64

Tableau XV : Devenir des enfants en fonction du caractère approprié ou non du traitement ….…….. 64

Tableau XVI : Devenir des enfants en fonction du remplissage de la fiche de surveillance ……65

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Cadre de l'OMS pour le système de santé……... 9

Figure 2 : Les dimensions de la qualité……..... 11

Figure 3 : Les trois points de vue sur la qualité des soins (Modèle de Donabedian)…….. 16

Figure 4 : La répartition des enfants selon les tranches d'âge en mois……... 49

Figure 5 : Répartition des enfants selon le moyen de transport au CNHU-HKM…… 50

Figure 6 : Répartition des enfants selon le devenir……... 55

Figure 7 : Répartition des enfants selon l'impression des parents sur la prise en charge au CNHU-HKM……..... 56

SOMMAIRE

INTRODUCTION 1

I. GÉNÉRALITES 5

II. CADRE ET MÉTHODES 37

III. RÉSULTATS 48

IV. DISCUSSION 66

CONCLUSION 81

SUGGESTIONS 83

RÉFÉRENCES 86

ANNEXES ..... A

TABLE DES MATIÈRES ..... G

INTRODUCTION

La mortalité est très élevée dans la tranche d'âge des enfants de 0 à 5 ans chez qui on note plus de dix millions de cas de décès par an, dont environ 98% surviennent dans les pays en voie de développement [1]. La mortalité infantile constitue ainsi un problème majeur de santé publique dans nos pays.

L'Afrique constitue la partie du monde, où la mortalité infanto-juvénile est la plus élevée avec des disparités entre les différentes sous régions [2].

En Afrique subsaharienne, la probabilité que les enfants meurent avant l'âge de 5ans est 16 fois plus grande que dans les pays à revenu élevé. Cinq pays totalisent à eux seuls près de la moitié des décès dans cette tranche d'âge: la Chine, l'Inde, le Nigéria, le Pakistan, et la République Démocratique du Congo [3].

Au Bénin, les résultats de la cinquième Enquête Démographique et de Santé au Bénin (EDSB-V) réalisée par l'Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique (INSAE) ont permis d'estimer le taux de mortalité infantile à 55‰ et le taux de mortalité juvénile à 44‰ en 2017-2018. Pour la même période la mortalité infanto-juvénile globalement était estimée à 96‰ [4].

La plupart des décès surviennent dans les premières heures aux urgences ; ce qui pose le problème de la prise en charge des urgences d'une part, et du choix et de l'accessibilité aux soins de santé d'autre part.

En effet le succès du pluralisme thérapeutique en Afrique contribue à la crise des systèmes de santé [5]**.** La recherche des soins chez les enfants malades est intimement liée à une intense pratique des soins à domicile et un faible recours aux structures sanitaires [6]**.** En Afrique noire contemporaine, on retrouve un large éventail de recours thérapeutiques parmi lesquels l'automédication qui tient une place importante dans les pratiques populaires de soins dont les principaux acteurs sont les mères, les pères, les grands-mères et grands-pères [7]**.**

Selon le rapport de l'Analyse Globale de la Vulnérabilité, de la Sécurité Alimentaire et de la Nutrition (AGVSAN), chez la plupart des enfants vivant dans les villages au Sénégal, la prise en charge initiale débute par une automédication au détriment de l'utilisation des structures de santé [8].

Au Mali des études avaient montré que la faiblesse des revenus des pauvres conduisait à réduire au strict minimum le recours aux centres de santé modernes et à privilégier des solutions alternatives telles que l'automédication et le recours à la médecine traditionnelle [9]. Ces études concluaient que l'hôpital était souvent le dernier ressort lorsque les autres choix thérapeutiques n'avaient pas produit les résultats escomptés en termes de succès thérapeutique [10].

Au Bénin, le Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM) est au niveau central de la pyramide sanitaire. Malgré son caractère d'établissement hospitalier national de référence et son meilleur plateau technique, il a la réputation de mouroir. Dans le service de Pédiatrie, le taux de décès était estimé à 7,52% en 2018 [11]. Le retard à la prise de décision de consulter dans un service de santé, le retard d'accès aux services de soins et le retard à recevoir les soins appropriés pourraient en être une cause.

Plusieurs pratiques seraient observées par les parents, parmi lesquelles le traitement traditionnel, le recours à des centres non médicaux tels que les églises, etc, du fait des représentations socio-culturelles de la maladie. Elles stipulent que cette dernière serait due à la sorcellerie, une punition des dieux, un envoûtement, un conflit avec un ancêtre, ou avec un esprit [12]. De plus, de par sa proximité avec le Nigeria, le Bénin aurait un marché fortement inondé de produits pharmaceutiques, ce qui favoriserait l'automédication. En outre les parents ont recours à plusieurs centres de santé avant de se rendre au CNHU-HKM qui deviendrait ainsi le dernier recours devant la probable inefficacité ou l'incompétence des premiers recours ou l'aggravation de l'état clinique des enfants. Associé à tout cela, le coût des prestations au CNHU-HKM et

l'incapacité de certains parents à honorer le traitement favoriseraient également le retard à l'arrivée et à la prise en charge des enfants au CNHU-HKM.

Au regard de tout ce qui précède, cette réputation de mouroir qu'a le CNHU-HKM est-elle justifiée ? Dans quel état les enfants arrivent-ils au CNHU-HKM ? Quel est le parcours des parents d'enfants malades depuis la déclaration de la maladie jusqu'à leur arrivée au CNHU-HKM ? Qu'est ce qui détermine ce parcours ?

Pour tenter de répondre à ces préoccupations, nous nous sommes proposée de mener cette étude intitulée : " Itinéraire thérapeutique et devenir des enfants admis aux urgences de Pédiatrie du CNHU-HKM de Cotonou"

HYPOTHESE

La mortalité ou les complications seraient plus importantes dans le groupe des enfants ayant mis du temps à venir au CNHU-HKM.

Objectif général

L'objectif général de la présente étude était d'étudier l'itinéraire thérapeutique et le devenir des enfants admis aux urgences de Pédiatrie du CNHU-HKM de Cotonou.

Objectifs spécifiques

- ✓ Calculer le délai moyen de consultation au CNHU-HKM après la déclaration de la maladie
- ✓ Décrire le parcours suivi jusqu'à l'admission au CNHU-HKM
- ✓ Décrire l'état des enfants à l'admission au CNHU-HKM
- ✓ Apprécier la qualité des soins à l'admission au CNHU-HKM
- ✓ Décrire le devenir des enfants admis aux urgences de Pédiatrie du CNHU-HKM et les facteurs associés à ce devenir.

I. GÉNÉRALITES

1.1. Définitions de quelques concepts

1.1.1. Itinéraire

Selon le dictionnaire Larousse, c'est le chemin suivi ou à suivre [13].

1.1.2. Thérapeutique

Adjectif relatif au traitement des maladies. Manière choisie de traiter une maladie.

1.1.3. Itinéraire thérapeutique

C'est le parcours suivi à la recherche de soins. L'itinéraire thérapeutique se rapporte, à l'échelle d'une vie ou d'un épisode morbide, à l'ensemble des choix effectués par l'individu dans son recours aux soins, le choix de ses traitements, de ses praticiens et dans les façons de dire et de penser sa maladie et/ou sa guérison [14].

1.1.4. Devenir

Il est compris comme l'issue, le sort, l'état des enfants à la suite de leur séjour à l'hôpital.

1.1.5. Norme

C'est l'état habituel, ordinaire, régulier, conforme à la majorité des cas [15]. La norme est le type concret ou la formule abstraite de ce qui doit être. L'état habituel, conforme à la majorité des cas.

Le mot norme, du latin norma signifiant « équerre, règle » désigne un état habituellement répandu, moyen, considéré le plus souvent comme une règle à suivre.

1.1.6. Qualité

C'est la mesure dans laquelle les ressources disponibles ou les services offerts répondent à des normes préétablies [16, 17]. Selon l'International Organization for Standardization (ISO), « la qualité c'est l'ensemble des propriétés et caractéristiques d'un produit ou service qui lui confère l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites ». Ceci signifie que la qualité est définie comme la capacité d'une organisation à produire d'emblée un bien ou un service sans erreurs. Son effet financier majeur est de réduire les coûts par la réduction des gaspillages. La définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), spécialement adaptée au champ de la santé, tient compte de la relation triangulaire entre le professionnel de santé (prescripteur, fournisseur), le patient (client), l'assurance maladie (payeur, acheteur de soins) : « la qualité, c'est délivrer à chaque patient, l'assortiment d'actes diagnostique et thérapeutique qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins».

Cette définition place le patient au centre de la notion de qualité.

1.1.7. Soin

C'est un acte ou un ensemble de gestes exécutés par des prestataires dans le but de rétablir l'équilibre physiologique et le bien être d'un individu ou d'un groupe d'individus [18].

1.1.8. Soin médical ou soin de santé

C'est un ensemble structuré d'actions effectuées directement ou indirectement, dans l'intention d'influencer l'état de santé présent ou futur d'un patient ou d'une population de patients [19, 20].

1.1.9. Mortalité

Elle se définit comme étant l'action de la mort sur une population exposée en un lieu, dans un espace déterminé. La mortalité constitue une donnée de premier choix pour une planification.

1.1.10. Mortalité infantile

C'est le nombre de décès d'enfants nés vivants et décédés avant leur premier anniversaire.

1.1.11. Mortalité juvénile

C'est le nombre d'enfants nés vivants et décédés entre 1 et 5 ans.

1.1.12. Mortalité infanto-juvénile

C'est le nombre de décès d'enfants nés vivants et décédés avant leur cinquième anniversaire. Elle regroupe la mortalité infantile et la mortalité juvénile [21].

1.2. NORMES DE STRUCTURE ET DE PROCEDURE DE PRISE EN CHARGE

Pour Donabédian, la qualité des soins peut se mesurer à trois niveaux [22]:

– La structure : on cherche à savoir si la structure permet d'avoir les moyens de bien faire, tant sur le plan humain que matériel (e.g. d'indicateurs de structure en santé : nombre de médecins, nombre de lits, etc).

– Les processus : on cherche à mesurer les pratiques, en les comparant aux standards recommandés, tant sur le plan des pratiques professionnelles que de l'organisation.

– Les résultats : on cherche à mesurer la qualité des prestations délivrées par les résultats obtenus au final, tant sur le plan de l'état de santé que de la satisfaction des usagers (e.g. le taux de survie).

Selon Maine D. [23], l'un des éléments de la qualité des soins est la présence d'un personnel compétent. Outre un personnel qualifié, la disponibilité des médicaments, des consommables et des produits sanguins ainsi que l'existence d'infrastructure adéquate le sont aussi. Ceci se résume par la figure des six piliers de l'OMS.

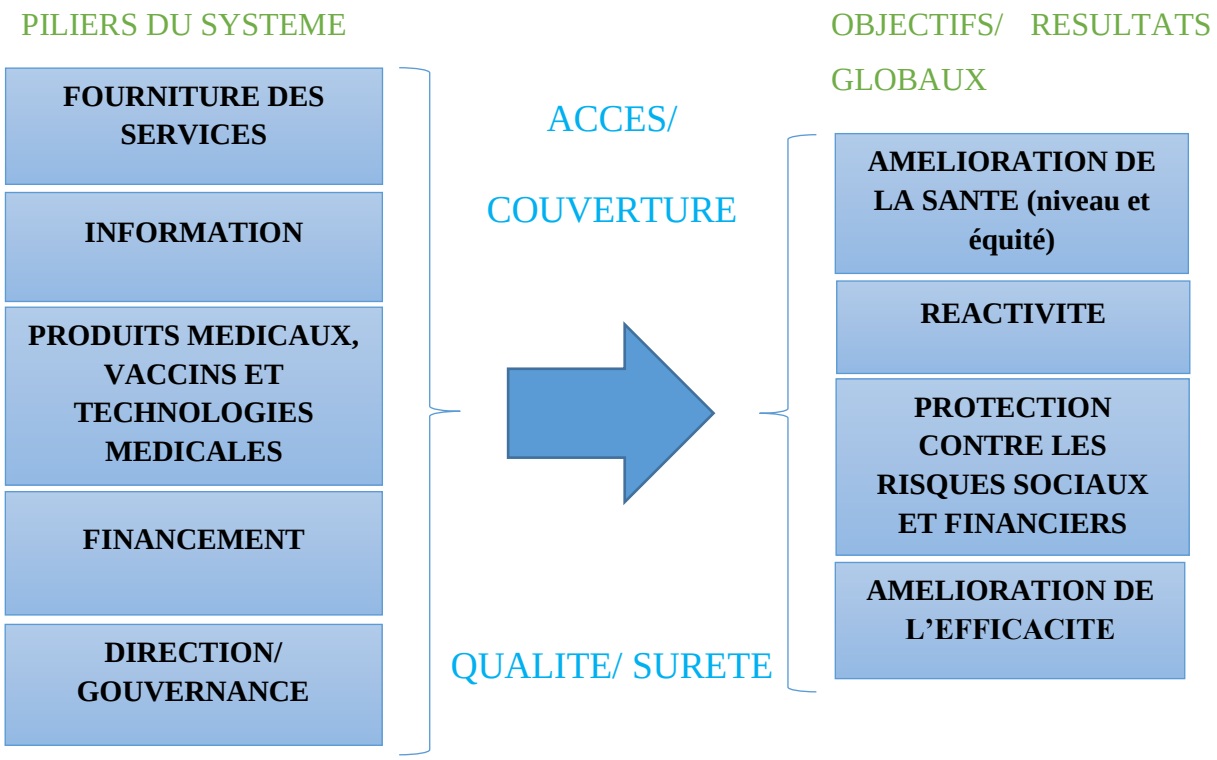


Figure 1 : Cadre de l'OMS pour le système de santé [24]

LES SIX PILIERS DU SYSTEME DE SANTE : OBJECTIFS SOUHAITABLES

- Les **bons services de santé** sont ceux qui **assurent** des interventions personnelles et non personnelles efficaces, sûres et de qualité à ceux qui

en ont besoin, en lieu et temps voulus, et avec une déperdition minimale de ressources.

- Les **personnels de santé performants** sont ceux qui sont réactifs, équitables et efficaces afin d'obtenir les meilleurs résultats sanitaires possibles, compte tenu des ressources disponibles et des circonstances (le personnel doit être en nombre suffisant et équitablement réparti entre les métiers).
- Un **système d'information sanitaire** qui fonctionne bien doit assurer la production, l'analyse, la diffusion et l'utilisation de renseignements fiables et à jour sur les déterminants de la santé, les performances des systèmes de santé et la situation sanitaire.
- Un système de santé performant doit assurer un accès équitable à des **médicaments essentiels, des vaccins et des technologies médicales** de qualité garantie, sûrs, efficaces et d'un bon rapport coût-efficacité, et leur utilisation scientifiquement rationnelle et économique.
- Un **bon système de financement de la santé** doit mobiliser des fonds suffisants, de manière que les malades puissent recourir aux services dont ils ont besoin sans avoir à craindre une catastrophe financière ou un appauvrissement s'ils doivent payer ces services.
- La **direction et la gouvernance** impliquent l'existence de cadres stratégiques associés à une surveillance efficace, à la formation de coalitions, à la mise en place de réglementations et d'incitations appropriées, à un souci de la conception du système, et à la responsabilité.

Pour Row et al., la qualité des soins dispensés par le personnel de santé ne dépend pas uniquement de son titre professionnel [25]. La performance et les pratiques des agents de santé sont influencées par de multiples facteurs tels que leur motivation, leur satisfaction au travail, leur niveau de rémunération, leurs

années d'expérience, de telle sorte que leur formation n'est pas toujours garante de la qualité des soins qu'ils sont en mesure de fournir.

1.2.1. Dimensions de la qualité des soins [26, 27]

Selon l'Institut Of Medecine (IOM), la qualité des soins comporte cinq dimensions : l'efficacité, la sécurité, la réactivité, l'efficience, l'accessibilité / l'équité.

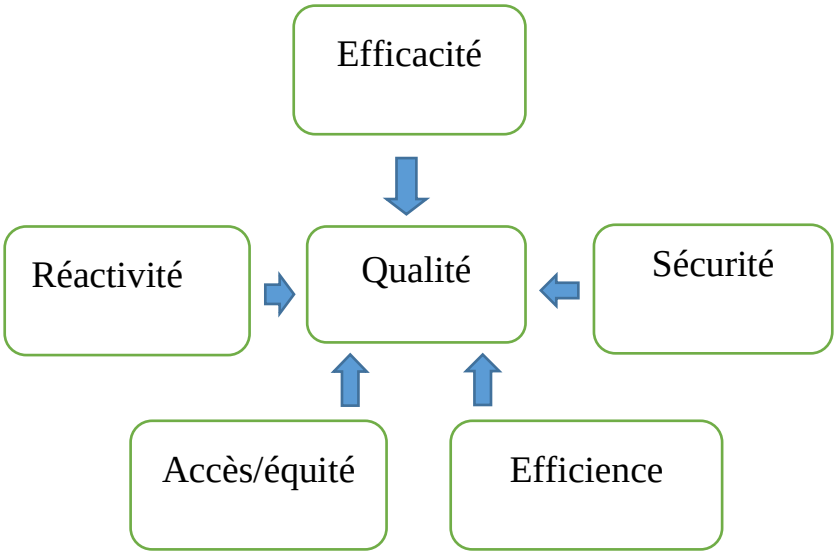


Figure 2 : Les dimensions de la qualité [28]

1.2.1.1. Efficacité

Elle est souvent la première dimension prise en compte pour mesurer la qualité. Elle correspond à la capacité à réaliser les résultats (en termes de soins) souhaitables, à condition qu'ils soient bien dispensés à ceux qui en ont besoin et pas aux autres [29]. Certains soulignent que l'efficacité est l'aptitude à atteindre ou à réaliser toute amélioration possible en termes de résultats sanitaires [30]. La pertinence (appropriateness) est une notion proche couramment intégrée à l'efficacité et signifie que les soins fournis correspondent bien aux besoins cliniques et soient basés sur de solides recommandations médicales. Afin de

mesurer l'efficacité du système de santé ou des interventions dans des domaines spécifiques, on regarde le plus souvent les résultats en utilisant les indicateurs de mortalité ou de morbidité par cause, par groupe cible, etc.

Au niveau global, on compare souvent la mortalité prématurée, ou les taux de mortalité par cause spécifique, comme le cancer ou les maladies cardiaques ischémiques, pour lesquels des soins efficaces, fournis à temps, peuvent faire éviter les décès ; sachant que ces décès peuvent parfois être influencés par d'autres facteurs en dehors du système de soins. Le taux de survie après un diagnostic de cancer est considéré comme un indicateur plus pertinent ou direct dans ce domaine [31].

Un taux de survie élevé peut être dû à la bonne qualité des soins fournis ou à des diagnostics précoces obtenus grâce à des programmes préventifs. On compare ainsi les taux de dépistage ou d'immunisation des populations fragiles ou cibles comme des indices d'efficacité d'un système de soins.

1.2.1.2. Sécurité des soins

Elle est basée sur le principe universel de « ne pas nuire » aux patients, qui signifie en anglais « first no harm » et en latin « primum non nocere ». La sécurité est la capacité d'empêcher ou d'éviter les résultats indésirables ou les dommages qui proviennent des processus de soins eux-mêmes [32]. C'est une dimension qui est étroitement liée à l'efficacité, bien qu'elle s'en distingue en mettant l'accent sur la prévention des événements indésirables et sur la réduction des défauts de qualité des soins pour les patients.

Les indicateurs relatifs à la sécurité des soins sont bien développés. On peut les regrouper en quatre grands domaines : infections nosocomiales (des plaies, celles liées aux soins médicaux, aux escarres, etc.), événements sentinelles (accidents liés à la transfusion, erreurs de groupage sanguin, oublis de corps étrangers dans le champ opératoire), complications opératoires et

postopératoires (embolies pulmonaires ou accidents d'anesthésie) ainsi que d'autres événements indésirables.

1.2.1.3. Réactivité ou sensibilité du système à la demande du patient « responsiveness »

Elle renvoie à plusieurs notions distinctes comme le respect des patients, la dignité, la confidentialité, la participation aux choix, le soutien social et le choix de fournisseurs de soins. Elle se rapporte à la façon dont le système prend en charge les patients pour répondre à leurs attentes légitimes non liées à la santé [33].

Un autre terme est aussi souvent employé : « patient-centeredness », autrement dit les soins « centrés sur le patient ». Il s'agit de mettre le patient au centre des soins en intégrant différents éléments comme l'écoute, l'empathie, la confidentialité, mais aussi l'information dont le patient dispose sur sa maladie et la possibilité d'un choix éclairé de sa part. Ainsi, on met l'accent sur l'expérience du patient concernant les aspects spécifiques des soins, ceci au-delà de sa satisfaction individuelle.

La continuité des soins renvoie à la coordination des soins de santé dans le temps et à travers différents professionnels et établissements pour un même utilisateur. Bien qu'il y ait quelques mesures de la continuité des soins pour des conditions cliniques (par exemple, le pourcentage de patients dépressifs qui reçoivent de manière continue des médicaments antidépresseurs en phase aiguë de leur maladie), la majorité des mesures concerne la coordination entre les soins hospitaliers et ambulatoires. Plusieurs indicateurs de réactivité ou de sensibilité du système de santé sont également disponibles, tels que ceux concernant la communication avec le médecin («écouter soigneusement», « montrer du respect », « expliquer clairement les choix», etc), le temps passé

avec lui, la continuité et l'acceptabilité des soins, l'évaluation globale des soins reçus et du système de santé.

1.2.1.4. Efficience

Elle se réfère à l'utilisation optimale des ressources disponibles pour obtenir les bénéfices ou les résultats les meilleurs [33]. Elle renvoie à la capacité d'un système de santé à fonctionner à moindres frais sans diminuer les résultats possibles et souhaitables [30]. Sachant que la plupart des problèmes de qualité des soins impliquent une sous ou une surutilisation des ressources, certains ajoutent une dimension connexe à la définition de la qualité pour « s'assurer que les services soient fournis de manière efficiente ».

Dans ce domaine on compare souvent les niveaux de ressources consacrées au système de santé. On peut comparer le niveau global ou celui de domaines spécifiques.

1.2.1.5. Accessibilité / Equité

L'accessibilité est la facilité avec laquelle on accède aux bons services de santé au bon moment. L'accès peut être vu sous l'angle géographique, financier ou socio-psychologique, et exige que les services de santé soient à priori disponibles.

L'équité est une dimension étroitement liée à l'accès et à la capacité d'un système de santé à traiter de manière juste toutes les personnes concernées, indépendamment de leur âge, de leur sexe, de leur race et de leurs ressources financières. Dans ce contexte, il s'agit de la distribution des soins entre différents groupes de populations quelles que soient leurs situations géographique, économique et sociale.

La ponctualité « timeliness » est un concept lié à l'accès et se rapporte au degré avec lequel les patients obtiennent les soins nécessaires rapidement [34]. Elle

inclut aussi bien l'accès aux soins dans des délais opportuns que la coordination des soins (trajectoire de soins). On évalue la disponibilité des professionnels de santé et l'accès aux soins hospitaliers en termes de facilité et de durée d'attente. Les indicateurs le plus souvent employés sont : les délais d'attente pour la chirurgie programmée et les délais d'attente aux urgences, les sorties retardées, le temps d'accès aux médecins généralistes et spécialistes, les problèmes d'accès liés au coût des soins.

1.2.2. Domaines de l'évaluation de la qualité des soins

Selon Gardette V. [35], A. Donabedian qui était le premier à avoir systématisé les approches des soins, lui définit trois objets : les structures de soins, les processus de soins et les résultats de soins.

- **Les structures de soins**

Elles correspondent aux ressources mises à disposition pour les soins: la dotation en personnel, les qualifications, les équipements, les appareils et les locaux.

- **Les processus de soins**

Ils désignent les soins fournis aux patients. Il est essentiel qu'ils soient conformes aux bonnes pratiques professionnelles.

- **Les résultats de soins**

Ils correspondent à l'état du patient à l'issue du traitement. Il peut s'agir de sa survie, de sa qualité de vie après les soins, ou de la survenue des complications et même de sa mort. Généralement, la satisfaction des patients est incluse dans les résultats de soins.

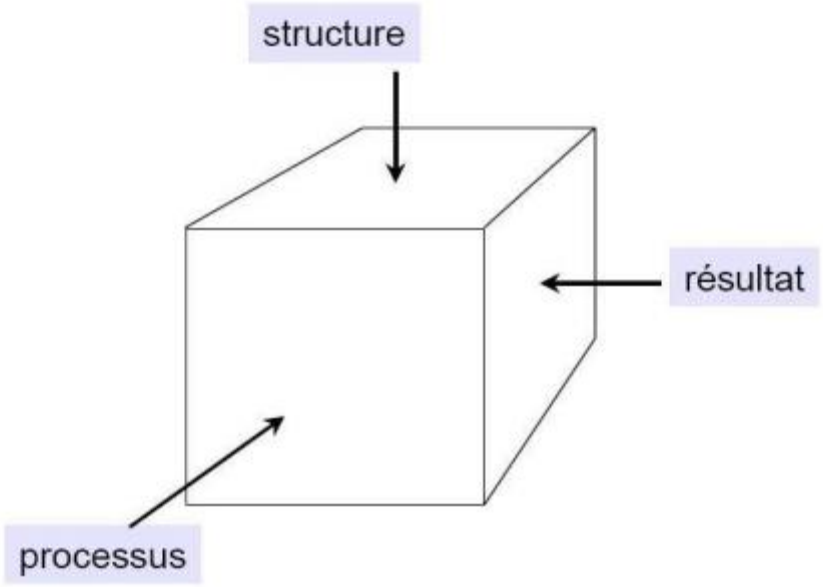


Figure 3 : Les trois points de vue sur la qualité des soins (Modèle de Donabedian) [36].

Selon A. Donabedian, « la qualité est le niveau par lequel les services de santé pour les individus ou les populations accroissent la probabilité d'atteindre un résultat désiré, compte tenu des données de la science ».

La figure ci-dessus permet de représenter les points de vue respectifs des bénéficiaires et des professionnels de santé et de montrer que l'expérience des patients dépend à la fois de leur attente et de la qualité des soins délivrés ; ce qui permet de distinguer 4 types de qualités.

- Qualité voulue (ou spécifiée) : elle est relative aux normes définies et formulées sous forme de critères explicites pour apprécier la conformité de la qualité délivrée.
- Qualité délivrée : elle est celle que le prestataire donne effectivement, celle que reçoit réellement le patient.

- Qualité attendue : elle se construit autour des besoins en santé des patients, mais aussi de leurs expériences antérieures dans le système de soins.
- Qualité ressentie ou vécue : elle est celle qu'expérimente le patient. Elle dépend à la fois de la qualité attendue et de la qualité délivrée.

Il s'avère nécessaire de connaître et de prendre en compte les attentes des patients afin que la qualité voulue ne corresponde pas aux seules exigences des professionnels. La qualité des soins est en définitive la résultante de ces quatre types de qualité. Il s'agit d'un concept multidimensionnel, requérant donc des critères de jugements multiples (e.g. la qualité des contacts humains, la qualité du parcours de soins du patient dans un établissement, la qualité du raisonnement médical, etc).

L'évaluation de la qualité des soins est un ensemble de méthodes pour aider les professionnels à faire des choix à tous les niveaux des soins qu'il s'agisse, par exemple, de la décision diagnostique ou thérapeutique au lit du malade ou de la décision d'investissement dans le cadre d'une politique hospitalière.

La qualité attendue par le patient se construit autour de ses besoins mais aussi de son expérience antérieure du service ; la qualité vécue étant celle qu'expérimente le patient. Elle dépend à la fois de la qualité attendue et de la qualité délivrée ; la qualité voulue est formulée par l'établissement de santé sous forme de critères explicites à partir desquels il est possible d'apprécier la conformité de la qualité délivrée ; la qualité délivrée étant celle que reçoit réellement le patient.

1.2.2.1. Composante « structure »

L'évaluation de la composante structure s'intéresse à la quantité et à la qualité des ressources mises en œuvre ou utilisées. Les différents éléments constituant la composante structure des soins correspondent aux ressources mises à disposition pour la réalisation des soins de qualité pour les clients. La qualité des éléments structurels détermine celle des prestations des soins et services et par conséquent, la qualité des résultats. Dans cette étude, la structure prend en compte la disponibilité en infrastructures adéquates (existence, superficie et revêtement sol et mûr), la disponibilité en équipements adéquats et fonctionnels et en ressources humaines qualifiées requises.

- ✓ **La disponibilité en infrastructures adéquates et en équipement adéquat et fonctionnel**

Les normes d'infrastructure et d'équipement en vigueur au Bénin ont été établies selon le palier de la pyramide sanitaire et mis à jour en 2016 dans un document intitulé : Normes et Standards pour la construction et l'équipement des formations sanitaires [37].

- ✓ **Normes de ressources humaines en santé** [38]

La littérature de la gestion des ressources humaines en santé compte plusieurs modèles d'estimation des besoins en ressources humaines basés, pour certains, sur les ratios Personnel de santé/Populations ou sur les besoins des populations. La norme OMS est de 25 agents qualifiés/10.000 personnes.

Pour d'autres, les besoins en ressources humaines peuvent être basés sur l'utilisation (la demande de soins de santé) ou les tâches à accomplir traduites en charge de travail (WHO, 2004 ; Nyoni et al, 2006). Chacun de ces modèles permet de répondre à un certain besoin de planification et présente des avantages et des inconvénients.

Chaque utilisateur est tenu de faire un effort d'adaptation du modèle qui répond le mieux à ses préoccupations.

Au Bénin, les normes d'effectifs de ressources humaines en santé ont été définies selon les formations sanitaires des niveaux de soins de la pyramide sanitaire.

Le tableau ci-après présente les normes d'effectif des différentes catégories socio-professionnelles en ressources humaines en santé selon le niveau de soins de la formation sanitaire publique considérée dans le système sanitaire national.

Tableau I : Récapitulatif des normes d'effectifs en ressources humaines en santé au Bénin

Personnel par catégorie professionnelle	DI	MI	CSA	CSCOM	HZ	CHD	CNHUPP Lazaret	CNHUP Jacquot	Homel	CHU
Médecins Spécialistes	0	0	0	2	8	29	9	4	30	105
Médecins Généralistes	0	0	0	1	6	6	6	2	2	10
Chirurgiens Dentistes	0	0	0	0	1	2	0	0	0	4
Pharmacien	0	0	0	0		1	1	0	1	2
SFE spécialistes	0	0	0	2	3	4	0	2	4	6
IDE spécialistes	0	0	0	3	14	23	0	10	30	54
IDE	1	0	1	2	10	30	12	8	45	160
SFE	0	1	1	2	8	25	0	0	65	40
IB	1	1	4	3	10	20	4	8	25	80
Ing/TechSup/TechB Analyses Biomédicales	0	0	0	3	7	10	14	0	15	40
TechSup en Imagrie Médicale	0	0	0	1	4	4	4	0	5	12
Aide-soignants	2	2	4	6	20	70	6	10	60	80
Technicien ou assistant d'hygiène	0	0	1	1	2	2	2	0	2	6
TSASPD	0	0	0	1	4	5	3	0	3	7
PA	1	1	5	9	35	57	31	32	78	107
Effectif par structure	**5**	**5**	**16**	**36**	**132**	**288**	**92**	**76**	**365**	**713**
Nombre de FSP à couvrir	**50**	**8**	**578**	**82**	**34**	**6**	**1**	**1**	**1**	**1**

DI : Dispensaire isolé, FSP : Formation Sanitaire Publique, IB : Infirmier Breveté; IDE : Infirmier Diplômé d'Etat ; MI : Maternité isolée ; PA : Personnel Administratif ; SFE : Sage-Femme diplômée d'Etat ; TSASPD : Technicien Supérieur Action Sociale Prothésiste Dentaire

Source : Ministère de la santé du Bénin. : Plan stratégique de développement des ressources humaines du secteur santé 2009-2018, Décembre 2008, p21.

1.2.2.2. Composante « processus »

Le processus regroupe l'ensemble des activités ayant lieu entre les prestataires et les clients ainsi que l'organisation mise en place en vue de meilleurs résultats. Il existe des normes de processus validés par le ministère de la Santé pour certaines spécialités comme la pédiatrie [39]. Pour apprécier le processus des prestations des soins et services, nous avons exploré les cinq (05) éléments suivants issus de l'harmonisation des rubriques des processus validés [39].

- ✓ **Connaissance des documents normatifs de structure et de prise en charge**

Les documents normatifs de structure et de prise en charge doivent être connus du personnel de santé afin de mieux assurer aux clients des soins de qualité. Il s'agit d'évaluer chez le personnel de soin, le niveau de connaissance des différents documents normatifs.

- ✓ **Accessibilité aux soins de santé**

Elle résulte d'une bonne organisation qui minimise les barrières à l'utilisation des services. Elle peut être géographique, financière ou culturelle.

- **Accessibilité géographique** aux structures de soins est définie par le pourcentage de la population qui vit à moins de 5 kilomètres (Km). De façon générale au Bénin, 66% des ménages ont accès à une formation sanitaire dans leur localité dans un rayon de 5km. S'agissant de l'accessibilité aux formations sanitaires de première référence, ce taux est de 50%. La majorité des communautés rurales ne disposent pas d'un hôpital à moins de 5 km (34% contre 77% pour le milieu urbain) [40]. Ici, il s'agira plus de dire si oui ou non l'hôpital est accessible au patient sur le plan géographique.

- **Accessibilité financière aux soins** il s'agit ici de savoir le coût de la prise en charge depuis l'arrivée à l'hôpital et surtout s'il y a eu une difficulté à honorer les frais. Le patient devrait pouvoir honorer les différents soins.

- **Accessibilité culturelle** consiste à savoir si les représentations culturelles de la maladie ont été prises en compte dans la prise en charge [41].

✓ **Facilité d'accès au service de soins dans la structure**

Le patient qui rentre dans une formation sanitaire doit pouvoir se rendre dans le secteur qu'il désire même s'il est à sa première visite grâce aux différentes signalisations. L'accueil dans le secteur de soin doit être permanent, rapide (durée de l'attente courte).

✓ **Evaluation de l'état de santé et des besoins du patient et la coordination de la prise en charge**

- **Accueil du patient**

L'accueil est la manière de recevoir quelqu'un. Le soignant doit d'abord saluer son patient (l'enfant) et son accompagnateur (parents), lui souhaiter la bienvenue et leur offrir un siège. Puis de façon subtile faire une évaluation rapide de l'état de santé du patient afin d'apprécier le degré d'urgence. Il doit enfin se présenter et présenter les autres membres de l'équipe et les mettre en confiance.

- **Interrogatoire**

L'interrogatoire est une étape de l'examen clinique qui comprend : le motif de la visite, les renseignements généraux du patient (nom, prénoms, âge, sexe, date de naissance, profession des parents, adresse complète, situation matrimoniale des parents, contact d'une personne à prévenir en cas d'urgence), l'anamnèse de la maladie (enregistrer les plaintes, rechercher la date de début de la principale plainte, les caractéristiques, les facteurs déclenchants, les facteurs atténuants,

demander la conduite tenue, demander l'évolution), les antécédents familiaux (Ascendants :père et mère, collatéraux) par rapport à certaines affections comme l'hypertension artérielle, le diabète, la drépanocytose, etc et les antécédents personnels [antécédents médicaux (hypertension artérielle, diabète, drépanocytose, allergies aux médicaments); antécédents physiologiques (déroulement de la grossesse, déroulement de l'accouchement, déroulement de la période néonatale, état vaccinal, conduite de l'alimentation, croissance somatique, développement psychomoteur, déparasitage, supplémentation en micronutriments, PAPMI) et antécédents pathologiques].

Il se termine par une enquête sociale qui renseigne le milieu de vie, l'existence d'un soutien parental, la couverture ou non par une prise en charge administrative.

- **Examen physique**

Après avoir préparé le matériel, le soignant doit expliquer le déroulement de l'examen au patient et aux parents et obtenir leur accord. Ensuite, il doit se laver les mains à l'eau et au savon, aider le patient à s'installer.

L'examen physique débute par l'examen de l'état général au cours duquel le soignant doit :

- Apprécier l'état général
- Apprécier la coloration des muqueuses et des téguments
- Prendre la température
- Prendre le pouls
- Prendre la tension artérielle
- Prendre la fréquence respiratoire

- Prendre le poids
- Prendre la taille
- Apprécier la présence d'œdème des membres inférieurs

Puis selon le motif de consultation, va suivre l'examen local puis régional appareil par appareil en respectant les différents temps de l'examen physique (inspection, palpation, percussion, auscultation, mobilisation, mensuration…). Pour des raisons didactiques, nous citerons les différents examens possibles suivant les appareils en partant de la tête au pied :

- Examen Neurologique
- Examen Ophtalmologique
- Examen Oto-Rhino-Laringologique
- Examen Cardio-vasculaire
- Examen Pleuropulmonaire
- Examen Hépato-digestif
- Examen de l'appareil génito-urinaire
- Examen gynéco-obstétrique (seins, aires ganglionnaires axillaires, abdomen, utérus, examen au spéculum, toucher vaginal)
- Examen de l'appareil locomoteur

- **Hypothèse diagnostique**

Au terme de l'interrogatoire et de l'examen physique, le soignant aboutit à des hypothèses diagnostiques qu'il évoque en partant du plus probable au moins probable. Ce sont des idées émises qui seront retenues ou rejetées (confirmées ou infirmées) à partir des résultats des examens paracliniques.

- **Examens complémentaires**

Ce sont les examens paracliniques qui permettront de confirmer ou d'infirmer le diagnostic. Ils sont de deux types :

- Examens biologiques
- Examens d'imagerie

- **Diagnostic de certitude**

C'est le diagnostic retenu au décours de l'examen clinique et des résultats des examens complémentaires.

- **Traitement**

Le soignant ne peut attendre les résultats aux éventuels examens paracliniques pour mettre son patient sous traitement. Ce traitement est dit de présomption. Par contre lorsque le diagnostic est clairement établi, on dit que le traitement est étiologique. Le traitement se doit d'être en adéquation avec le diagnostic.

- **Surveillance et rendez-vous de suivi**

Lorsque le traitement est démarré, une surveillance des signes, des paramètres vitaux, du suivi du traitement et de probables effets indésirables est obligatoire.

A la fin de la consultation ou de l'hospitalisation, le soignant inscrit le rendez-vous de contrôle dans le carnet du patient tout en l'informant de la date du rendez-vous.

- **Renvoi**

Enfin le soignant prend congé du patient (consultation) en le raccompagnant, en lui demandant si toutes les préoccupations sont prises en compte et en lui demandant de revenir au besoin.

En hospitalisation pédiatrique, la coordination de la prise en charge est encore plus essentielle pour les patients reçus en urgence ou en hospitalisation. Il s'agit ici de s'assurer de la disponibilité immédiate de l'agent qualifié, la disponibilité du médicament dans l'hôpital, de vérifier le délai entre la prescription et l'administration des médicaments, entre la prescription et l'administration des produits sanguins et à observer la relation interpersonnelle soignant-soignant et soignant-soigné, le soigné étant le couple mère-enfant.

En cas de sortie de l'établissement de soins, elle doit être suggeste à une décision du corps médical, sanctionnée par un résumé de sortie bien rédigé. Le soignant doit expliquer au patient le traitement de sortie et lui remettre son carnet de rendez-vous.

- ✓ **Hygiène des mains avant examen**

Il s'agit essentiellement du lavage des mains à l'eau et au savon à toutes les étapes de la prise en charge.

1.2.2.3. Composante « résultat »

Les soins de qualité sont caractérisés par une efficacité des soins qui forcément va impacter le niveau de satisfaction des patients. Pour apprécier la qualité des résultats, on s'intéresse plus précisément à la satisfaction du patient hospitalisé du service de pédiatrie (leurs parents surtout) en évaluant quatre paramètres à savoir :

- ✓ **Satisfaction du patient de la relation soignant-soigné**

La satisfaction du patient de la relation soignant-soigné est évaluée grâce à des paramètres bien définis. Ce sont :

- L'impression sur l'accueil reçu à l'arrivée dans le(s) service(s) de soins en dehors du service des urgences

- La possibilité d'identifier les fonctions (médecin, infirmière, aide-soignante, etc.) des différentes personnes travaillant dans le service

- L'impression sur les précautions prises par le personnel pour respecter l'intimité du patient

- L'existence de gêne ou d'agacement envers les médecins qui parleraient devant les patients comme s'ils n'étaient pas là

- L'existence de gêne ou d'agacement envers les infirmières ou autres employés du service qui parleraient devant les patients comme s'ils n'étaient pas là

- La politesse et l'amabilité du personnel de service

- L'obtention d'aide en cas de besoin de la vie courante comme se laver, s'habiller et manger

✓ **Satisfaction du patient de son niveau d'implication dans les soins administrés**

Les paramètres qui sont pris en compte pour évaluer la satisfaction du patient de son niveau d'implication dans les soins administrés sont :

- L'obtention d'explications spontanées (sans être obligé de demander) sur l'état de santé, le traitement, les soins, etc

- La clarté et la compréhensibilité des explications ou les réponses des médecins du service

- L'information sur les effets indésirables possibles des médicaments prescrits dans l'établissement de santé (autre que le traitement habituel)

- L'information donnée sur les complications possibles en cas d'examens invasifs

- Le niveau d'implication souhaité pour participer aux décisions concernant les soins ou le traitement

- L'information donnée sur les médicaments à prendre après la sortie (dosage, horaires, les effets indésirables...)

- L'information sur la reprise des activités après la sortie

- L'information sur les signes ou les complications devant vous amener à recontacter l'hôpital ou le médecin après la sortie

✓ **Satisfaction du patient du confort, de l'hospitalisation et des repas**

Au niveau de la satisfaction du patient du confort, de l'hospitalisation et des repas, sont pris en compte :

- Le confort de la chambre

- La propreté de la chambre

- La température de la chambre

- Le bruit en chambre

- Le sentiment sur les repas servis dans l'établissement de santé

- Le sentiment sur la variété des plats proposés

✓ **Satisfaction du patient des soins globaux**

Les soins en général sont évalués grâce aux paramètres suivants :

- L'attente en cas de besoin d'aide de façon urgente

- La gestion des autres inconforts liés à la maladie comme des nausées, une mauvaise position, des vertiges

- L'impression sur les soins reçus dans l'ensemble

- Le sentiment sur l'organisation de la sortie (par exemple, l'annonce de la date de sortie, la destination à la sortie, etc)

- L'état de santé actuel par rapport à l'admission

- Le niveau de satisfaction sur la vie en général (en dehors de l'établissement de santé)

1.3. Quelques stratégies de lutte contre la mortalité infanto-juvénile

Pour atteindre les objectifs 4 et 6 des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), un certain nombre d'interventions recommandées ont été initiées et mises en œuvre au Bénin pour la survie de l'enfant. Au nombre de celles-ci nous avons : la PCIME, le TETU, la lutte contre le paludisme.

1.3.1. Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'enfant (PCIME)

La PCIME est une stratégie de grande envergure destinée à réduire la morbidité et la mortalité de l'enfant dans les pays en développement. L'intervention centrale de la PCIME est la prise en charge intégrée des 5 causes les plus importantes de la mortalité infantile : infections respiratoires aigües (IRA), diarrhée, rougeole, paludisme et malnutrition [42]. C'est une approche qui combine dans un ensemble cohérent et de façon convergente, les activités et moyens des soins curatifs, préventifs et promotionnels en vue d'améliorer l'efficience et l'efficacité de la lutte contre les principales maladies de l'enfant.

La PCIME a pour objectifs de :

Réduire de manière significative les taux globaux de mortalité et de morbidité liés aux causes principales de la maladie chez l'enfant ;

Contribuer à une croissance et à un développement harmonieux de l'enfant.

Elle combine 4 composantes qui sont :

- la composante clinique qui vise le renforcement des capacités des prestataires de soins à la prise en charge adéquate des pathologies fréquentes de l'enfant

- la composante communautaire qui vise l'éducation à la santé des communautés de base sur les premiers gestes à faire en cas d'apparition de signes de maladies et le développement de réflexes à un recours précoce au centre de santé

- la composante concernant le système de santé dans le but du renforcement du plateau technique

- la composante amélioration des pratiques familiales et communautaires a pour objectifs de :

- Promouvoir la croissance par la promotion de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois
- Prévenir la maladie par la vaccination correcte des enfants et des femmes enceintes, les consultations prénatales, la prophylaxie anti-palustre mécanique, l'observance des mesures d'hygiène, la supplémentation en fer et en Vit A
- Promouvoir les soins à domicile par une bonne observance, la préparation et l'administration du SRO, maintenir une bonne alimentation et augmenter l'apport de liquide pendant la maladie, puis augmenter immédiatement l'alimentation après la maladie, le traitement efficace et approprié de la pneumonie de la dysenterie et des infections néonatales par des antibiotiques

- Recourir aux soins en cas de maladie et référer rapidement l'enfant dès l'apparition des signes de danger dans une structure de soins appropriés.

Le Bénin a adopté cette stratégie pour faire baisser la mortalité des enfants comme tout autre pays de la sous-région.

1.3.2. Tri, Evaluation et Traitement d'Urgence (TETU)

TETU est le processus par lequel on évalue rapidement les enfants malades dès leur arrivée à l'hôpital de façon à identifier : ceux présentant des signes d'urgence nécessitant un traitement d'urgence immédiat ; ceux présentant des signes prioritaires nécessitant un examen et un traitement prompte, et ceux qui ne sont pas en situation d'urgence ni prioritaire pouvant faire le rang et attendre leur tour. Cette stratégie a été proposée dans le but de réduire la mortalité hospitalière précoce des enfants. Car il a été constaté que la plupart des décès dans les structures hospitalières chargées de la prise en charge (PEC) des enfants surviennent dans les 24 premières heures (60 à 70%) en Afrique au Sud du Sahara [43]. Elle permet donc un tri rapide et une standardisation des gestes de soins d'urgence pédiatrique à travers la standardisation de la mise en condition de l'enfant présentant des signes de gravité de diverses pathologies. Le but recherché est le maintien en vie de l'enfant en état d'urgence et sa stabilisation en vue de la poursuite des soins dans le traitement étiologique.

Les signes d'urgence sont : l'obstruction des voies aériennes, la détresse respiratoire sévère, la cyanose centrale, l'état de choc, le coma, les convulsions, les signes de déshydratation sévère, l'hypoglycémie.

Les signes de priorité sont : nourrissons de moins de 2 mois, fièvre très élevée, traumatisme ou autre urgence chirurgicale, pâleur, intoxication, douleur sévère

ou irritabilité, malnutrition sévère, œdème des membres inférieurs et une brûlure étendue.

Au Bénin, les objectifs spécifiques pour TETU étaient de porter à 50 le nombre des hôpitaux mettant en œuvre le TETU et de réduire de 25% le taux de mortalité des enfants survenant dans les 24 heures, dans les hôpitaux mettant en œuvre le TETU [44].

1.3.3. Lutte contre le paludisme

Selon l'OMS, «cette affection continue de peser sur la santé et le développement économique de plus de cent pays à travers le monde. Dans plusieurs pays, les dépenses consacrées au paludisme sont estimées à environ 40% des dépenses du secteur de la santé. Dans la région africaine de l'OMS, où surviennent 80 à 90% des décès dus au paludisme, ce dernier constitue un véritable problème de santé publique » [44].

Pour faire face à cette endémie, plusieurs initiatives ont été prises, notamment l'initiative " Faire reculer le paludisme" dont l'objectif était de réduire la mortalité due au paludisme de 50% d'ici 2010 [45].

Au Bénin, l'incidence du paludisme estimée à 15,2% dans la population générale est plus élevée chez les enfants de moins d'un an (49,3%) et les enfants de 1 à 4 ans (26,9%) [38]. Face à cette situation, différentes stratégies de lutte ont été développées telles que l'utilisation de Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'action (MIILD), l'utilisation de combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine pour le traitement des accès palustres et le traitement préventif intermittent (TPI) chez les femmes enceintes [46]. Malgré des mesures correctives en cours d'exécution avec l'initiative "Faire reculer le paludisme", le nombre de cas de décès reste élevé [44]. En réponse à cette initiative, le gouvernement s'est inscrit dans la levée de l'obstacle d'accès aux

soins en lançant en 2011, l'initiative présidentielle de prise en charge gratuite des cas de paludisme chez les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans.

Grâce aux efforts conjugués des états, des partenaires, des travailleurs locaux de la santé et de la société civile, les décès imputables au paludisme ont baissé de 20% dans le monde passant de 985000 cas en 2000 à 781000 en 2009. L'Afrique a enregistré la baisse absolue la plus importante de décès imputable au paludisme [47]. L'utilisation de MIILD n'a fait que doubler passant de 30 millions à 63 millions par an entre 2004 et 2006 [48].

Mais au Bénin, selon les données de l'EDS IV en 2012, l'utilisation des MIILD est passée de 20,1% chez les enfants de moins de cinq ans et 19,6% chez les femmes enceintes en 2006 à respectivement 65,7% et 70,6% en 2011. Cependant le paludisme demeure la première cause de consultation et d'hospitalisation dans les formations sanitaires pour les enfants de moins de cinq ans (44,1% ; 49,8%) [49].

1.3.4. Autres stratégies de lutte contre la mortalité infanto-juvénile

- Soins Obstétricaux et Néonataux Essentiels (SONE)
- La Nutrition
- La Vaccination
- La lutte contre l'infection à VIH

1.4. Les représentations socioculturelles de la maladie et la médecine traditionnelle

La médecine africaine traditionnelle est une médecine alternative faisant appel à l'herboristerie autochtone et à la spiritualité africaine, impliquant généralement des devins, des sages-femmes, et des herboristes. Les praticiens de la médecine africaine traditionnelle affirment pouvoir soigner diverses maladies telles que les

cancers, les troubles psychiatriques, l'hypertension artérielle, le choléra, les maladies vénériennes, l'épilepsie, l'asthme, l'eczéma, la fièvre, l'anxiété, la dépression, l'hyperplasie bénigne de la prostate, les infections, la goutte ; et susciter la guérison des plaies et des brûlures et même de la fièvre Ebola [50, 51]. Cette médecine dont les praticiens sont convaincus de ce que la maladie ne découle pas d'évènements fortuits, mais d'un déséquilibre spirituel ou social, diffère grandement de la médecine scientifique moderne. Cette dernière reposant sur les bases techniques et analytiques. Pour le noir africain, la maladie serait due à un conflit de l'individu malade avec une personne, avec un esprit, avec un ancêtre ; ou elle serait due à un envoûtement.

Le diagnostic est obtenu par des moyens spirituels puis un traitement est prescrit, consistant généralement en un remède à base de plantes qui est considéré comme ayant non seulement des capacités de guérison, mais également une signification symbolique et spirituelle. Ces méthodes de diagnostics et de traitement tiennent essentiellement compte des aspects spirituels, souvent fondés sur la conviction que les aspects psycho-spirituels doivent être traités avant ceux médicaux. Dans la culture africaine, on pense que « personne ne tombe malade sans raison suffisante » [52]. Les praticiens traditionnels considèrent le « qui » comme ultime, plutôt que le « quoi », pour localiser la cause et le traitement d'une maladie, et les réponses fournies découlent des croyances cosmologiques du peuple [52]. Plutôt que de rechercher les raisons médicales ou physiques d'une maladie, les guérisseurs traditionnels tentent de déterminer la cause fondamentale de la maladie, qui résulterait d'un déséquilibre entre le patient et son environnement social ou le monde spirituel, et non de causes naturelles [50]. Les causes naturelles sont considérées comme dues à l'intervention d'esprits ou de dieux. Par exemple, la maladie peut être attribuée à la culpabilité de la personne, de la famille, ou du village pour un péché ou une atteinte morale. La maladie proviendrait donc du mécontentement

des dieux ou de Dieu, à cause d'une infraction à la loi morale universelle [52]. Selon le type de déséquilibre que connait l'individu, une plante de guérison appropriée sera utilisée, selon sa signification symbolique et spirituelle ainsi que pour son effet médicinal.

Quand une personne tombe malade, un praticien traditionnel utilise des incantations pour établir le diagnostic. Ces dernières donnent un aspect de connexions mystiques et cosmiques. La divination est généralement utilisée si la maladie n'est pas facilement identifiable; sinon la maladie peut être rapidement diagnostiquée et traitée. Si la divination est nécessaire, le praticien conseillera au patient de consulter un devin qui pourra diagnostiquer et guérir. Le contact avec le monde des esprits par la divination nécessite souvent non seulement des médicaments mais aussi des sacrifices [52]. Les praticiens traditionnels utilisent une grande variété de traitements, allant de la « magie » aux méthodes biomédicales telles que le jeûne et les régimes amaigrissants, la phytothérapie, le bain, les massages et les procédures chirurgicales [53]. Les migraines, la toux, les abcès, et la pleurésie sont souvent traités en pratiquant des entailles dermiques, après quoi une pommade à base de plantes est appliquée avec des médicaments eux aussi à base de plantes. Les animaux sont également parfois utilisés pour transférer la maladie ultérieurement, ou pour la fabrication de médicaments de zoothérapie. Dans certaines cultures, on frotte une pommade aux herbes chaudes sur les paupières du patient pour soigner les maux de tête. Le paludisme est traité en buvant et en utilisant la vapeur d'un mélange à base de plantes. Les fièvres sont souvent traitées par un bain de vapeur. Dans le but de guérir l'alcoolisme, on provoque des nausées et vomissements en trempant la viande de bœuf crue dans la boisson d'une personne alcoolique. En Afrique du Sud les os de babouin sont utilisés dans le traitement de l'arthrite et le frottement des terpénoïdes du coléoptère sur la peau dans celui des maladies de la peau [54].

Environ 60 à 80% des africains ont recours aux remèdes traditionnels pour se soigner eux-mêmes contre diverses maladies [55, 56]. Une revue systématique publiée en 2018 a estimé que près de 60% de la population en Afrique Subsaharienne utilisait des médicaments traditionnels et des médicaments complémentaires [57].

En ce qui concerne la médecine traditionnelle au Bénin, elle est l'ensemble des pratiques traditionnelles, culturelles, et cultuelles qui tire des principes dans les différentes coutumes, le vodoun, les cultes et pratiques du Bénin [58]. Basée souvent sur des cultes liés aux ancêtres et aux dieux de la nature, elle se pratique depuis des millénaires à l'aide de médicaments conçus à partir de la matière animale, végétale ou minérale [59] dont les enseignements sont transmis de générations en générations. Plus de 80% de la population béninoise ont recours à la médecine traditionnelle pour le traitement de plusieurs maladies [60].

Les matières végétales qui regroupent des plantes utilisées à des fins médicinales constituent un savoir local populaire. Celles minérales regroupent le calcium, le sel et l'eau. Les bijoux à base de perles et de coquillages, les objets métalliques ou en terre cuite, et les poupées en bois sont également utilisés par certains spécialistes comme les maîtres vodoun.

Il est important de noter que les médicaments à base de plantes en Afrique ne font généralement pas l'objet de recherches suffisantes et sont peu réglementés [61]. La documentation détaillée des connaissances traditionnelles, généralement transmises oralement, fait défaut [62]. Des erreurs d'identification ou la mauvaise utilisation des plantes en vue de la guérison peuvent entrainer des effets indésirables graves [50].

II. CADRE, MATÉRIEL ET MÉTHODE D'ÉTUDE

2.1. Cadre d'étude

Notre étude avait pour cadre la Clinique Universitaire de Pédiatrie et Génétique Médicale (CUPGM) du CNHU-HKM de Cotonou au Bénin.

2.1.1. Présentation du CNHU-HKM de Cotonou

C'est le premier hôpital de référence du Bénin créé en 1962. Avec la création de l'Université Nationale du Bénin (UNB), il est érigé depuis le 10 Janvier 1973, en Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU) afin de permettre aux étudiants en médecine de l'UNB d'y faire leur stage pratique. Ce centre est situé en plein cœur de Cotonou, au quartier Ahouanlèko et faisant face à la présidence de la république. Il est au sommet de la pyramide sanitaire au Bénin.

Le CNHU-HKM a pour mission de :

- faire des investigations cliniques et paracliniques concourant au diagnostic des pathologies complexes
- traiter les cas médicaux les plus complexes
- assurer la formation pratique des agents de santé de différentes catégories
- assurer des activités de recherche scientifique.

Il comprend cinq départements :

- département de chirurgie et spécialités chirurgicales
- département de médecine et spécialités médicales
- département de santé maternelle et infantile dont fait partie la CUPGM
- département des services biotechniques
- département administratif composé des différents services administratifs

2.1.2. Présentation la Clinique Universitaire de Pédiatrie et Génétique Médicale

La CUPGM s'occupe de la médecine des enfants âgés de 0 à 18 ans. Elle est située entre les services de scanographie et de médecine sur l'aile droite en entrant au CNHU-HKM. Elle est répartie en deux secteurs :

- le secteur de la pédiatrie générale
- l'unité de néonatologie annexée à la Clinique Universitaire de Gynécologie Obstétrique (CUGO)

2.1.2.1. Les infrastructures

❖ **Le secteur de la pédiatrie générale**

Ce secteur est subdivisé en trois blocs à savoir le bloc des urgences, le bloc de la consultation et le bloc d'hospitalisation.

Le bloc des urgences est constitué de :

- un hall d'entrée
- deux salles de réception des urgences
- trois salles de surveillance
- une salle de réanimation
- une salle de déchoquage
- deux salles d'hospitalisation VIP
- un bureau pour le surveillant
- trois salles de garde dont une pour les médecins, une pour les IDH et une pour les infirmiers.

Le bloc de la consultation est composé de :

- un hall servant de salle d'accueil et d'attente
- trois salles de consultation
- une salle de vaccination

- une salle d'archive
- quatre bureaux dont un pour la surveillante et trois pour les médecins
- un office du personnel
- une bibliothèque
- deux salles de conférence
- une salle de statistique

Le bloc d'hospitalisation est composé de :

- une salle pour les soins continus
- sept salles d'hospitalisation d'une capacité totale de 50 lits
- une salle de dialyse
- une salle de prélèvement
- une salle de soins
- une salle de jeux
- six bureaux dont quatre pour les médecins, un pour le surveillant et un pour le col-vert
- quatre salles de garde dont un pour les médecins en spécialisation de pédiatrie, un pour les internes (étudiants en 6ème année de médecine générale), un pour les infirmiers et un dernier pour les aides-soignants.

❖ **L'unité de Néonatologie** dispose de :

- une salle de réception des urgences néonatales
- une salle d'hospitalisation pour les nouveau-nés sains
- deux salles d'hospitalisation pour les nouveau-nés malades
- une salle d'hospitalisation pour les nouveau-nés en détresse vitale
- deux salles d'hospitalisation pour les nouveau-nés prématurés
- deux salles de garde dont une pour les médecins et une pour les infirmiers
- une salle d'allaitement

- une salle réservée pour l'examen systématique des nouveau-nés
- deux salles dont l'une sert de décontamination et l'autre faisant office de magasin
- un réfectoire
- un bureau pour la surveillante

2.1.2.2. Les ressources humaines

Le personnel soignant réparti dans les différents secteurs du service est composé de :

- un professeur titulaire de pédiatrie
- deux maîtres de conférences agrégés de pédiatrie
- trois maîtres assistants de pédiatrie
- un assistant de pédiatrie
- quatre pédiatres du service
- des médecins en spécialisation de pédiatrie
- des stagiaires internés
- trois surveillants dont un pour chaque bloc du secteur de la pédiatrie générale
- deux techniciennes supérieures de pédiatrie dont une jouant le rôle de surveillante de l'unité de néonatologie
- quarante-sept infirmiers
- quarante-deux aides-soignants dont dix-huit occasionnels
- deux agents d'administration (col-vert)

2.1.2.3. Les activités du service

Elles sont de trois ordres :

- les activités de soins

- les activités de formation à savoir les cours et les stages hospitaliers des étudiants de 5ème année et 6ème année de médecine ainsi que des médecins en formation pour le Diplôme d'Etudes Spécialisées (D.E.S.) de pédiatrie.
- les activités de recherche à savoir les communications et publications scientifiques, les thèses de doctorat en médecine, les mémoires de D.E.S. de pédiatrie.
- Les consultations externes sont assurées dans la matinée, du lundi au vendredi, par des pédiatres et des médecins en formation du D.E.S. de pédiatrie.

2.2. Méthodes d'étude

2.2.1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale, prospective, à visée descriptive analytique.

2.2.2. Période d'étude

L'étude s'est étendue du 11 août au 09 octobre 2019.

2.2.3. Population d'étude

La population d'étude était composée des enfants de 1 mois à 18 ans, admis aux urgences du service de pédiatrie du CNHU-HKM de Cotonou et de leurs parents (mères).

2.2.4. Echantillonnage

❖ **Méthode et technique**

Nous avons procédé à un échantillonnage au hasard.

En effet, le mois précédant la collecte de nos données, le nombre d'admission journalière aux urgences de Pédiatrie était de 15 en moyenne. Nous avons établi des papiers sur lesquels étaient inscrits les numéros de 1 à 15. Un tirage au sort d'un numéro a été effectué par une personne X. Le numéro tiré ayant été le 5, ce chiffre a constitué la base de la sélection avec un pas de deux arbitrairement choisi.

❖ **Taille de l'échantillon**

Elle a été calculée selon la formule de SCHWARTZ

$$n = \frac{z_{\alpha}^{2} pq}{i^2}$$

n= taille de l'échantillon

i= 5% (precision désirée)

p= 9,6 %

q= 1-p= 90,4%

Zα= 1,96 (valeur de l'écart réduit au risque α égal à 5%)

D'où **n= 133**

La taille obtenue était **133**, qui majorée de 10%, donnait **146**

2.2.5. Critères d'inclusion

Ont été inclus dans cette étude, tous les enfants de 1 mois à 18 ans et leurs mères.

2.2.5. Critères de non inclusion

N'ont pas été inclus tous les enfants dont les parents ont refusé de participer à l'enquête. Et lorsque ce cas se produisait, cet enfant est sauté tout en respectant le pas de deux.

2.3. Technique et outils de collecte des données

Partant du registre d'admission, nous avons fait la sélection du 1er enfant à prendre comme nous l'avons décrit précédemment. Ensuite nous avons relevé les données à l'aide d'une fiche d'enquête auprès des mères, puis le reste des données à partir du registre d'hospitalisation et des dossiers médicaux des enfants.

2.4. Variables étudiées

Les variables auxquelles nous nous étions intéressés dans notre étude étaient:

- Variable dépendante : devenir des enfants

- Variables indépendantes : âge, sexe, niveau d'étude des parents, zone de résidence, moyen de transport au CNHU-HKM, délai de consultation des enfants après le premier symptôme, nombre de centres parcourus par les enfants, notion et type de traitement antérieur, délai d'admission et mode d'admission au CNHU-HKM, état de l'enfant à l'admission, qualité des soins reçus à l'admission (personnel accueillant les enfants, délai du premier contact, délai du premier soin, hypothèse émise ou diagnostic posé, surveillance), perception des parents de la prise en charge au CNHU-HKM

❖ **Opérationnalisation des variables :**

- Nous avons défini arbitrairement comme provenant de la zone urbaine, tout enfant venant des centres villes ; et comme provenant de la zone rurale tout enfant vivant en dehors des centres villes.

- Le premier contact a été considéré comme l'heure inscrite dans le dossier à laquelle l'enfant a été vu par le personnel médical.
- Le premier soin a été considéré comme toute mesure de prise en charge : abord veineux, oxygénothérapie …
- Le traitement approprié ou non au tableau clinique : En effet en l'absence de protocole de prise en charge des pathologies dans le service, nous avons consulté les livres pour évaluer le caractère approprié ou non de ce dernier au diagnostic.
- Le remplissage de la fiche de surveillance était considéré comme correct si le nombre de feuilles de surveillance était bien rempli et correspondait au nombre de jours d'hospitalisation.
- La qualité des soins avait été évaluée par les paramètres suivants :
  - Le délai du premier contact avec le Pédiatre en minutes : il était considéré comme :
    - ✓ Bon s'il était compris entre [0-10] et quoté à 4
    - ✓ Moyen s'il était compris entre [11-20] et quoté à 3
    - ✓ Médiocre s'il était compris entre [21-30] et quoté à 2
    - ✓ Nul s'il était >30 et quoté à 1
  - Le délai du premier soin en minutes : il était considéré comme :
    - ✓ Bon s'il était compris entre [0-10] et quoté à 4
    - ✓ Moyen s'il était compris entre [11-20] et quoté à 3
    - ✓ Médiocre s'il était compris entre [21-30] et quoté à 2
    - ✓ Nul s'il était > 30 et quoté à 1
  - L'hypothèse émise ou le diagnostic posé était :
    - ✓ Bon si une hypothèse a été émise ou un diagnostic a été posé. Il était quoté à 2

- ✓ Mauvais en absence d'hypothèse ou de diagnostic. Il était quoté à 1

- Le traitement : était considéré comme :
  - ✓ Bon s'il était approprié au tableau et quoté à 2
  - ✓ Mauvais s'il était inapproprié et quoté à 1
- La fiche de Surveillance : était considérée comme :
  - ✓ Bien remplie si le nombre de feuilles correspondait au nombre de jours d'hospitalisation. Il est quoté à 2
  - ✓ Mal remplie si le nombre de feuilles ne correspondait pas au nombre de jours d'hospitalisation. Il est quoté à 1

Le score maximum était de 14

- Qualité des soins **bonne** : score supérieur ou égale à 12.
- Qualité des soins **moyenne** : score compris entre 9 et 11.
- Qualité des soins **mauvaise** : score compris entre 6 et 8.
- Qualité des soins **nulle :** score inférieur ou égale à 5.

2.5. Traitement et analyse des données

Après la collecte, les données ont été apurées et codifiées puis saisies dans le logiciel EPI data 3.1. L'analyse a été faite avec le logiciel Epi-Info 7.1.0.6. Les variables qualitatives ont été exprimées fréquence en pourcentage avec leur intervalle de confiance à 95% ; les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne et médiane selon que la distribution soit normale ou pas. Les fréquences et les moyennes sont comparées soit par le test de chi – 2 de Person si l'un des effectifs théoriques est ≥ 5 ; ou le chi – 2 de Yates si effectif théorique est entre [3 – 5[; soit encore le chi – 2 de Fischer si effectif théorique <3 et le test de Student. Pour les différentes associations le seuil de significativité était de 5%.

La saisie de texte a été faite à l'aide de Microsoft Word 2013, les tables et graphiques à l'aide de Microsoft Excel 2013 pour l'organisation des résultats sous forme de tableaux et de graphiques.

2.6. Considérations éthiques

Cette étude avait été réalisée dans le respect strict des conditions prévues. Après autorisation des responsables administratifs du CNHU-HKM et du chef service de la Pédiatrie, l'étude s'était déroulée dans un climat de confidentialité, de respect de la vie et de la personne humaine ; l'anonymat des données ainsi que le consentement éclairé des enquêtés ont été observés ; ces derniers avaient la possibilité de refuser de participer ou de se retirer à tout moment de l'étude sans aucune contrainte ni menace.

III. RÉSULTATS

3.1. Caractéristiques sociodémographiques de la population

Nous avons recruté au total 146 enfants.

3.1.1. Sexe

Il y avait 78 garçons (53,4%) et 68 filles (46,6%), soit un sex ratio de 1,1.

3.1.2. Age

La tranche d'âge la plus représentée était celle de [1-50] mois, comme l'illustre la figure 4.

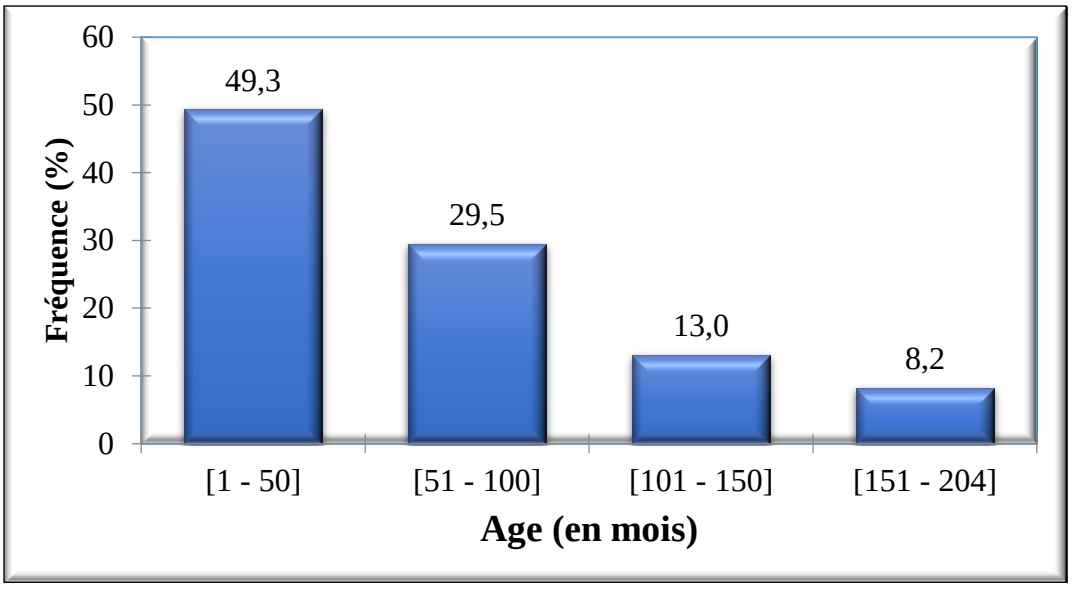


Figure 4 : Répartition des enfants selon l'âge

3.1.3. Zone de résidence

Les enfants venaient dans 51,4% des cas de la zone urbaine et dans 48,6% des cas de la zone rurale.

3.1.4. Niveau d'étude des parents

Les mères des enfants étaient analphabètes dans 36,3% des cas.

3.1.5. Moyen de transport des enfants au CNHU-HKM

Le principal moyen de transport au CNHU-HKM était la moto personnelle comme l'indique la figure 5.

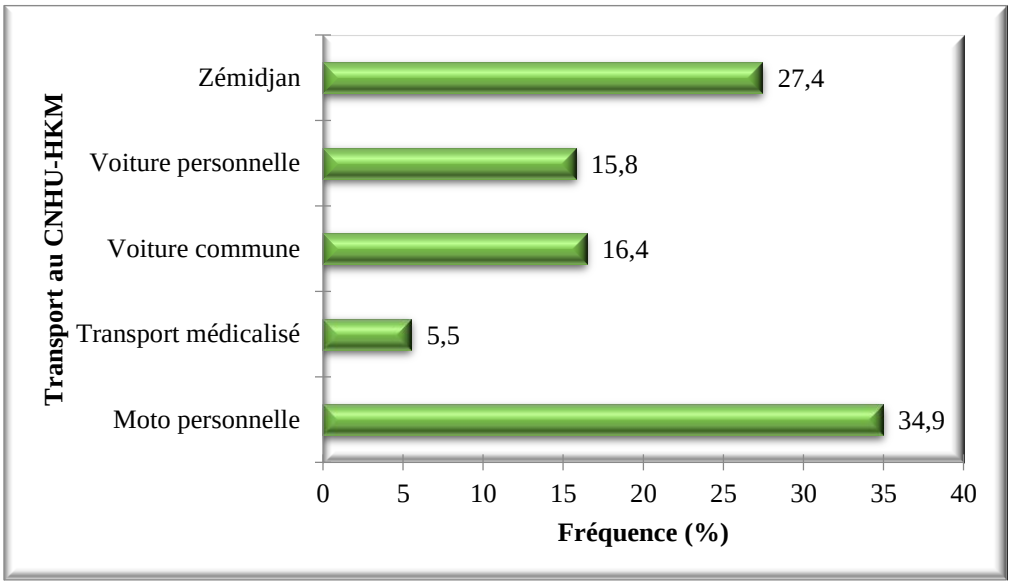


Figure 5 : Répartition des enfants selon le moyen de transport au CNHU-HKM

3.2. Mode d'admission des enfants au CNHU-HKM

Les enfants étaient référés dans 52,1% des cas et venaient en consultation directe dans 47,9% des cas.

3.3. Parcours suivi jusqu'à l'admission des enfants au CNHU-HKM

3.3.1. Délai de consultation après le premier symptôme

Le délai moyen de consultation après le premier symptôme était de 4,4 jours avec des extrêmes allant de 45 minutes à 60 jours.

3.3.2. Nombre de centres parcourus avant l'admission au CNHU-HKM

Les enfants ont visité entre un et 3 centres avant leur admission au CNHU-HKM.

La répartition des enfants selon le nombre de centres parcourus et la durée moyenne du séjour est présentée dans le tableau II.

Tableau II : Répartition des enfants selon le nombre de centres parcourus et la durée moyenne d'hospitalisation

	Effectifs N	Fréquence (%)	Durée moyenne d'hospitalisation
0 centre	49	33,6	NA
1 centre	42	28,7	1,5 jour
2 centres	41	28,1	04 jours
3 centres	14	9,6	4,2 jours
Total	**146**	**100**	-

NA = Non Applicable

3.3.3. Traitement antérieur reçu

La notion de traitement antérieur a été retrouvée chez 134 enfants (91,8%).

Le type de traitement reçu est montré dans le tableau III.

Tableau III : Répartition des enfants selon le type de traitement antérieur

	Effectifs N	Fréquence (%)
Traditionnel	79	54,1
Non médical	5	3,4
Automédication	116	79,5
Médical	80	54,8
- Approprié	18	12,3
- Inapproprié	30	20,5
- Inconnu	32	21,9

3.3.4. Délai d'admission des enfants au CNHU-HKM

Le délai moyen d'admission au CNHU-HKM était de 8 jours avec des extrêmes allant de 45 minutes à 75 jours.

3.4. Etat des enfants à l'admission au CNHU-HKM

Les enfants admis au CNHU-HKM étaient dans 90,4% des cas en détresse vitale. Les différentes détresses retrouvées sont représentées dans le tableau IV.

Tableau IV : Répartition des enfants selon les différentes détresses retrouvées.

	Effectifs	Fréquence (%)
Détresse hématologique	120	82,2
Détresse respiratoire	80	54,8
Détresse neurologique	78	53,4
Détresse cardiovasculaire	16	10,9
Détresse néphrologique	6	4,1

- Les principaux types de détresse hématologique étaient :
  - Ictère (9,6%)
  - Anémie sévère décompensée ou mal toléré (71,2%)
  - Hémorragie extériorisée (1,4%)
- Le principal type de détresse respiratoire était :
  - Polypnée + signe de lutte (54,8%)
- Les principaux types de détresse neurologique étaient :
  - Altération de l'état de conscience (24,6%)
  - Convulsion (21,2%)
  - Trouble du tonus (6,2%)
  - Signes méningés (1,4%)
- Les principaux types de détresse cardiovasculaire étaient :
  - Etat de choc (6,8%)
  - Déshydratation sévère (4,1%)
- Les principaux types de détresse néphrologique étaient :
  - Oligurie (3,4%)

- Anurie (0,7%)

- Les autres signes retrouvés étaient :
  - Syndrome infectieux (62,3%)
  - Hémoglobinurie (28,1%)
  - Polypnée superficielle (21,9%)
  - Etat de malnutrition aigüe sévère (8,2%)
  - Hypertension Artérielle : HTA (4,1%)

3.5. Qualité des soins reçus à l'admission au CNHU-HKM

3.5.1. Personnel accueillant les enfants

Les enfants admis étaient accueillis par le pédiatre dans 9,6% des cas, par l'interne dans 13,7% des cas, par le Docteur en Spécialisation (DES) dans 29,4% des cas et par l'interne et le DES ensemble dans 47,3% des cas.

3.5.2. Délai du premier contact avec le personnel médical

- Avec l'interne et le DES

Le délai moyen du premier contact était entre 0 et 10 minutes pour l'interne et le DES.

- Avec le Pédiatre

Le délai du premier contact était supérieur à 30 minutes, avec une moyenne de 239,6 minutes pour le pédiatre.

3.5.3. Délai du premier soin

Le premier soin était fait en moyenne dans les 10 premières minutes.

3.5.4. Hypothèses émises ou diagnostic posé

Chez tous les enfants admis des hypothèses ont été émises ou un diagnostic a été posé.

3.5.5. Traitement approprié ou non au tableau clinique

Le traitement a été approprié au tableau clinique dans 95,9% des cas. Mais il a été présomptif dans le reste des cas, faute de bilan paraclinique complet.

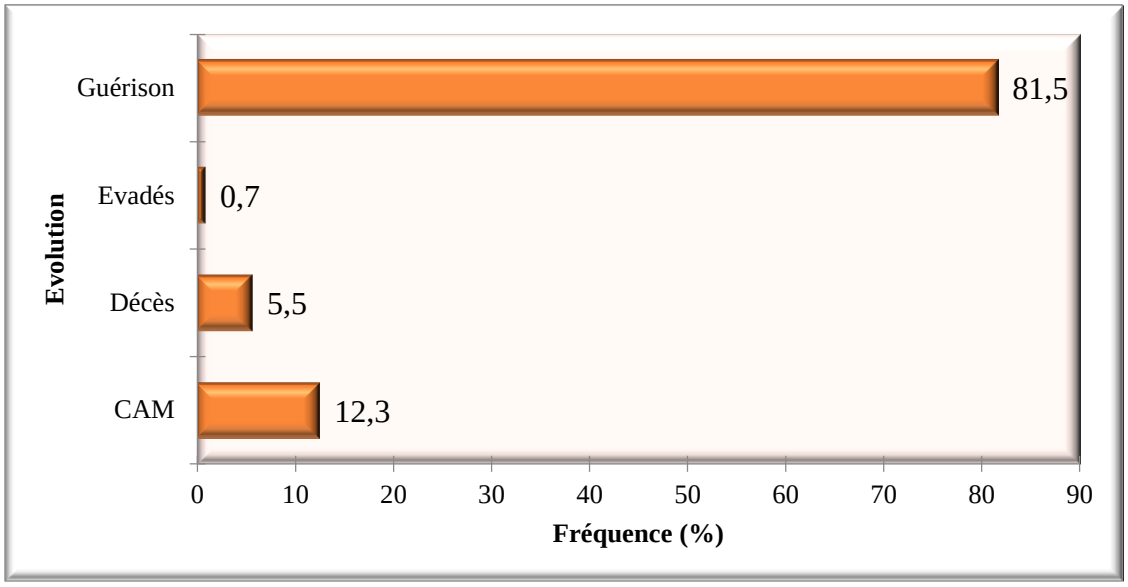
3.5.6. Surveillance des patients

La fiche de surveillance a été établie chez 145 patients (99,3%), remplie chez 131 patients (89,7%) et remplie correctement chez 80 patients (54,8%).

Globalement les soins étaient de moyenne qualité chez 86 enfants (58,9%), de bonne qualité chez 34 enfants (23,3%) et de qualité médiocre chez 26 enfants (17,8%).

3.6. Devenir des patients

L'issue principale de la maladie chez les enfants admis aux urgences en pédiatrie au CNHU-HKM était la guérison comme l'illustre la figure 6.



CAM= Contre Avis Médical

Figure 6 : Répartition des enfants selon le devenir

3.7. Impression des parents sur la prise en charge au CNHU-HKM

L'impression des parents était assez bonne dans 54,1% des cas comme l'indique la figure 7.

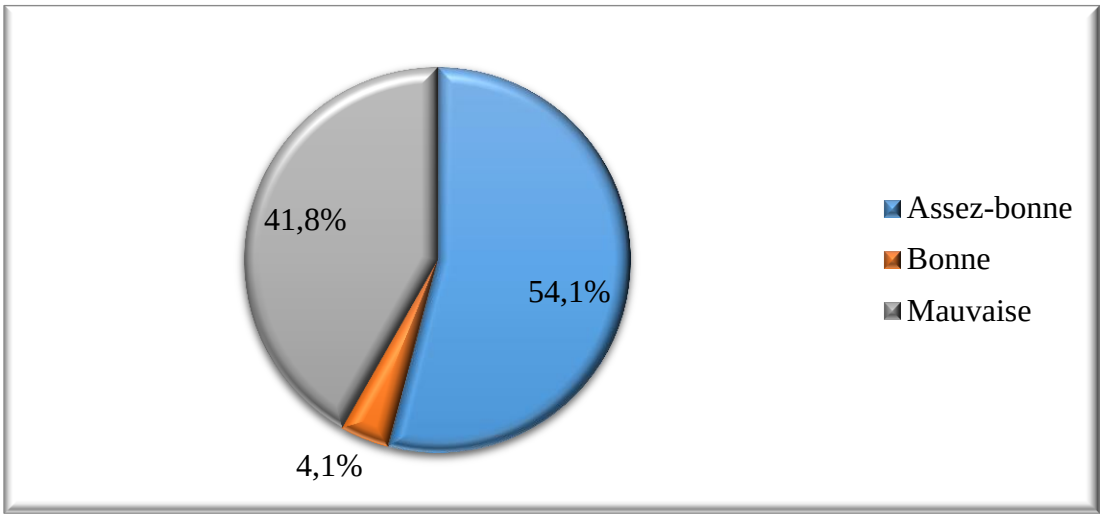


Figure 7 : Répartition des enfants selon l'impression des parents sur la prise en charge au CNHU-HKM

Les principales raisons avancées par les parents pour justifier leur impression étaient :

- Impression bonne : Prise en charge adéquate, bon accueil, amélioration de l'état clinique.

- Impression assez bonne : Bon accueil, coût élevé du bilan et de l'hospitalisation, amélioration de l'état clinique.

- Impression mauvaise : L'accueil désagréable, la négligence et la nonchalance du personnel en hospitalisation surtout à la garde, le retard dans les prélèvements et soins, l'absence de suivi de la part du médecin de garde, le coût élevé de l'hospitalisation en opposition aux conditions médiocres d'hygiène et de vie (les salles communes non aérées, de propreté douteuse, l'état endommagé des matelas, l'absence de draps de lits, de moustiquaire imprégnée à longue

durée d'action, de points d'eau et de toilette immédiats, portes et fenêtres sans protection anti-moustiques, les repas et les heures auxquelles ils sont servis …) et au caractère publique du CNHU-HKM, le coût élevé du bilan, l'absence de certains médicaments à la pharmacie de l'hôpital, la retro information non faite, les propos quelques fois désagréables du personnel.

3.8. Facteurs associés au devenir des enfants

3.8.1. Délai de consultation des enfants après le premier symptôme

Il n'existe pas d'association entre le délai de consultation après le premier symptôme et le devenir des enfants comme l'illustre le tableau V.

Tableau V : Devenir des enfants en fonction du délai de consultation après le premier symptôme

	Evolution					
	CAM	Décès	Evadés	Guérison	Total	**p**
< 1 jour	3	0	0	12	15	
>1 jour	15	8	1	107	131	**0,6**
Total	18	8	1	119	146	

CAM: Contre Avis Médical

3.8.2. Nombre de centres parcourus

L'association entre le nombre de centres parcourus et le devenir des enfants n'est pas statistiquement significative comme l'indique le tableau VI.

Tableau VI : Devenir des enfants en fonction du nombre de centres parcourus

	Evolution				Total	p
	CAM	Décès	Evadés	Guérison		
0 centre	5	2	0	42	49	
1 centre	7	2	1	46	56	
2 centres	3	3	0	21	27	**0,8**
3 centres	3	1	0	10	14	
Total	18	8	1	119	146	

CAM= Contre Avis Médical

3.8.3. Notion de traitement antérieur

L'association entre la notion de traitement antérieur et le devenir des enfants est représentée dans le tableau VII.

Tableau VII : Devenir des enfants en fonction de la notion de traitement antérieur

	Evolution					
	CAM	Décès	Evadés	Guérison	Total	**p**
Non	1	1	0	10	12	
Oui	17	7	1	109	134	**0,9**
Total	18	8	1	119	146	

CAM : Contre Avis Médical

Statistiquement, l'association n'est pas significative.

3.8.4. Délai d'admission des enfants au CNHU-HKM

Il n'existe pas d'association entre le délai d'admission au CNHU-HKM et le devenir des enfants comme l'indique le tableau VIII.

Tableau VIII : Devenir des enfants en fonction du délai d'admission au CNHU-HKM

	Evolution					
	CAM	Décès	Evadés	Guérison	Total	**p**
<1 jour	3	0	0	11	14	
>1 jour	15	8	1	108	132	**0,6**
Total	18	8	1	119	146	

CAM : Contre Avis Médical

3.8.5. Etat de détresse

L'association entre l'état de détresse et le devenir des enfants est représentée dans le tableau IX.

Tableau IX : Devenir des enfants en fonction de l'état de détresse

	Evolution					
	CAM	Décès	Evadés	Guérison	Total	**p**
Absence	1	0	0	13	14	
Présence	17	8	8	106	132	**0,7**
Total	18	8	1	119	146	

CAM= Contre Avis Médical

Cette association n'est pas statistiquement significative.

3.8.6. Personnel accueillant l'enfant

Le personnel accueillant l'enfant n'est pas associé au devenir de l'enfant comme l'illustre le tableau X.

Tableau X : Devenir des enfants en fonction du personnel accueillant

	Evolution					
	CAM	Décès	Evadés	Guérison	Total	**p**
DES	4	4	0	41	49	
Interne	14	4	1	76	95	**0,8**
Pédiatre	0	0	0	2	2	
Total	18	8	1	119	146	

CAM = Contre Avis Médical

3.8.7. Délai du premier contact avec le pédiatre

Le délai du premier contact avec le pédiatre n'est pas statistiquement associé au devenir de l'enfant comme l'illustre le tableau XI.

Tableau XI : Devenir des enfants en fonction du délai du 1er contact avec le pédiatre

	Evolution					
	CAM	Décès	Evadés	Guérison	Total	**p**
[0-10]	0	1	0	12	13	
[11-20]	2	1	0	6	9	
[21-30]	3	2	1	36	42	**0,7**
>30	11	3	0	52	66	
NA	2	1	0	13	16	
Total	18	8	1	119	146	

CAM=Contre Avis Médical

3.8.8. Délai du premier contact avec le DES

Il n'existe pas d'association entre le délai du premier contact avec le DES et le devenir de l'enfant comme le présente le tableau XII.

Tableau XII : Devenir des enfants en fonction du délai du 1er contact avec le DES

	Evolution					
	CAM	Décès	Evadés	Guérison	Total	**p**
[0-10]	17	8	1	91	117	
[11-20]	1	0	0	6	7	
[21-30]	0	0	0	10	10	
>30	0	0	0	4	4	**0,9**
NA	0	0	0	8	8	
Total	18	8	1	119	146	

CAM : Contre Avis Médical

3.8.9. Délai du premier contact avec l'interne

Le délai du premier contact avec l'interne n'est pas associé au devenir de l'enfant comme le présente le tableau XIII.

Tableau XIII : Devenir des enfants en fonction du délai du 1er contact avec l'interne

	Evolution					
	CAM	Décès	Evadés	Guérison	Total	**p**
[0-10]	13	4	1	74	92	
[11- 20]	1	0	0	3	4	
[21- 30]	0	0	0	3	3	**0,9**
NA	4	4	0	39	47	
Total	18	8	1	119	146	

CAM : Contre Avis Médical

3.8.10. Délai du premier soin aux patients

L'association entre le délai du premier soin et le devenir de l'enfant n'est statistiquement significative comme l'indique le tableau XIV.

Tableau XIV : Devenir des enfants en fonction du délai du 1er soin

	Evolution				Total	p
	CAM	Décès	Evadés	Guérison		
[0 - 10]	13	5	0	63	81	
[11 - 20]	0	0	0	13	13	
[21 - 30]	2	2	1	12	17	**0,1**
> 30	3	1	0	31	35	
Total	18	8	1	119	146	

CAM : Contre Avis Médical

3.8.11. Traitement approprié au tableau clinique ou non

L'association entre le caractère approprié ou non du traitement au tableau clinique et le devenir de l'enfant est illustré dans le tableau XV.

Tableau XV : Devenir des enfants en fonction du caractère approprié ou non du traitement

	Evolution				Total	p
	CAM	Décès	Evadés	Guérison		
Non	1	1	0	4	6	
Oui	17	7	1	115	140	**0,6**
Total	18	8	1	119	146	

CAM : Contre Avis Médical

Cette association n'est pas statistiquement significative.

3.8.12. Remplissage de la fiche de surveillance

Il n'existe pas d'association entre le remplissage de la fiche de surveillance et le devenir de l'enfant comme le montre le tableau XVI.

Tableau XVI : Devenir des enfants en fonction du remplissage de la fiche de surveillance et le devenir de l'enfant

	Evolution					
	CAM	Décès	Evadés	Guérison	Total	**p**
Non	2	0	0	13	15	
Oui	16	8	1	106	131	**0,8**
Total	18	8	1	119	146	

CAM : Contre Avis Médical

IV. DISCUSSION

Cette étude sur l'itinéraire thérapeutique et le devenir des enfants admis aux urgences de Pédiatrie du CNHU-HKM nous a été inspirée par des plaintes entendues çà et là de la part des usagers sur une supposée mauvaise prise en charge des patients. Cette mauvaise prise en charge conduirait à une morbidité élevée, au point où une certaine réputation de mouroir reste collée à l'image du CNHU-HKM.

Nous avons alors voulu vérifier si des fondements soutiennent cette réputation. C'est ainsi que nous avons initié cette étude pour :

1. Estimer le temps moyen mis par un enfant déclarant un symptôme de maladie pour atteindre les urgences de Pédiatrie du CNHU-HKM
2. Décrire le parcours suivi par un tel enfant
3. Décrire l'état dans lequel cet enfant est reçu aux urgences du CNHU-HKM
4. Apprécier la qualité des soins qu'il reçoit en Pédiatrie
5. Montrer l'issue de la maladie chez un tel enfant et les facteurs associés à cette issue.

La méthode utilisée pour atteindre ces objectifs, nous paraît valide.

En effet nous avons pu recruter de façon prospective et aléatoire, tous les patients inclus dans cette étude et avons mesuré nous- même toutes les variables.

Le recours aux dossiers médicaux des patients pour relever certaines de ces variables, a cependant pu induire quelques biais par rapport à la précision de certaines informations inscrites dans lesdits dossiers. Notamment les heures de contact du personnel médical avec le patient et les heures des premiers soins.

Malgré cela, nous pensons que nos résultats sont exploitables.

A propos des caractéristiques sociodémographiques de la population

- **Sexe des enfants**

Autant de garçons que de filles étaient admis aux urgences du CNHU-HKM au cours de la période d'étude (soit un sex ratio de 1,1).

- **Age des enfants**

Les enfants de moins de cinq ans étaient les plus nombreux (49,3% de la population). SAFI FG [63] en 2009 à Tunis avait trouvé des résultats supérieurs (59,9%).

En effet la plupart des études pédiatriques menées en milieu hospitalier retrouve une prédominance de cette tranche d'âge [64]. Ceci pourrait s'expliquer par la vulnérabilité de ces enfants. Cette fragilité pourrait être rattachée à leur immaturité immunologique avec la disparition progressive des anticorps maternels pendant que les vaccinations infantiles et les expériences infectieuses préparent progressivement l'immunité personnelle acquise. Elle justifie donc la nécessité d'une pérennisation des actions de protection sociale et sanitaire à l'endroit de cette couche.

- **Zone de résidence des parents**

Nous avons voulu étudier la zone de résidence pour voir si la proximité ou l'éloignement du CNHU-HKM justifiait le comportement thérapeutique des parents.

Les enfants provenant de la zone urbaine étaient légèrement plus nombreux (51,4%) que ceux de la zone rurale (48,6%). Belco M [65] a retrouvé des résultats similaires (54,7% contre 45,3%) en 2018 au Mali. Si on considère ce faible écart comme significatif, il serait dû à l'existence de nombreux centres de santé en ville qui seraient le premier recours des citadins. Aussi les pesanteurs socio-culturelles pourraient justifier le faible pourcentage d'enfants provenant de

la zone rurale. Car selon certains parents,˝ l'hôpital serait pour les blancs˝,˝ la composition du médicament des blancs serait inconnue˝ et ˝ l'héritage thérapeutique du noir serait les plantes˝.

- **Niveau d'étude des parents**

Il a été étudié pour évaluer son degré d'implication dans les choix thérapeutiques.

Les mères des enfants étaient analphabètes dans 36,3% des cas. Etant au-devant dans la prise en charge des enfants, cette situation pourrait expliquer le recours tardif à un centre de soins appropriés.

- **Moyen de transport des enfants au CNHU-HKM**

L'étude du moyen de transport est faite pour apprécier son influence sur l'état clinique des enfants à l'admission.

Les enfants venaient au CNHU-HKM en transport non médicalisé dans 94,5% des cas contre seulement 5,5% des cas en transport médicalisé. Ce pourcentage très élevé de transport non médicalisé peut expliquer en partie le pourcentage lui aussi très élevé (90,4%) des enfants reçus en état de détresse. La question qui resterait non résolue est de savoir de façon précise la part du transport non médicalisé dans l'état de détresse à l'arrivée des patients au CNHU-HKM : étaient-ils déjà dans un état aussi grave au départ du centre qui réfère ou l'état a-t-il pu s'aggraver en cours de transport ?

❖ **A propos du mode d'admission au CNHU-HKM**

Les références en pédiatrie étaient de 52,1%. Les admissions non référés représentaient donc 47,9% du total. Nous trouvons ce pourcentage trop élevé du fait que le CNHU-HKM est un centre national de référence et par conséquent, les cas référés devraient être les plus nombreux. Ceci pose de façon aigue, le problème de l'organisation de notre système de santé. Le même problème se

pose également à l'hôpital Gabriel Touré du Mali, hôpital de troisième niveau qui ne doit recevoir que les patients référés des autres structures mais reçoit un flux de consultations le détournant de ses missions [66].

- **A propos du parcours suivi jusqu'à l'admission au CNHU-HKM**
  - **Délai de consultation des enfants après le premier symptôme**

Le calcul du délai moyen de consultation après le premier symptôme a été fait pour apprécier la réaction première des parents face à la maladie.

Ce délai est de 4,4 jours avec un minimum de 45 minutes et un maximum de 60 jours. Les parents mettent donc trop de temps à consulter dans un centre de soins adéquat. Par exemple dans un travail effectué sur l'approche des parents vis-à-vis des convulsions, 7% des enfants ont d'abord été amenés dans une église du christianisme céleste ou chez un guérisseur traditionnel avant leur venue à l'hôpital [67].

Plusieurs arguments pourraient expliquer ce fait : l'ignorance des premiers signes de la maladie par les parents, l'automédication favorisée par la persistance de la vente illicite des médicaments de rue et la prise de médicaments délivrés en pharmacie sans aucune prescription médicale, la médecine traditionnelle qui semble moins chère et traiterait les maladies ignorées par la science, les représentations socioculturelles de la maladie qui serait provoquée par un sorcier, un esprit, un ancêtre, une divinité, due à un envoûtement, due à un mauvais vent, un règlement de compte, due à une possession. Dans le même travail cité plus haut, seulement 27% des personnes interrogées attribuent les convulsions à une cause purement médicale et 39% pensent que les convulsions sont le fait exclusif des forces maléfiques [67]. Nubukpo P et al [68], ont aussi montré que les croyances en une cause surnaturelle de l'épilepsie sont plus importantes au Bénin et au Togo qu'en France. Par ailleurs, la faible collaboration entre médecine moderne et médecine

traditionnelle, la situation socio-économique défavorable des parents et le faible financement gouvernemental limitant l'accès aux soins pour tous sont autant d'autres raisons qui pourraient expliquer le délai de consultation tardif.

- **Nombre de centres parcourus par les enfants**

Les enfants consultaient dans 33,6% des cas directement au CNHU-HKM, mais dans 66,4% des cas ils avaient parcouru entre 1 et 3 centres avant de recourir au CNHU-HKM. Ceci traduit une errance diagnostique liée à la fréquentation de ces centres.

En effet devant les difficultés d'accès, la faiblesse financière des démunies, les parents préfèrent aller dans des centres non spécialisés (les Organisations Non Gouvernementales (ONG), les centres humanitaires, les centres illicites…) du quartier et des environs espérant ne pas dépenser beaucoup d'argent ou en dépenser peu. Aussi certains parents en dépit de la référence au CNHU-HKM, décident de parcourir d'autres centres avant de se plier à l'ultime référence. Les perceptions de la population sur le CNHU-HKM :"c'est l'hôpital des riches","on dépense inutilement","on y va pour se vider financièrement","on néglige les patients","on n'y va pas pour en ressortir vivant","c'est un mouroir" sont donc une raison qui amène les parents à aller de centre en centre.

- **Notion de traitement antérieur et type du traitement chez les enfants**

Son étude a été faite pour relever les différents recours thérapeutiques des parents en cas de maladie et leur influence sur le l'état clinique des enfants.

Parmi les enfants admis durant la période d'étude, 91,8% avaient reçu un traitement dont une automédication dans 79,5% des cas, un traitement médical dans 54,8% des cas et un traitement traditionnel dans 54,1% des cas. Senou B [69] a montré dans son étude sur les déterminants de l'itinéraire thérapeutique

que l'automédication, le recours aux structures de soins modernes, et la médecine traditionnelle sont des pratiques médicales utilisées par la population dans les pays en voie de développement surtout au Bénin.

L'automédication est définie comme l'utilisation hors prescription médicale, par des personnes pour elles-mêmes ou pour leurs proches et de leur propre initiative, de médicaments considérés comme tels, avec la possibilité d'assistance et de conseils de la part des pharmaciens. Elle constitue un problème majeur de santé publique qui n'est pas sans risques. A titre d'exemple nous avons le retard du diagnostic, la méconnaissance de la composition du médicament et de sa toxicité, le non-respect des règles d'utilisation et de la date de péremption, les erreurs de posologie, la potentialisation des effets secondaires et des interactions médicamenteuses, les allergies et l'aggravation de l'état clinique. Le pourcentage élevé des enfants en état de détresse (90,4%) pourrait donc être justifiée par cette pratique. Les causes de cette dernière sont entre autres la persistance de la vente illicite ou la prolifération des médicaments de la rue qui contiennent beaucoup de substances toxiques, les difficultés d'accès géographique, la faible accessibilité financière des personnes démunies, le financement gouvernemental insuffisant.

L'automédication paraît aux yeux des populations plus rapide et sans difficulté ; elle est malheureusement suivie de bien de conséquences néfastes souvent négligées alors qu'une consultation en bonne et due forme permet de cerner les maux dans tous leurs aspects et d'y apporter le traitement adéquat.

L'admission des enfants malgré un traitement médical pose plusieurs problèmes tels que: le caractère approprié ou non des centres antérieurement parcourus, la qualification du personnel soignant, l'efficacité de la prise en charge des pathologies en périphérie (l'examen physique, l'existence d'hypothèse ou de diagnostic, la qualité des soins administrés et l'observance thérapeutique). Il urge donc une règlementation stricte des centres en périphérie et une nécessité

de mise à jour des connaissances et des différents protocoles de traitement des pathologies dans ces centres.

Le traitement traditionnel implique l'usage à de fins médicales de plantes, de parties d'animaux et de minéraux, de thérapies spirituelles, de techniques et d'exercices manuels, séparément ou en association, pour soigner, diagnostiquer et prévenir les maladies ou préserver la santé [70]. Il est pratiqué par plusieurs personnes car il semble moins cher et serait efficace contre les maladies encore ignorées par la médecine moderne. De plus il concilie les aspects corporels et psychologiques [71]. L'OMS estime que 80% des béninois ont recours à la médecine traditionnelle [72]. Le traitement traditionnel a un lien avec les perceptions qu'ont les africains sur la maladie notamment sur sa causalité [70]. Les tradi-praticiens situent l'étiologie des pathologies à deux niveaux : un premier niveau exogène qui vient d'un élément étranger réel (l'environnement, le contexte social, le climat…) ou symbolique (venant d'une volonté mauvaise d'une puissance anthropomorphe : sorcier ancêtre…) qui n'est accessible que par ces guérisseurs et le second niveau endogène. Cette thérapeutique s'appuierait aussi sur des interventions surnaturelles. D'après les patients, un tradi-praticien accorderait un temps d'écoute assez long pour exposer ses problèmes de santé, sa relation avec les membres de sa famille et d'autres personnes de la société. Le tradi-praticien jouerait aussi le rôle de psychologue ; l'aspect psychologique étant important dans la prise en charge. Cette prise en charge globale du malade ne coûte que le prix d'une consultation. Contrairement à un traitement moderne où le patient est amené à consulter plusieurs spécialistes, ce qui alourdit les frais de consultation et par conséquent le traitement. La médecine moderne n'est donc pas un système de soins accessible à toute la population et plus particulièrement à celle des zones rurales. La médecine traditionnelle apparaît comme une alternative devant le coût élevé

de la médecine moderne. En plus du niveau socio-économique bas des parents, l'analphabétisme serait un facteur favorable à la médecine traditionnelle.

- **Délai de consultation des patients au CNHU-HKM**

Le délai moyen de consultation dans un centre médical est de 4,4 jours comme vu précédemment ; et le délai moyen de consultation au CNHU-HKM est de 8 jours, soit en moyenne 4 jours perdus entre le premier centre périphérique ou la maison et le CNHU-HKM. Azoumah et al [73] en 2007 au Togo avaient constaté que les enfants étaient admis à l'hôpital après 7 jours d'évolution de leur maladie.

Les arguments pouvant expliquer ce fait seraient : l'ignorance des premiers signes de la maladie par les parents, les représentations socioculturelles de la maladie (qui serait due à la sorcellerie, un envoûtement, une punition des dieux, un règlement de compte, la possession par un esprit...) qui favorisent le recours à la médecine traditionnelle au détriment de celle moderne, l'automédication due à la situation socio-économique défavorable de la population, la référence tardive des structures périphériques et l'arrivée tardive des patients au CNHU-HKM qui serait due aux moyens financiers limités car ayant parcouru un ou des centres où des soins ou traitement ont été faits ; à la perception des parents du CNHU-HKM . En effet certains parents malgré la décision de référence préfèrent parfois aller dans d'autre(s) centre(s). D'autres étaient en manque d'argent ou limités financièrement pour la poursuite de la prise en charge. D'autres encore disaient que le CNHU-HKM est l'hôpital où la mort est imminente, elle n'est jamais loin, où l'accueil est mauvais, les malades sont négligés et maltraités, la qualité des soins est médiocre et les conditions d'hygiène et de vie inadéquates.

❖ **A propos de l'état des enfants à l'admission au CNHU-HKM**

Etudier l'état des enfants à l'admission nous permettra d'évaluer son influence sur leur devenir**.**

Les enfants venaient au CNHU-HKM dans 90,4% des cas en état de détresse.

Cela peut être dû au fait que les parents font plusieurs traitements inadéquats à domicile [automédication (79,5%), traitement traditionnel (54,1%)] et ensuite consultent dans des centres inappropriés (centre non qualifié, personnel soignant non qualifié, plateau technique insuffisant ou inadapté). Ce sont des facteurs aggravant l'état clinique des enfants. Viennent ensuite les références vers les centres appropriés qui se font tardivement. Le transport non médicalisé vers le CNHU-HKM aurait également une part non négligeable dans l'état clinique des enfants à l'admission.

La détresse la plus fréquemment retrouvée était la détresse hématologique (82,2%), représentée principalement par l'anémie sévère ou mal tolérée (71,2% des cas). La principale cause de cette anémie était le paludisme. Malgré les nombreux programmes et stratégies mis en œuvre pour la lutte contre le paludisme, il demeure un problème majeur de santé publique.

❖ **A propos de la qualité des soins reçus par les enfants à l'admission au CNHU-HKM**

Elle a été étudiée pour évaluer son influence sur le devenir des enfants.

- **Personnel accueillant les enfants**

Il a été remarqué que seulement 9,6% des enfants ont été accueillis directement par un pédiatre. Les patients sont donc souvent reçu par l'interne ou le DES avec une proximité du pédiatre. Or, lorsque les parents consultent ou sont référés par un médecin vers un service de Pédiatrie, c'est dans l'espoir d'être aussitôt reçus par un pédiatre. Le DES ou l'interne ne saurait donc remplacer le pédiatre.

Notons que le CNHU-HKM est un centre hospitalier universitaire qui permet la formation théorique et pratique des futurs professionnels médicaux, personnels paramédicaux et chercheurs en sciences de la santé. Les soins y sont donc prodigués par des professionnels de santé confirmés et des étudiants qui reçoivent leur enseignement sur le vivant. Ce caractère de CHU de l'hôpital national permettrait donc aux apprenants (DES et internes) d'être au premier rang de la PEC des enfants. N'étant pas encore des professionnels confirmés, cela pourrait poser le problème de qualification du personnel d'accueil. Cependant, les apprenants ne sauraient acquérir les réflexes adéquats s'ils n'étaient pas en position de prendre des décisions tous seuls et avaient tout le temps sur leur dos le spécialiste.

D'autre part il est important de souligner que dans le service de pédiatrie du CNHU-HKM, il y a toujours un médecin pédiatre de garde. A sa prise de garde il a le devoir de prendre contact avec tous les malades du service afin d'en savoir sur leurs pathologies et d'ajuster, de modifier ou non leur traitement. Et tout cela doit être noté dans le dossier médical du patient selon les recommandations de la déontologie médicale qui exige une traçabilité de tout ce qui a été fait chez un patient depuis son entrée dans le centre jusqu'à sa sortie. Mais il est souvent remarqué une absence de preuve écrite de ce contact pédiatre-patient. Cela pose donc le problème de la documentation des dossiers médicaux (non-respect des recommandations de la déontologie médicale) et laisserait penser que certains enfants n'ont pas été vus par un pédiatre avant leur sortie de l'hôpital.

- **Délai du premier contact avec le patient**

Les internes et les DES prenaient plus vite contact avec les enfants (0-10 minutes) que les Pédiatres (239,6 minutes en moyenne).

Le nombre élevé d'internes et de DES et leur disponibilité leur permet de commencer la prise en charge des patients. Ensuite viendra ou non le pédiatre en fonction de sa disponibilité ; vu que la plupart des pédiatres du service sont des universitaires qui ont par ailleurs, même de garde, des obligations de cours à la faculté de médecine, d'encadrement des thèses et mémoires des étudiants et médecins en spécialité. C'est ce qui justifierait ce délai long du premier contact et même parfois l'absence totale d'une note du pédiatre dans le dossier médical du patient.

- **Délai du premier soin au patient**

Plus de la moitié des enfants avait reçu le premier soin dans les 10 premières minutes. Cela dénote de la rapidité de la PEC à l'accueil des urgences de pédiatrie du CNHU-HKM.

- **Diagnostic et traitement des patients**

Devant le tableau clinique de chacun des enfants, des hypothèses ont été émises ou un diagnostic clairement posé sur la base d'un examen clinique bien conduit et d'examens paracliniques appropriés.

Dans la majorité des cas (95,9%), le traitement était approprié au tableau clinique des enfants.

Le paramètre principal ayant retardé dans certains cas le diagnostic était la responsabilité des parents de supporter l'entièreté du coût des examens paracliniques dont certains sont très coûteux. Concernant la prise en charge des patients, l'absence de protocoles de soins dans le service est un facteur de mauvaise qualité des soins.

En l'absence d'examens paracliniques permettant d'avoir un diagnostic précis, un traitement dit présomptif est mis.

- **Surveillance**

A l'entrée de chaque enfant, une fiche de surveillance est systématiquement établie. Dès lors elle doit être remplie et ce correctement jusqu'au dernier jour de son séjour et conservée dans son dossier médical.

Cette fiche n'a été remplie correctement que chez 80 enfants sur les 146 (54,8%).

Cet état de chose relève le problème du suivi des patients et de l'observance thérapeutique chez enfants. Si l'enfant n'est donc pas bien suivi et que le médecin ne peut s'assurer de l'observance thérapeutique du patient, l'évolution clinique ne pourra pas être appréciée à sa juste valeur. Aussi le suivi rigoureux serait rompu également chez les parents puisque l'exemple n'a pas été donné comme cela se devait par le personnel soignant.

❖ **A propos de la qualité globale des soins reçus par les enfants**

Selon les critères arbitraires que nous avions choisi pour l'évaluation de la qualité globale des soins, 23,3% des enfants avaient reçu des soins de bonne qualité, 58,9% des soins de qualité moyenne et 17,8% des soins de qualité médiocre.

Les plaintes de certains usagers du CNHU-HKM se trouveraient aussi en partie justifiée car il paraît inconcevable que dans un service de référence, la majorité des soins (près de 60%) soient seulement de qualité moyenne.

Mais ceci pourrait trouver une explication dans l'imperfection de l'opérationnalisation des variables, les biais possibles en rapport avec la documentation du premier contact et du premier soin au patient.

❖ **A propos du devenir des patients**

Sur les 146 enfants admis, 119 ont été guéris, 18 sont sortis contre avis médical, seulement 08 sont décédés et 01 s'est évadé. Ces résultats prouvent que 138 (94,5%) enfants sont sortis vivants du CNHU-HKM.

On entend par mouroir un service hospitalier où les personnes viennent mourir, reçoivent un minimum de soins et d'attention ; un lieu où règne une grande misère physique et morale. Considérant cette définition stricto sensu, le CNHU-HKM ne saurait justifier son qualificatif de mouroir ; car la qualité des soins selon nos critères est mauvaise dans seulement 17,8% des cas, moyenne dans 58,9% des cas et bonne dans 23,3% des cas. Mieux 94,5% des enfants sont sortis vivants dont 81,5% guéris.

❖ **A propos de l'impression des parents sur la prise en charge au CNHU-HKM**

Seulement 4,1% des parents avaient une bonne impression du CNHU; cette impression était assez bonne chez 54,1% et mauvaise chez 41,8%. Les raisons énoncées par ces derniers étaient : l'accueil désagréable selon certains, la négligence et la nonchalance du personnel en hospitalisation surtout à la garde, le retard dans les prélèvements et les soins, l'absence de suivi de la part du médecin de garde, le coût élevé de la PEC : le coût élevé de l'hospitalisation en opposition aux conditions médiocres d'hygiène et de vie (les salles communes non aérées et de propreté douteuse, l'état endommagé des matelas, l'absence de draps de lits, de moustiquaire imprégnée à longue durée d'action, de points d'eau et de toilette immédiats, les portes et fenêtres sans protection anti-moustiques, les repas de mauvaise qualité et les heures auxquelles ils sont servis, etc) et au caractère publique du CNHU-HKM, le coût élevé des examens paracliniques, l'absence de certains médicaments à la pharmacie de l'hôpital, la retro information non faite, les propos quelques fois désagréables du personnel.

Au regard de tout cela, la seule raison qui motivait les parents était l'amélioration de l'état clinique de l'enfant. Cette expérience mauvaise vécue au CNHU-HKM amenait certains parents à dire : " C'est la première et la dernière fois je viens au CNHU-HKM et je n'y amènerai aucun parent malade". Etant donné que c'est le client qui fait la publicité, ces parents propagent leur expérience de bouche à oreille de sorte à décourager ceux qui n'y ont jamais mis pied ou qui l'ont fait une fois sans toutefois prendre position, faisant ainsi pérenniser la mauvaise réputation du CNHU-HKM.

Il serait donc souhaitable de revoir le coût de la PEC et les conditions d'hygiène et de vie des malades du CNHU-HKM, de faire une sensibilisation du personnel soignant surtout infirmier sur les normes de prise en charge, s'assurer du respect de celles-ci et dans la mesure du possible subventionner la prise en charge des patients.

- **A propos des facteurs associés au devenir des enfants**

De tous les facteurs que nous avons exploré (le délai de consultation des enfants après le 1er symptôme, le nombre de centres parcourus par les enfants, la notion de traitement antérieur chez les enfants, le délai de consultation des enfants au CNHU-HKM, l'état de détresse des enfants, le personnel accueillant les enfants, le délai du premier contact du patient avec le personnel médical, le délai du premier soin aux enfants, le caractère approprié ou non traitement au tableau clinique des enfants, le remplissage correct de la fiche de surveillance), aucun facteur ne paraissait associé au devenir des enfants de façon statistiquement significative.

CONCLUSION

Cette étude transversale, prospective, à visée descriptive et analytique qui a porté sur l'itinéraire thérapeutique et le devenir des enfants admis aux urgences de Pédiatrie du CNHU-HKM de Cotonou a montré que :

- Le délai moyen de consultation des enfants au CNHU-HKM était de huit (8) jours avec un minimum de 45 minutes et un maximum de 75 jours.
- Les parents faisaient consulter les enfants directement au CNHU-HKM dans 33,6% des cas et les 64,4% restant parcouraient entre 1 et 3 centres avant de recourir au CNHU-HKM. Ces enfants avaient eu un traitement antérieur fait d'une automédication dans 79,5 % des cas ; d'un traitement médical dans 54,8% et d'un traitement traditionnel dans 54,1% des cas.
- A l'admission, les enfants étaient en état de détresse vitale dans 90,4 % des cas ; avec 82,2% de détresse hématologique ; 54,8% de détresse respiratoire ; 53,4% de détresse neurologique ; 10,9% de détresse cardiovasculaire ; et 4,1% de détresse néphrologique.
- Les soins reçus à l'admission au CNHU-HKM étaient de bonne qualité chez 23,3% des enfants, de qualité moyenne chez plus de la moitié des enfants (58,9%), et de qualité médiocre chez 17,8% des enfants.
- Les enfants admis aux urgences de Pédiatrie étaient sortis guéris dans 81,5% des cas. Nous avons noté une sortie contre avis médical dans 12,3% des cas ; un décès dans 5,5% des cas et une évasion dans 0,7% des cas.
- Aucun facteur n'était associé à ce devenir des enfants de façon statistiquement significative.

SUGGESTIONS

A l'endroit des Autorités politiques et sanitaires

- Subventionner la prise en charge des urgences pédiatriques
- Renforcer et pérenniser le contrôle de la qualité des soins, l'audit fréquent des hôpitaux et l'identification de toute déviation de la norme dans les hôpitaux
- Renforcer les capacités du CNHU-HKM en le dotant d'infrastructures et d'équipements appropriés pour les rendre conformes aux normes
- Promouvoir et vulgariser le Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU)

A l'endroit des responsables des hôpitaux et centres de soins

- Engager les hôpitaux du Bénin dans le processus de certification pour garantir des soins de qualité
- Doter le CNHU-HKM d'infrastructures adaptées, de ressources humaines qualifiées, d'équipement et de matériel adaptés
- Renforcer l'hygiène hospitalière
- Améliorer l'accessibilité aux soins grâce à la réduction des coûts de prestations
- Assurer un meilleur confort de l'hébergement et une meilleure qualité des repas

Aux responsables de la pédiatrie du CNHU-HKM

- Elaborer des protocoles de prise en charge des pathologies dans le service
- Veiller à la documentation complète des dossiers médicaux des patients
- Veiller au respect des normes en matière de structure, de procédure et de résultat

A l'endroit des usagers

- S'investir dans les activités génératrices de revenu afin d'augmenter leur capacité d'accès aux soins.
- Recourir le plus rapidement possible aux structures sanitaires adéquates en cas d'une quelconque maladie de l'enfant
- Eviter la pratique de l'automédication

RÉFÉRENCES

1. **Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé du Mali (CPS/MS), Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique(DNSI) et ORC Macro** : Quatrième Enquête Démographique de la Santé. (EDSM IV) 2006. Rapport de synthèse Mali 2006 : 14p
2. **Dos Santos.** Manuel de nutrition africaine. Paris : Karthala, 1987, 470p
3. **UNICEF** : Situation des enfants dans le monde en 2012
4. **Ministère de la santé** : Enquête Démographique et de Santé-Bénin V 2017-2018
5. **Canguilhem G.** Le normal et le pathologique. 1996 ; Paris: PUF
6. **Franckel A.** Les comportements de recours aux soins en milieu rural au Sénégal. Le cas des enfants fébriles à Niakhar Sociologie [Thèse]. Université de Nanterre- Paris X, 2004. Français. <tel-00195109>
7. **Yoro BM.** Pluralisme thérapeutique et recours aux soins en milieu rural ivoirien1 : approche méthodologique, Ph.D. Recherches qualitatives. 2012 ; 31(1) : 47-61.
8. **Rapport provisoire AGVSAN (2010)**. Principaux facteurs structurels de risque de la malnutrition en milieu rural au Sénégal. Kolda-Sédhiou-MatamDiourbel-Fatick-Kedougou
9. **Commeyras C, Ndo JR, Merabet O, Kone H, Rakotondrabe FP.** Comportement de recours aux soins et aux médicaments au Cameroun. 2006 ; 16 (1) : 5-12.
10. **Espirito Santo E, Floury B, Cissé M.** Déterminants du recours aux soins dans la ville de Cotonou (Bénin). Bull World Health Organ. 1998; 76(2): 195–201.
11. **Statistiques 2018** .Service de Pédiatrie du CNHU-HKM
12. **Lucie L.** Les représentations culturelles de la douleur au Bénin ont- elles un rôle dans son ressenti, dans son expression, dans son soulagement? Quelques outils pour une meilleure compréhension des représentations de la

maladie dans un pays de l'Afrique de l'Ouest. Th Med. Paris 2014 n°198 pp 36-39.

13. **Dictionnaire Français Larousse 2018**
14. **Eoconfluences.ens-lyon.fr :** Parcours de soins
15. **https://axiofr/i-qu-est-ce-qu-une-norme**
16. **Leclet H, Vlcot C.** Qualité en santé : 150 questions pour agir : Afnor, 1999, p 464.
17. **Donabédian A.** Evaluating the quality of medical care, Milbank memorial fund quatrely, 1996, 44, pp 166-206.
18. **Hesbeen W.** La qualité du soin infirmier : Penser et agir dans une perspective soignante, Paris, Masson, 1998, p 207.
19. **Garnier M, Delamare V, Delamare J, Delamare T.** Dictionnaire des termes de médecine. 27ème édition. Paris : Maloine, 2002, p 991
20. **D'houre W.** L'évaluation de la qualité des soins: Analyse des méthodes. Acta clin Bellg, 1988, 43(4). pp 291-305
21. **Dictionnaire Français Larousse 2010**
22. **Lelong A.** Mise en place de stratégies d'évaluation des pratiques professionnelles et des programmes de santé à travers une informatique distribuée (thèse de doctorat). Auvergne France: Université Blaise Pascal/Université d'Auvergne, Ecole doctorale des sciences de la vie et de la santé, 2015, p 21.
23. **Maine D.** Programmes pour une Maternité sans danger: Options et problèmes. New York, Columbia, CPFH, S P H, 1992.
24. **OMS**. L'affaire de tous. Renforcer les systèmes de santé pour de meilleurs résultats sanitaire. Cadre de travail de l'OMS pour l'action, 2ème évaluation indépendante de l'ONUSIDA. Annexe 7, 2007, p 13
25. **Row A K, Savigny Q, Lanata C F, Victora C G.** How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low resource. Lancet, 2005. (366), pp1026-1035.

26. **Benachenhou SM, Benhabib A, Kessas Z.** L'influence de la qualité des soins sur la satisfaction des patients: Application de la méthode des équations structurelles. Cahiers du MECAS ; 2011 ; 7 : 33-41.
27. **Gbénou AS, Amoussou-Guénou KM, Dossou FM, Kpade C, Houinsou Hans I, Ahouandjinou-Kiki AA, Guédégbé S, Hounkpatin B, Hodonou R, Avodé DG.** Mécanisme de motivation et d'amélioration de la performance des Médecins de l'hôpital publique au Bénin. Bénin Médical ; 2009 ; 41 : 37-42.
28. **Or Z., Com-Ruelle L.** La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ?, IRDES, Décembre 2008, p4-16.
29. **Arah O, Klazinga N, Delnoij D, Asbroek A, Custers T**. (2003), Conceptual frameworks for health system performance : a quest for effectiveness, quality and improvement. International Journal for Quality Donabedian A. (2003), An Introduction to Quality Assurance in Health Care. Oxford
30. **Donabedian A.** (2003), An Introduction to Quality Assurance in Health Care. Oxford : Oxford University Press; 2003; 240 p.
31. **Mattke S, Kelly E, Scherer P et al.** (2006), Health care quality indicators project: Initial indicators report, OECD Health Working Papers, no.22, OCDE Paris.
32. **National Patient Safety Foundation** (2000), Agenda for research and development in patient safety. Chicago IL, National Patient Safety Foundation.
33. **Kelly E, Hurst J.** (2006), Health care quality indicators project: Conceptual framework paper. OECD Health Working Papers, no.23, OCDE Paris.
34. **Institute of Medicine** (2001), Crossing the quality chasm: A new health system for 21st century. Washington DC, National Academy Press.

35. **Gardette V.** Principes d'une démarche d'assurance qualité, évaluation des pratiques professionnelles, 2010, p 22.
36. **Donabedian A.** The quality of care. How can it be assessed? JAMA, 1998, 260, 12, pp1743-8
37. **Ministère de la santé du Bénin**. Normes et Standards pour la construction et l'équipement des formations sanitaires, 2017. Volume I, p 39- 90.
38. **Ministère de la santé du Bénin**. Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines du Secteur de la Santé 2009-2018, p 17, 20, 21
39. **Ministère de la santé du Bénin**. Protocole des services de santé familiale, volet enfant, 2015
40. **Ministère de la santé du Bénin** .Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018, pp 14-15, 133
41. **Gasquet I, Lairy G, Ravaud P**. Etude de la satisfaction des patients. In: Matillon Y, Durieux P. (ed.) L'évaluation médicale. Du concept à la pratique. Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 2000, p115-120.
42. **Organisation Mondiale de la Santé (OMS)**. La prise en charge des maladies de l'enfant dans les pays en développement : justification d'une stratégie intégrée. PCIME information. 1999 ; 1 : 1-5
43. **Kassouin S.** Morbidité et mortalité en 2011 dans le service de Pédiatrie de l'Hôpital Saint Jean de Dieu de Tanguiéta (Th Med) Parakou 2011 n°169 p 100.
44. **Ministère de la santé.** Plan stratégique de l'enfant/Survie de l'enfant au Bénin 2011-2015
45. **Ministère de la santé.** PNLP Rapport d'auto-évaluation 2007
46. **UNICEF.** Survie de l'enfant, une stratégie pour la région africaine 2013
47. **ONU.** Objectifs du Millénaire pour le Développement : Rapport 2011.
48. **UNICEF**. Situation des enfants dans le monde en 2008.
49. **Ministère de la santé.** Enquête Démographique et de santé et à indicateurs multiples du Bénin (EDS-MICS) 2011-2012.

50. **David H.** « Traditional African medicine » dans Gale Encycopedia of Alternative Medicine, 2005
51. **« A folk remedy for killer Ebola »,** 27 septembre 1999
52. **Richard C.** Onwuanibe. « The Philosophy of african medical Practice », A Journal of Opinion, vol. 9, n°3, 1979, p25.
53. **Conserve Africa**, « Africa : Overview on Medicinal Plants and Traditional Medicine », Conserve Africa, Pambazuka News, 4 mai 2002
54. **Williams et Whiting,** « A picture of health ? Animal use and the faraday traditional medicine market, South Africa», Journal of Ethnopharmacology,vol.179, 2016, p. 265-273
55. **Ben-Erik vW, Bosch vO, Nigel G.** Medicinal Plants of South Africa, Pretoria, Briza Publications, 1999, p.10
56. **« WHO Traditional Medicine Strategy »,** WHO, 2002, p. 1
57. **James, «** Traditional, complementary and alternative medicine use in Sub-Saharan Africa : a systematic review **»,** BMJ Global Health, vol. 3, n°5, 2008, p. 559-574
58. **French.xinhuanet.com** « Bénin : plus de 80% de la population béninoise font recours à la médecine traditionnelle»
59. **Anaïs D.** AMAWATO le marché de la santé au pays du vaudou, Bruxelles, 2013, 48p, Qu'est-ce que la médecine traditionnelle ? pp 8-10
60. **Le PNUD au Bénin**. « Préservation de la forêt : un atout pour la médecine traditionnelle »
61. **Mills, Cooper,Seely, Kanfer.** « African herbal medicnes in the treatment of HIV : Hypoxis and Sutherlandia. An overview of evidence and pharmacology », Nutrition Journal, vol. 4, 2005, p. 19
62. **Ben-Erik vW, Bosch vO, Nigel G.** Medicinal Plants of South Africa, Pretoria, Briza Publications, 1999, p.7

63. **Safi FG**. Evolution de la morbidité et de la mortalité dans un service de Pédiatrie générale : étude comparative entre l'année 1991 et l'année 2007 (Th Med), Université de Tunis El-Mana, 2009. Français <tel 00552828>
64. **Grah N.** Anémie des nourrissons et enfants de 2 à 60 mois en milieu pédiatrique Bamakois (Th Méd) .2000, N°119
65. **Belco M.** Etude de la référence dans le service de pédiatrie du CHU Gabriel Touré. (Th Méd), Université de Bamako, 2003, p 43
66. **Belco MM.** Etude de la référence dans le service de pédiatrie du CHU Gabriel Touré. (Th Méd), Université de Bamako, 2002-2003, p. 9
67. **Lalya HF, D'almeida M, Kpatchavi A, Fiossi-Kpadonou E, Koumakpai S, Ayivi B.** Approche sociologique de la prise en charge des convulsions chez l'enfant à Cotonou. éd électronique. Méd Afr Noire 2007 ; 54 (7) : 398p.
68. **Nubukpo P, Preux PM, Clement JP, Houinato D et al.** Comparaison des représentations socioculturelles des épilepsies en Limousin (France), au Togo et au Bénin (Afrique). Méd. Trop. 2003, 63 (2) : 143- 50.
69. **Senou B.** Les déterminants de l'itinéraire thérapeutique au Sud du Bénin [Mémoire]. Abidjan : Université de Cocody, 2002.
70. **Ble Marcel Yoro**. Rôle de l'anthropologue dans la revalorisation de la médecine traditionnelle africaine. Recherche qualitative : 2010, vol. 29(2), p57- 67.
71. **Sainhounde Koukpo R**. Animation régionale de Dakar. Le droit de la santé au Bénin : état des lieux. Cotonou : Réseau des chercheurs « Droit de la santé », Agence Universitaire de la Francophonie, mars 2005, 16p.
72. **People's Health Movement Bénin**. Bénin, la santé pour tous, sinon rien. Bénin, juillet 2008, 33p.
73. **Azoumah K D, Balaka B, Matey K, Kolan B, kessie K**. Mortalité hospitalière à l'hôpital d'enfants de Yendoulé de Dapong au Togo. Méd Afr Noire 2007 ; 54 (1) 5-8.

ANNEXES

ANNEXE 1 : FICHE DE COLLECTE

FORMULAIRE DE RECUEIL DES DONNEES

N° de la fiche : …….

1. Données sociodémographiques

- Age : /_____/ mois
- Sexe : M /_/ F/_/
- Zone de résidence : Urbaine /_/ Rurale/_/
- Ethnie : ……
- Religion : Christianisme /_/ Islam /_/ Endogène/_/
- Profession des parents: Père…… …...
  Mère…… …..
- Niveau d'étude des parents : Père……
  Mère…….. ……

2. Antécédents / Terrain

Hospitalisation antérieure : Oui□ Non□ Inconnu□
Si oui, où ? :…….

Maladie antérieure connue : Oui□ Non□

Histoire clinique

- Délai de consultation après le 1er symptôme |_____|
  Nature du centre 1 : Cabinet /_/ Clinique/_/ Hôpital /_/ Autres/_/
  Nature du centre 2 : Cabinet /_/ Clinique/_/ Hôpital /_/ Autres/_/
  Nature du centre 3 : Cabinet /_/ Clinique/_/ Hôpital /_/ Autres/_/
- Hospitalisation ou séjour dans le centre 1: Non□ Oui□ durée |_____| jrs
- Hospitalisation ou séjour dans le centre 2: Non□ Oui□ durée |_____| jrs
- Hospitalisation ou séjour dans le centre 3: Non□ Oui□ durée |_____| jrs
- Délai d'admission au CNHU |_____|
- Traitement antérieur ? Oui□ Non□
  Si oui, préciser :

  -Traditionnel…….

  - Centre non médical…….

  -Automédication …….

  -Au centre hospitalier ……..

  Approprié □ Inapproprié □

3. Prise de décision de recours au CNHU-HKM

Précoce si dès les 1er signes □
Tardive si traitement antérieur □

4. Admission

Consultation : Oui/_/ Non /_/
Référence : Oui/_/ Non /_/
Si oui, lettre de référence ? Oui□ Non□
Motif de consultation / référence : ……..

5. Transport au CNHU-HKM

Zémidjan□ Voiture commune□ Moto personnelle□
Voiture personnelle□ Transport médicalisé□

6. Etat à l'admission

-Signes généraux :

- Hyperthermie : Oui/_/ Non /_/
- Pâleur : Oui/_/ Non /_/
- Ictère : Oui/_/ Non /_/
- Déshydratation : Oui/_/ Non /_/
- Etat de malnutrition sévère : Oui/_/ Non /_/
  P /T T/A P/A

-Détresse neurologique :

- Altération de conscience : Oui/_/ Non /_/
- Convulsions : Oui/_/ Non /_/
- Signes méningés : Oui/_/ Non /_/
- Troubles du tonus : Oui/_/ Non /_/

-Détresse cardiovasculaire :

- HTA : Oui/_/ Non /_/
- Tachycardie : Oui/_/ Non /_/
- Bradycardie : Oui/_/ Non /_/
- Etat de choc : Oui/_/ Non /_/

-Détresse respiratoire :

- Polypnée : Oui/_/ Non /_/
- Signes de lutte : Oui/_/ Non /_/
- Bradypnée : Oui/_/ Non /_/
- Pauses : Oui/_/ Non /_/
- Saturation : < 95% AA/_/ >95% AA /_/ Oxygénothérapie : /_/

-Détresse urinaire :

- Diurèse : Oligurie : /_/ Anurie : /_/ Normale : /_/
- Hématurie : Oui/_/ Non /_/
- Hémoglobinurie : Oui/_/ Non /_/

-Détresse hématologique :

- Hémorragies extériorisées : Oui/_/ Non /_/
- Taux d'hémoglobine bas : Oui/_/ Non /_/

-Autres

……
……
……
……

7. Prise en charge au CNHU-HKM :

- **Accueil du patient :**
  - Personne accueillant le malade à l'admission :

Internes /_/ DES /_/ Pédiatre /_/

- Délai (en min) du 1er contact avec l'interne **:**
  [0-10]/_/ [11-20] /_/ [21-30]/_/ >30 /_/
- Délai (en min) du 1er contact avec le DES **:**
  [0-10]/_/ [11-20] /_/ [21-30]/_/ >30 /_/
- Délai (en min) du 1er contact avec le Pédiatre **:**
  [0-10]/_/ [11-20] /_/ [21-30]/_/ >30 /_/

- **Délai (en min) du 1er soin**
  [0-10]/_/ [11-20] /_/ [21-30]/_/ >30 /_/
- **Origine du soin**
  Offert par le service /_/ Honoré par les parents/_/
- **Hypothèses émises ou diagnostic posé**
  ……
  ……
- **Traitement approprié au tableau :** Oui/_/ Non/_/
- **Surveillance :**
  - Fiche de surveillance établie **?** Oui/_/ Non/_/
  - Fiche de surveillance remplie **?** Oui/_/ Non/_/
    - Si oui, remplissage correct ? Oui/_/ Non/_/

8. Evolution

- Favorable (Guérison): /_/
- Défavorable : /_/
  Décès : /_/ Séquelles/Complications : /_/
- CAM : /_/
- Evadés : /_/

9. Durée d'hospitalisation ……

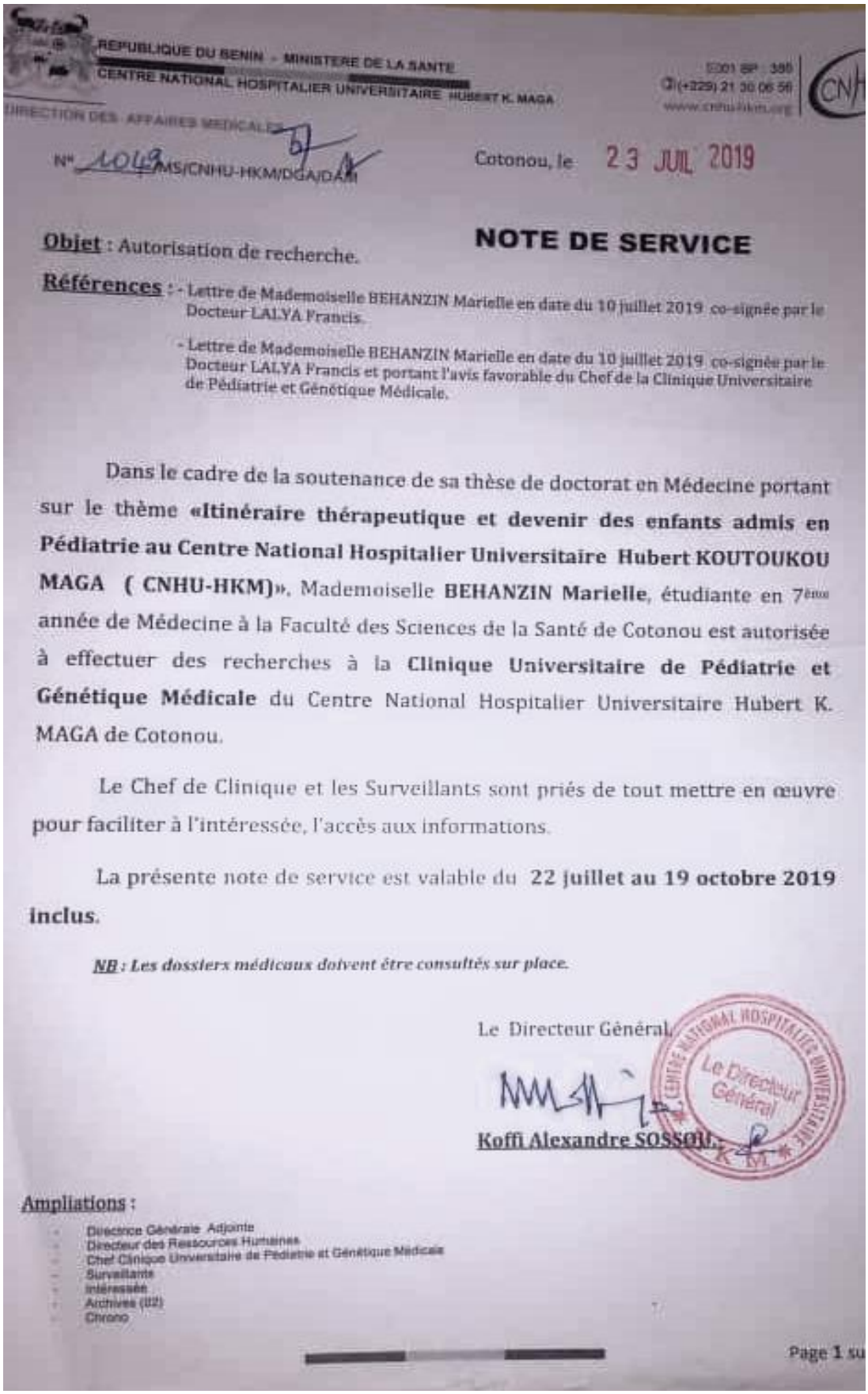
10. Perception/ impression des parents sur de la PEC

a) Mauvaise □ b) Assez-bonne □ c)Bonne □

Si a), b), ou c), pourquoi ?

……
……
……
……
……

ANNEXE 2 : AUTORISATION DE RECHERCHE



REPUBLIQUE DU BENIN - MINISTERE DE LA SANTE
CENTRE NATIONAL HOSPITALIER UNIVERSITAIRE HUBERT K. MAGA
DIRECTION DES AFFAIRES MEDICALES

N° 1049/MS/CNHU-HKM/DGA/DAM

Cotonou, le 23 JUIL 2019

NOTE DE SERVICE

Objet : Autorisation de recherche.

Références : - Lettre de Mademoiselle BEHANZIN Marielle en date du 10 juillet 2019 co-signée par le Docteur LALYA Francis.

- Lettre de Mademoiselle BEHANZIN Marielle en date du 10 juillet 2019 co-signée par le Docteur LALYA Francis et portant l'avis favorable du Chef de la Clinique Universitaire de Pédiatrie et Génétique Médicale.

Dans le cadre de la soutenance de sa thèse de doctorat en Médecine portant sur le thème **«Itinéraire thérapeutique et devenir des enfants admis en Pédiatrie au Centre National Hospitalier Universitaire Hubert KOUTOUKOU MAGA (CNHU-HKM)»**, Mademoiselle **BEHANZIN Marielle**, étudiante en 7ème année de Médecine à la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou est autorisée à effectuer des recherches à la **Clinique Universitaire de Pédiatrie et Génétique Médicale** du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert K. MAGA de Cotonou.

Le Chef de Clinique et les Surveillants sont priés de tout mettre en œuvre pour faciliter à l'intéressée, l'accès aux informations.

La présente note de service est valable du **22 juillet au 19 octobre 2019 inclus.**

NB : Les dossiers médicaux doivent être consultés sur place.

Le Directeur Général

Le Directeur Général

Koffi Alexandre SOSSOU

Ampliations :

- Directrice Générale Adjointe
- Directeur des Ressources Humaines
- Chef Clinique Universitaire de Pédiatrie et Génétique Médicale
- Surveillants
- Intéressée
- Archives (02)
- Chrono

Page 1 su

ANNEXE 3 : DEMANDE D'AUTORISATION DE RECHERCHE



Cotonou, le 10 Juillet 2019

BEHANZIN Marielle
Etudiante en 7ème année de
Médecine à la FSS-Cotonou

E-mail : Riellabehgmail.com
Tél: 96 94 70 53

C.N.H.U - COTONOU
SECRETARIAT - PEDIATRIE
Arrivée le 11/07/19
N° 243

Vu ce 18/7/2019
Autorisation

Le Chef de Service

A
Madame le chef service de la Clinique
Universitaire de Pédiatrie et de
Génétique Médicale du CNHU-HKM

Objet : Demande d'autorisation de recherche

Cher Maitre,

Nous venons respectueusement solliciter la faveur de nous accorder l'autorisation de réaliser une collecte de données à la Clinique Universitaire de Pédiatrie et de Génétique Médicale du CNHU-HKM. En effet, nous souhaitons mener une étude, dans le cadre de notre thèse de doctorat, portant sur le thème: «ITINERAIRE THERAPEUTIQUE ET DEVENIR DES ENFANTS ADMIS EN PEDIATRIE AU CENTRE NATIONAL HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE HUBERT KOUTOUKOU MAGA (CNHU-HKM)». Ce travail s'effectuera au titre de l'année universitaire 2018-2019 sous la supervision du Dr LALYA Francis, MCA.

Dans l'attente d'une suite favorable, nous vous prions de recevoir, cher Maitre, l'expression de nos sentiments les plus respectueux.

Vu par :

Dr LALYA Francis, MCA

Dr Francis LALYA
Pédiatre - Néonatologue
Le 10/7/19

BEHANZIN Marielle

TABLE DES MATIÈRES

DÉDICACES i
REMERCIEMENTS iv
HOMMAGES vii
LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES xi
LISTE DES TABLEAUX xv
LISTE DES FIGURES xviii
SOMMAIRE xx
INTRODUCTION 1
I. GÉNÉRALITES 5
1.1. Définitions de quelques concepts 6
1.1.1. Itinéraire 6
1.1.2. Thérapeutique 6
1.1.3. Itinéraire thérapeutique 6
1.1.4. Devenir 6
1.1.5. Norme 6
1.1.6. Qualité 7
1.1.7. Soin 7
1.1.8. Soin médical ou soin de santé 7
1.1.9. Mortalité 8
1.1.10. Mortalité infantile 8
1.1.11. Mortalité juvénile 8
1.1.12. Mortalité infanto-juvénile 8
1.2. Normes de structure et de procédure de prise en charge 8
1.2.1. Dimensions de la qualité des soins [26, 27] 11
1.2.1.1. Efficacité 11
1.2.1.2. Sécurité des soins 12
1.2.1.3. Réactivité ou sensibilité du système à la demande du patient « responsiveness » 13
1.2.1.4. Efficience 14
1.2.1.5. Accessibilité / Equité 14

1.2.2. Domaines de l'évaluation de la qualité des soins 15
1.2.2.1. Composante « structure » 18
1.2.2.2. Composante « processus » 21
1.2.2.3. Composante « résultat » 26
1.3. Quelques stratégies de lutte contre la mortalité infanto-juvénile 29
1.3.1. Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'enfant (PCIME) 29
1.3.2. Tri, Evaluation et Traitement d'Urgence (TETU) 31
1.3.3. Lutte contre le paludisme 32
1.3.4. Autres stratégies de lutte contre la mortalité infanto-juvénile 33
1.4. Les représentations socioculturelles de la maladie et la médecine traditionnelle 33
II. CADRE, MATÉRIEL ET MÉTHODE D'ÉTUDE 37
2.1. Cadre d'étude 38
2.1.1. Présentation du CNHU-HKM de Cotonou 38
2.1.2. Présentation la Clinique Universitaire de Pédiatrie et Génétique Médicale 39
2.1.2.1. Les infrastructures 39
2.1.2.2. Les ressources humaines 41
2.1.2.3. Les activités du service 41
2.2. Méthodes d'étude 42
2.2.1. Type d'étude 42
2.2.2. Période d'étude 42
2.2.3. Population d'étude 42
2.2.4. Echantillonnage 42
2.2.5. Critères de non inclusion 44
2.3. Technique et outils de collecte des données 44
2.4. Variables étudiées 44
2.5. Traitement et analyse des données 46
2.6. Considérations éthiques 47
III. RÉSULTATS 48

3.1. Caractéristiques sociodémographiques de la population 49
3.1.1. Sexe 49
3.1.2. Age 49
3.1.3. Zone de résidence 49
3.1.4. Niveau d'étude des parents 49
3.1.5.Moyen de transport des enfants au CNHU-HKM 50
3.2. Mode d'admission des enfants au CNHU-HKM 50
3.3. Parcours suivi jusqu'à l'admission des enfants au CNHU-HKM 50
3.3.1.Délai de consultation après le premier symptôme 50
3.3.2.Nombre de centres parcourus avant l'admission au CNHU-HKM ... 51
3.3.3. Traitement antérieur reçu 51
3.3.4. Délai d'admission des enfants au CNHU-HKM 52
3.4. Etat des enfants à l'admission au CNHU-HKM 52
3.5. Qualité des soins reçus à l'admission au CNHU-HKM 54
3.5.1. Personnel accueillant les enfants 54
3.5.2. Délai du premier contact avec le personnel médical 54
3.5.3. Délai du premier soin 54
3.5.4. Hypothèses émises ou diagnostic posé 54
3.5.5. Traitement approprié ou non au tableau clinique 55
3.5.6. Surveillance des patients 55
3.6. Devenir des patients 55
3.7. Impression des parents sur la prise en charge au CNHU-HKM 56
3.8. Facteurs associés au devenir des enfants 57
3.8.1. Délai de consultation des enfants après le premier symptôme 57
3.8.2. Nombre de centres parcourus 57
3.8.3. Notion de traitement antérieur 58
3.8.4. Délai d'admission des enfants au CNHU-HKM 59
3.8.5. Etat de détresse 60
3.8.6. Personnel accueillant l'enfant 60
3.8.7. Délai du premier contact avec le pédiatre 61

3.8.8. Délai du premier contact avec le DES 62
3.8.9. Délai du premier contact avec l'interne 63
3.8.10. Délai du premier soin aux patients 64
3.8.11. Traitement approprié au tableau clinique ou non 64
IV. DISCUSSION 66
CONCLUSION 81
SUGGESTIONS 83
RÉFÉRENCES 86
ANNEXES ..... A
TABLE DES MATIÈRES ..... G

SERMENT D'HIPPOCRATE

Devant le peuple béninois, en présence des maîtres de cette faculté et de mes condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure 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 je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraire.

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de sexe, 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. Même sous 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 aux générations futures l'instruction que j'ai reçue d'eux.

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 !

LE PRÉSIDENT DU JURY

VU LE DOYEN

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

LE RECTEUR DE L'UNIVERSITÉ D'ABOMEY-CALVI

RESUME

Introduction : La survenue d'une maladie conduit le patient à des recours aux soins qui déterminent un certain itinéraire, dont dépend souvent l'issue de ladite maladie. L'objectif de ce travail était d'étudier l'itinéraire thérapeutique et le devenir des enfants admis aux urgences de Pédiatrie du CNHU-HKM de Cotonou.

Méthode d'étude : Il s'agissait d'une étude transversale, prospective, à visée descriptive et analytique, menée du 11 Août au 09 Octobre 2019 et incluant enfants de 1 mois à 18 ans admis aux urgences pédiatriques du CNHU-HKM de Cotonou et de leurs mères. Les données ont été collectées grâce à une étude du dossier d'hospitalisation et à un entretien structuré avec la mère. Elles ont été analysées de manière informatique avec l'aide des logiciels Epi-Epidata 3.1 et Info 7.1.0.6**.**

Résultats : Au cours de la période d'étude, nous avons recruté 146 enfants. Le délai moyen de consultation au CNHU-HKM était de 8 jours (45 mn-75 jours). Les enfants consultaient directement au CNHU-HKM dans 33,6% des cas et 66,4% parcouraient entre 1 et 3 centres avant l'admission au CNHU-HKM. Ces enfants ont reçu, avant d'être admis, un traitement en automédication (79,5% des cas), un traitement médical (54,8% des cas) ou un traitement traditionnel (54,1% des cas). A l'admission, les enfants étaient en état de détresse vitale dans 90,4 % des cas. Les soins reçus à l'admission au CNHU-HKM étaient de bonne qualité chez 23,3% des enfants, de qualité moyenne chez 58,9%, et de qualité médiocre chez 17,8%. L'évolution était marquée par une guérison sans séquelles dans 81,5% des cas, une sortie contre avis médical (12,3%), un décès (5,5%) et une évasion (0,7%). Aucun des facteurs que nous avons étudiés n'était associé au devenir des enfants de façon statistiquement significative.

Conclusion : Cette étude a montré que, quel que soit l'itinéraire suivi par les enfants admis en pédiatrie au CNHU-HKM, la qualité des soins reçus leur permet d'avoir une évolution dans la plupart des cas favorable.
Mots clés : Itinéraire thérapeutique, devenir, enfants, urgences, CNHU-HKM

ABSTRACT

Introduction: The occurrence of a disease leads the patient to a search for treatment which determines a certain itinerary, on which the outcome often depends. The objective of this work was to study the therapeutic itinerary of children admitted to the pediatric emergency department of CNHU-HKM of Cotonou and the disease outcome.

Study method: This was a cross-sectional, prospective, descriptive and analytical study, conducted from August 11 to October 09, 2019 and including children from 1 month to 18 years admitted to the pediatric emergency department of CNHU-HKM of Cotonou and their mothers. The data were collected through a patient's folder review and a structured interview with the mother. They were analyzed by computer using Epi-Epidata 3.1 and Info 7.1.0.6 software.

Results: During the study period, we recruited 146 children. The average consultation time at the CNHU-HKM was 8 days (45 min-75 days). The children consulted directly at the CNHU-HKM in 33.6% of cases and 66.4% visited between 1 and 3 care centers before admission to the CNHU-HKM. Before being admitted, these children received self-medication treatment (79.5% of cases), medical treatment (54.8% of cases) or traditional treatment (54.1% of cases). On admission, the children were in life-threatening distress in 90.4% of cases. The care received on admission at the CNHU-HKM was of good quality in 23.3% of children, of average quality in 58.9%, and of poor quality in 17.8%. The disease progressed to a cure without sequelae in 81.5% of the cases, a death (5.5%); 12.3% of children exited hospital against medical advice and 0.7% escaped from hospital. None of the factors we studied were statistically associated with the outcome.

Conclusion: This study showed that, regardless of the itinerary followed by children admitted to the pediatric ward at the CNHU-HKM, the quality of the care received allows them to have an outcome in most cases favorable.

Keywords: Therapeutic itinerary, outcome, children, emergencies, CNHU-HKM