

**MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE (MESRS)**

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

Université des Sciences de la santé et de pharmacie Kankou Moussa

Faculté de Médecine et de Pharmacie

Année universitaire : 2021-2022 Thèse N °...../M

TITRE :

**ASPECTS EPIDEMIOCLINIQUES DES INFECTIONS
RESPIRATOIRES AIGUES CHEZ LES ENFANTS DE 0-59 MOIS AU
CENTRE DE SANTE COMMUNAUTAIRE DE BAGADADJI EN 2021**

THESE:

Par: Mr. BEGOTO DJERAKO LANDRY

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

JURY

Président : M. Hamadoun SANGHO (Professeur)

Membre : M. Housseini DOLO (Maître Conférence agrégé)

Directeur : M. Oumar SANGHO (Maître Conférence agrégé)

Co-directeur : M. Cheick Abou COULIBALY (Maître Assistant)

Dédicaces et Remerciements :

Je rends grâce à DIEU pour sa bonté ; fidélité et sa miséricorde qui dans ses lieux célestes, ma restaurer et fait de moi son élu et serviteur dans sa gratitude insondable, m'a enseigné, diriger, sur cet œuvre dont il est le maître ; par ta parole tu as dit frappez on vous ouvrira, demander on vous donnera et sachez que vous êtes exaucé lorsque vous demander avec foi.

Mon Dieu mon créateur mon consolateur oui tu m'as délivré des mains de l'ennemi pour m'établir devant les hommes afin que je puisse briller et ainsi témoigner de la gloire de ta puissance en Jésus christ.

C'est ton exaucement cette première phase de ta gloire non je ne mourrai pas je vivrai et je raconterai les œuvres de l'éternel.

A mon père : BEGOTO BERNADIN

Tu as été pour moi l'artisan de tout ce travail car c'est toi qui as choisi d'aller m'inscrire à l'école et tu 'as supporté tous les problèmes qui s'étaient posés durant tout mon cursus scolaire je prie le Grand créateur de te garder pendant longtemps à mes côtés afin que nous puissions profiter tous de ce travail. Puisse ce jour solennel être pour vous non seulement une occasion de réjouissance, de fierté mais aussi le témoignage de tout notre attachement profond.

A ma mère : MBAINARE ELISE

A ma tendre mère Je dédie cet ouvrage à ma maman qui m'a soutenue et encouragée durant ces années d'études. Qu'elle trouve ici le témoignage de ma profonde reconnaissance. A mes frères et sœurs, mes grands-parents et Ceux qui ont partagé avec moi tous les moments d'émotion. Ils m'ont chaleureusement supporté et encouragé tout au long de mon parcours.

**ASPECTS EPIDEMIOCLINIQUES DES INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUES
CHEZ LES ENFANTS DE 0-59 MOIS AU CENTRE DE SANTE COMMUNAUTAIRE
DE BAGADADJI**

A ma famille, mes proches et à ceux qui me donnent de l'amour et de la vivacité.
A tous mes amis qui m'ont toujours encouragé, et à qui je souhaite plus de succès.
A tous ceux que j'aime.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

Au Président du Jury Prof Hamadoun SANGHO, Professeur Titulaire de sante Publique et Chef de DER de sante publique et Spécialités à la FMOS et Responsable des cours de sante publique à l'UKM

Nous avons été honorés que vous acceptiez de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Qu'Allah vous comble de sa grâce et vous accorde santé et longue vie

A notre Maitre et Juge, le Dr Housseini Dolo, Maitre de Conférences agrégé en Epidémiologie du CAMES,

Nous avons apprécié votre spontanéité pour accepter de juger ce travail. Qu'Allah vous assiste et vous comble

A notre Maitre et Co Directeur de Thèse, Dr Cheick Abou COULIBALY, Maitre-Assistant en Epidémiologie

Nous avons été très honorer de travail avec vous et avons beaucoup appris à vos cotés

Qu'Allah vous gratifie et vous comble de sa grâce et miséricorde

A notre Maitre et Directeur de Thèse, Dr Oumar SANGHO, Maitre de Conférences agrégé en Epidémiologie du CAMES,

Nous avons appécie et et honore de pouvoir être accepter dans votre equipe de recherche pour apprendre les bases de la sante publique.

Qu'Allah vous accorde bonne santé, et longévité

SIGLES :

CEP :centre d'excellence pédiatrique

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CHU-GT: Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré

CPS : cellule de la planification et de la statistique

CREDOS: Centre de Recherche d'Etudes et Documentation pour la
Survie de l'enfant

DES : Diplôme d'Etude Spécialisé

CSRéf : Centre de Santé de Référence

DNS : Direction Nationale de la Santé

DPM: Direction de la Pharmacie et du Médicament

EDSM: Enquête Démographique et Santé du Mali

EPU : Etude post universitaire

FMPOS: Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto Stomatologie

HBT : habitant

Hib: *Hémophilus influenzae b*

HTA: Hypertension Artérielle

IEC : Information Education Communication

IRA : Infections Respiratoires Aiguës

**ASPECTS EPIDEMIOCLINIQUES DES INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUES
CHEZ LES ENFANTS DE 0-59 MOIS AU CENTRE DE SANTE COMMUNAUTAIRE
DE BAGADADJI**

MS : Ministère de la Santé

NC : Nombre de Consultations

OMA : Otite Moyenne Aiguë

OMS : Organisation mondiale de la Santé

ORL: Oto Rhino Laryngologie

P : Probabilité

PCIME : Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant

PFLA : Pneumonie Franche Lobaire Aiguë

UNICEF: Fond des Nations Unies pour l'Enfance

VAI: Voies Aériennes Inférieures

X2 : Khi carrée

SNISS : Système National D'Information Sanitaire et Social

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : schéma anatomique de l'appareil respiratoire.....12

Figure 2 Répartition des enfants selon le mois.....30

Figure3 : Répartition des enfants selon le sexe.....27

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des enfants selon l'Age.....	26
Tableau II : répartition des enfants selon la provenance.....	28
Tableau III : répartition des enfants selon l'ethnie	29
TABLEAU IV : répartition des enfants selon le motif de Consultation.....	31
Tableau VI : répartition des enfants selon le diagnostic.....	32

**ASPECTS EPIDEMIOCLINIQUES DES INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUES
CHEZ LES ENFANTS DE 0-59 MOIS AU CENTRE DE SANTE COMMUNAUTAIRE
DE BAGADADJI**

Table Matières

INTRODUCTION.....	7
OBJECTIFS.....	9
GENERALITE.....	10
METHODOLOGIE.....	22
RESULTATS.....	25
COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	33
CONCLUSION.....	35
RECOMMANDATIONS.....	36
REFERENCES	
BIBLIOGRAPHIQUES.....	37
ANNEXE	40

I. INTRODUCTION

Les Infections respiratoire aiguë (IRA) « amalgament » les maladies de l'appareil respiratoire, maladies du rhinopharynx, de l'oreille moyenne, des poumons ; Cet amalgame est représentatif des principes de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour la prise en charge intégrée des infections respiratoire aiguës de l'enfant [1]. Ainsi si leur diagnostic clinique est souvent aisé, le diagnostic étiologique est plutôt présomptif basé sur les aspects radio cliniques [2].

Les IRA hautes constituent la première cause de morbidité tandis- que, les IRA basses, surtout les pneumonies sont les principales causes de mortalité chez les enfants en bas âge dans les pays en voie de développement [3].

Selon l'OMS, chaque enfant développe en moyenne environ 6 à 8 épisodes d'IRA au cours des 5 premières années de sa vie, soit environ 238 millions de cas et 13 millions de décès chaque année dans le monde dont 50% de ces décès sont en Afrique subsaharienne faisant d'elles un problème majeur de santé publique [4 ; 5].

Les infections respiratoires aiguës sont causées par un large éventail d'agents pathogènes principalement des virus et des bactéries. Les facteurs de risque de cette maladie comprennent la prématurité, le faible poids à la naissance, le manque d'allaitement maternel exclusif, la malnutrition, le surpeuplement, la pollution de l'air intérieur, le manque de vaccination contre les maladies infantiles courantes [6 ;7].

Les variations saisonnières ont un effet profond sur la prévalence des infections respiratoires aiguës. Il existe une variation saisonnière marquée dans l'étiologie

**ASPECTS EPIDEMIOCLINIQUES DES INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUES
CHEZ LES ENFANTS DE 0-59 MOIS AU CENTRE DE SANTE COMMUNAUTAIRE
DE BAGADADJI**

virale des IRA, notée comme étant plus élevée pendant les mois les plus froids dans les pays à climat tempéré [8 ; 9].

Au Mali Les IRA (infections respiratoires aiguës) ont représenté en 2020 la deuxième pathologie la plus fréquente avec 10% après le paludisme [10]. Dans les régions, la prévalence des infections respiratoires aiguës est de 0.9% à Kayes, 0.4% à Sikasso, 6.1% à Ségou et de 2.9% à Mopti [11].

Cette étude vise à déterminer le profil épidémiologique et clinique des infections respiratoires aiguës chez les enfants de 0 à 5 ans à Bagadadji.

II. OBJECTIFS

2.1-OBJECTIFS GÉNÉRAL

Etudier les aspects épidémiocliniques des infections respiratoires aiguës chez les enfants de 0 à 59 mois vus en consultation dans le centre de santé communautaire de Bagadadji.

2.2-OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

- Déterminer le profil sociodémographique des enfants de 0 à 59 mois vus en consultation dans le centre de santé communautaire de Bagadadji
- Estimer la fréquence des IRA chez les enfants de 0 à 59 mois vus en consultation dans le centre de santé communautaire de Bagadadji
- Identifier les caractéristiques cliniques des IRA chez les enfants de 0 à 59 mois vus en consultation dans le centre de santé communautaire de Bagadadji

III. GENERALITE

3.1. RAPPELS ANATOMIQUES

Pour comprendre comment les mouvements respiratoires aboutissent à la contamination bactérienne des voies respiratoires, il convient de rappeler d'abord quelques particularités anatomiques.

3.1.1. Anatomie des voies respiratoires supérieures (VRS)

Les fosses nasales forment un double défilé étroit, rendu infructueux par les cornets. On distingue deux (02) types de cellules que sont les cellules caliciformes et les cellules ciliées [12]. A la partie supérieure du méat nasal moyen aboutissent les orifices des différents sinus de la face.

On distingue les sinus maxillaires, frontal, ethmoïdaux et sphénoïdaux [8]. (Fig.01)

En arrière du plan choanal, les fosses nasales s'ouvrent sur la cavité pharyngée avec ses trois étages (cavum, buccal et laryngé). Deux (02) éléments anatomiques jouent un rôle important dans la pathologie pharyngée : le tissu lymphoïde et les trompes d'Eustache qui relie la caisse du tympan au rhinopharynx [13].

Le tissu lymphoïde tapisse toute la paroi pharyngée sous forme de petites granulations et se concentre en trois (03) amas principaux : un supérieur situé à la voûte du cavum, les végétations adénoïdes et deux latéraux, les amygdales pharyngées.

Les formations lymphoïdes s'hypertrophient lors des infections puis reviennent à leur volume habituel après guérison [14]. Les orifices des trompes d'Eustache s'ouvrent latéralement sur le cavum un peu en arrière des choanes et à proximité immédiate des végétations adénoïdes qui finissent par les englober en cas d'hypertrophie [15]. (Fig.02)

La zone rhinopharyngée, qui constitue le point d'abouchement des fosses nasales est tapissée d'une muqueuse qui comporte des cellules ciliées et le tout reposant sur un chorion richement vascularisé. Les grosses particules en suspension dans l'air (poussière, allergènes, germes) sont arrêtées par le mucus et sont évacuées vers l'extérieur par les mouvements ciliaires [13].

Le larynx part du pharynx et conduit à la trachée, sa structure rigide est due à sa haute teneur cartilagineuse le maintenant constamment béant. [13 ;15]. (Fig. 3)

3.1.2. Voies respiratoires inférieures

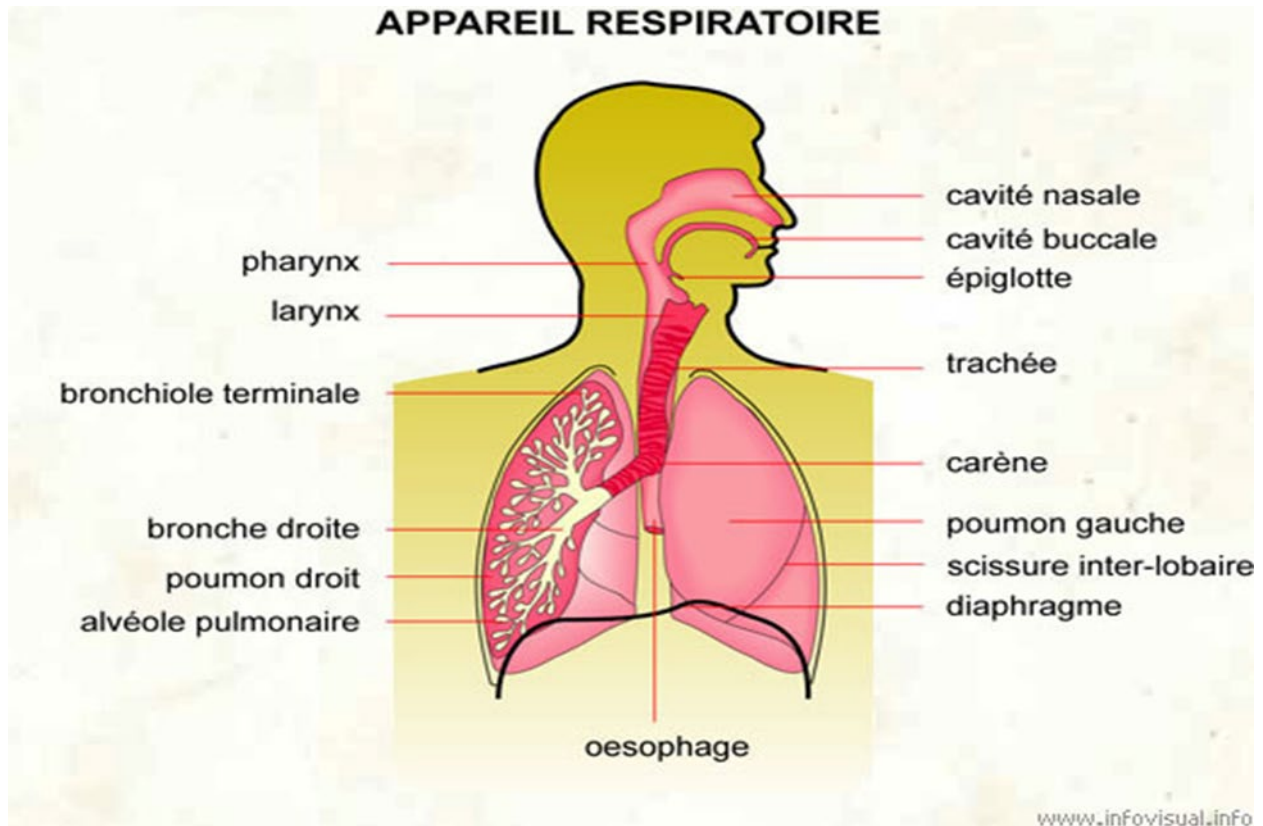
Les voies respiratoires inférieures sont représentées par l'arbre bronchique, dont l'extrémité proximale est la trachée qui se subdivise en deux bronches, lesquelles à leur tour se subdivisent en bronchioles, impliquées dans la ventilation des alvéoles pulmonaires au niveau desquelles l'asepsie est assurée par l'épuration mécanique et la phagocytose [16].

Les poumons sont des organes élastiques qui, sortis de la cage thoracique, s'affaissent en perdant une bonne partie de leur volume apparent, Ils adhèrent aux parois de la cage thoracique par l'intermédiaire des plèvres [12].

Une plèvre est une séreuse constituée de deux (02) feuillets : l'un tapisse la paroi musculuse squelettique du thorax (feuillelet pariétal) et l'autre recouvrant les poumons (feuillelet viscéral) [12,16].

Entre les deux (02) feuillets se trouve un liquide légèrement visqueux : le liquide pleural ; Il assure la cohésion entre les feuillets tout en permettant leur glissement aisé.

A l'état normal, chaque espace pleural contient une faible quantité de liquide stérile évaluée chez l'homme entre 1 et 10 ml. Ce volume semble se modifier au cours de diverses pathologies bactériennes, donnant lieu à un épanchement liquidien (pleurésie) [17,18] (Figure4).



(Figure4) : Anatomie de l'appareil respiratoire (LE VALLOIS 2004)

3.2. Causes et facteurs favorisant des IRA

3. 2.1. Facteurs écologiques : Avant l'âge de 2 ans, les causes virales sont plus fréquentes que les causes bactériennes. L'inverse est observé après l'âge de 2 ans.
Les Virus : Le Virus Respiratoire Syncytial (VRS) est l'agent n°1 de la bronchiolite.

- Le Myxovirus para influenzae associe fréquemment à la bronchiolite une atteinte laryngée.
- L'Adénovirus associe des signes respiratoires à une otite, pharyngite, signes extra respiratoires (conjonctivite, adénopathies cervicales).

- Le Rhinovirus est généralement responsable d'un tableau de rhinopharyngite.

Les bactéries : Trois germes prédominent : Il s'agit du

- Streptococcies pneumonie ;
- Streptocoque A
- Haemophilus influenza type b ;

Le Staphylocoque doré reste un germe redoutable et est une cause importante de mortalité.

Les autres germes sont plus rarement en cause : le Klebsiella pneumoniae ; le Chlamydia pneumoniae.

3.2.2. Eléments favorisant des IRA (ambiants ou liés au terrain) sont :

- La vie en collectivité joue un rôle primordial dans la propagation interhumaine des infections. Beaucoup d'enfants ne sont malades qu'en période de fréquentation de la crèche ou de l'école. Les enfants issus de familles sans domiciles fixes, disposant de maigres ressources financières et vivant dans des conditions hygiéniques et alimentaires déplorables sont généralement très sensibles aux IRA.

- L'âge, les enfants sont les plus atteints par ces genres d'infections.

- La saison froide et humide, la fréquence des maladies respiratoires est accrue.

- L'affaiblissement des défenses immunitaires ; la diminution de l'immunité due à des affections (VIH, immunodépression) ou à des facteurs physiologiques (âge, malnutrition) peut faciliter les IRA.

- L'agression de la barrière anatomique cutanées -muqueuse ; la chimiothérapie peut altérer ou détruire les muqueuses respiratoires et digestives, laissant ainsi un libre passage aux bactéries et virus ; L'accumulation de la fumée

de cigarette irrite également les muqueuses respiratoires, on invoque également la pollution atmosphérique accrue.

- Les facteurs liés au terrain il est indéniable que les sujets ayant des antécédents allergiques personnels ou familiaux (asthme, eczéma,) ont plus que d'autres une propension particulière aux IRA [19].

3.3. Infections respiratoires aiguës hautes :

Les infections aiguës des voies respiratoires supérieures n'entraînent pas une très forte mortalité chez l'enfant mais peuvent provoquer des infirmités très importantes. L'otite moyenne aiguë est la principale cause de surdité évitable dans les pays en développement et elle contribue de manière décisive aux problèmes que peut avoir un enfant pour se développer et apprendre. Le rhumatisme articulaire aigu, la glomérulonéphrite aiguë et les valvulopathies cardiaques calcifiantes peuvent compliquer de façon tardive une angine à streptocoque β hémolytique mal suivie.

Une prise en charge appropriée des infections aiguës des voies respiratoires supérieures est donc importante pour quatre raisons.

Elle peut :

- Atténuer la souffrance ;
- Réduire l'incidence des séquelles ;
- Aider la mère à soigner son enfant pendant la maladie si les agents de santé montrent aux mères comment soigner convenablement une infection aiguë des voies respiratoires supérieures ;
- Réduire l'emploi abusif des antibiotiques [20].

3.3.1. Rhinopharyngites :

Elles associent la rhinorrhée claire ou purulente, l'obstruction nasale, la fièvre les adénopathies cervicales bilatérales à une muqueuse nasale et pharyngée congestive. L'otite et la sinusite sont les complications à craindre par surinfection bactérienne justifiant ainsi l'antibiothérapie.

3.3.2. Angines :

C'est une inflammation des amygdales. Elles sont classiquement dues à des virus. Les symptômes les plus fréquents sont : Une fièvre quelquefois élevée (39° à 40°) plus ou moins accompagnée de frissons, de courbatures, de céphalées ; La douleur est le plus souvent présente, orientant le diagnostic, la déglutition peut être parfois douloureuse, elle peut être accompagnée d'une otalgie l'examen de la gorge à l'abaisse-langue sous éclairage retrouve en cas d'angine :

Une gorge œdématiée, rouge (angine érythémateuse) ou parsemée de points blancs ; Des amygdales grosses, recouvertes d'un enduit blanchâtre (angine érythémateux-pultacée) ou présentant un abcès (phlegmon amygdalien) ; parfois la gorge présente des vésicules (angine vésiculeuse) ou des ulcérations (angine ulcéro-nécrotique) voire des membranes (angine à fausses membranes). Dans les pays en développement, l'origine bactérienne à Streptocoque hémolytique du groupe A est systématiquement évoquée vu le risque de rhumatisme articulaire aigu (séquence angine polyarthrite cardite). L'absence de l'atteinte extensive des voies respiratoires doit renforcer l'origine bactérienne. L'angine érythémateuse ou érythémateux-pultacée représente la majorité des cas et fait suspecter le Streptocoque du groupe A. L'angine à fausses membranes évoque la diphtérie ; L'angine ulcéro-nécrotique unilatérale ou angine de Vincent ; L'angine vésiculeuse évoque une primo-infection herpétique ou une herpangine à virus Coxsackie.

3.3.3. Otites moyennes aiguës (OMA) :

Devant toute otalgie l'examen des oreilles est impératif : il montre une membrane tympanique rouge et bombée.

3.3.4. Sinusites aiguës :

La répartition de l'atteinte des sinus en fonction de l'âge s'explique par la chronologie du développement anatomique de ces cavités.

L'ethmoïdite survient chez le nourrisson et l'enfant surtout entre 6 mois et 5 ans;

La sinusite maxillaire est possible à partir de l'âge de 3 ans ;

La sinusite frontale, beaucoup moins fréquente survient après 10 ans ;

La sinusite sphénoïdale apparaît après l'âge de 15 ans. Elle est exceptionnelle chez l'enfant.

Ainsi nous tiendrons compte de la sinusite maxillaire et de l'ethmoïde.

La sinusite maxillaire aiguë : Elle se manifeste par une rhinorrhée purulente associée à de la fièvre, des céphalées et la sensibilité à la pression des sinus maxillaires.

L'ethmoïdite : Elle est rare mais il s'agit d'une infection sévère nécessitant une hospitalisation en urgence et une antibiothérapie par voie parentérale.

Elle complique une rhinite aiguë, associant ainsi un tableau inquiétant avec :

- De la fièvre élevée (39-40°C) ;
- Des maux de tête ;
- Altération de l'état général avec prostration ;
- Des sécrétions nasales purulentes ;
- Un œdème débutant à l'angle interne de l'œil, gagnant les paupières, rouge, chaud et douloureux : il s'agit d'un signe évocateur qui doit faire suspecter le diagnostic.

3. 3.5. Les laryngites et épiglottites

La laryngo-trachéite virale : elle est due aux virus para influenza. Elle atteint l'enfant de 1 à 3 ans et se caractérise par une toux aboyant, un stridor rauque, un enrrouement précédé par une fièvre et un coryza.

L'épiglottite aiguë : Est due à Haemophilus influenzae type b (Hib) et atteint l'enfant de 3 à 7 ans. Elle est de début brutal avec fièvre, difficultés respiratoires souvent avec pauses, dysphagie avec hypersialorrhée ; l'enfant adopte la position assise. La prise en charge nécessite une intubation ou une trachéotomie en urgence.

3. 4. Infections respiratoires aiguës basses :

Les infections respiratoires aiguës basses (IRA basses) sont définies par nécessité didactique comme atteinte infectieuse du parenchyme pulmonaire, des bronches et de la trachée. Si leur diagnostic est souvent aisé le diagnostic étiologique est plutôt présomptif sur les aspects radio cliniques [21]. Les infections respiratoires basses surtout les pneumonies sont les principales causes de morbidité et de mortalité chez les enfants en bas âge dans les pays en voie développement [3 ; 4].

3.4.1 Bronchite ou la trachéobronchite aiguë :

C'est une inflammation de l'arbre trachéobronchique le plus souvent d'origine virale (Virus Respiratoire Syncytial, Virus influenza A et B, Virus para influenza). Cependant des bactéries (Chlamydia pneumoniae, Mycoplasma pneumoniae, Bordetella pertussis, Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae, Moraxella catarrhalis) sont responsables des poussées de surinfection des bronchites chroniques.

Une toux fréquente parfois émétisante, en général plus nette en couchée que debout caractérise cette entité.

3.4.2 Bronchiolite aigue :

Bronchopathie obstructive aiguë endoluminale (œdème et hypersécrétions muqueuses) et murale (inflammation pariétale) d'origine virale chez l'enfant âgé moins de 2 ans.

D'étiologies virales à savoir :

- VRS (virus respiratoire syncytial) dans 70 % des cas ;
- Myxovirus para influenzae dans 20 % des cas ;
- Adénovirus, métapneumovirus ;
- Et plus rarement : rhinovirus, Myxovirus influenzae, virus de la rougeole et CMV.

Le diagnostic est avant tout clinique ; Aucun examen complémentaire n'est nécessaire en cas de prise en charge ambulatoire.

A l'examen clinique on retrouve une rhinorrhée, toux, syndrome de détresse respiratoire (tirage intercostal, sus-sternal, sous-costal, balancement thoraco-abdominal, entonnoir xiphœdien, battement des ailes du nez, geignement expiratoire).

3.4.3 Staphylococcie pleuro pulmonaire :

Survient à tout âge mais surtout avant 6mois ; Le tableau clinique associe :

- Des signes généraux : température à 39-40°, asthénie ;
- Des signes respiratoires : polypnée, toux sèche, tirage, cyanose ;
- Des signes abdominaux : météorisme abdominal qui peut faire penser à une occlusion. L'examen physique retrouve surtout une matité et parfois une diminution modérée du murmure vésiculaire.

3.4.4 Pneumonie franche lobaire aiguë (PFLA) :

La pneumonie franche lobaire est due au pneumocoque. Le début est brutal avec des signes généraux, une fièvre supérieure à 39° avec frissons et une altération de l'état général, le tout accompagné de douleurs thoraciques à type de point de côté avec une toux productive.

L'examen physique retrouve une augmentation des vibrations vocales, une matité localisée, une diminution du murmure vésiculaire et un souffle tubaire parfois entouré de râles crépitants.

La radiographie thoracique de face et profil montre une opacité homogène segmentaire bien limitée avec bronchogramme aérien.

Deux formes cliniques importantes marquent la particularité chez l'enfant :

- Des vomissements et des douleurs abdominales pouvant simuler une urgence abdominale ;
- La forme pseudo méningée avec céphalées, vomissements, nuque douloureuse, faisant discuter l'opportunité d'une ponction lombaire.

3.5. Autres pneumopathies

3.5.1 Pneumopathies virales ou apparentées :

Elles ont comme prototype la pneumonie atypique primitive à *Mycoplasma pneumoniae*. Comparativement à la PFLA, les signes distincts de la pneumonie atypique ont un début moins brutal, une fièvre moins élevée avec des symptômes ORL associés et surtout une toux sèche puis productive. L'aspect radiologique typique est celui de la pneumonie interstitielle. Le diagnostic est confirmé par la sérologie. La triade symptomatique, trouble respiratoire + altération fébrile de l'état général + signes neurologiques doit orienter vers un adénovirus, surtout s'il existe des symptômes associés tels que les adénopathies, une pharyngite, une

conjonctivite et une éruption diverse. Le diagnostic de l'origine virale d'une broncho- pneumopathie aiguë repose sur des arguments épidémiologiques (notion d'une épidémie de crèche), cliniques (catarrhe oculo-nasal) et hématologiques (leuconéutropénie, lymphocytose).

3.5.2 Pneumopathie récidivante ou persistante dans le même territoire :

La fibroscopie bronchique s'impose. On recherchera :

- Un corps étranger passé inaperçu et qui, laissé en place, peut conduire à la destruction du territoire obstrué. Le patient est typiquement un enfant de 2 à 5 ans (mais l'inhalation d'un corps étranger peut se voir à tout âge) chez lequel on retrouve éventuellement un syndrome de pénétration.
- Une compression extrinsèque par une adénopathie ou une malformation congénitale (kyste bronchogénique, malformation vasculaire ou bronchique...).
- Des tumeurs plus rares telles l'adénome carcinoïde, les carcinomes épidermoïdes ou autre tumeur.
- Un granulome tuberculeux : un foyer persistant est un des signes de découverte d'une tuberculose.
- Une suppuration locale pouvant évoquer une bronchectasie et qui sera confirmée par un scanner thoracique.

3.5.3 Les pneumopathies récidivantes dans des territoires différents :

Quatre étiologies doivent être évoquées : La sinusite ou le foyer infectieux ORL est le plus souvent une cause de toux chronique sans foyer pulmonaire mais il est logique de rechercher une sinusite maxillaire par un cliché en incidence de BLONDEAU dans ce contexte.

L'asthme se révèle fréquemment par des épisodes de pneumopathies récidivantes de l'enfant. L'hyperréactivité bronchique de cette affection provoque une hypersécrétion et la constitution de troubles de la ventilation par des bouchons muqueux. La mucoviscidose qu'il faut déceler par :

- Un interrogatoire sur l'existence ou non d'un retard d'élimination du méconium, d'un prolapsus rectal, de selles fréquentes graisseuses et nauséabondes,
- La recherche d'une dénutrition,
- La présence d'un hippocratisme digital.

La résistance aux antibiotiques est une hypothèse qu'il faut systématiquement étudier surtout si la pneumopathie récidive dans un laps de temps court (inférieur à un mois). Les germes les plus fréquemment en cause chez l'enfant de plus de 2 ans sont le pneumocoque et le mycoplasme [22].

3.5.4. Attitude thérapeutique :

Traitement symptomatique : désobstruction rhinopharyngée et traitement de la fièvre. Antibiothérapie réservée aux situations suivantes : fièvre supérieure à 38,5°C au-delà de 3 jours, toux persistante pendant plus d'une semaine avec expectoration purulente. Il faut distinguer une infection respiratoire aigüe basse d'une infection respiratoire haute ; en se référant à l'anatomie des voies respiratoires.

3.3.5. Modalités de diagnostic, de classification et de traitement selon l'OMS en milieu communautaire

L'OMS propose un cadre logique pour la détection des cas de pneumonie en utilisant les signes cliniques et les symptômes, sans auscultation ni radiographie :

**ASPECTS EPIDEMIOCLINIQUES DES INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUES
CHEZ LES ENFANTS DE 0-59 MOIS AU CENTRE DE SANTE COMMUNAUTAIRE
DE BAGADADJI**

ceci forme la base du traitement empirique de la pneumonie chez l'enfant. La pneumonie très grave :

Enfant ayant une toux ou des difficultés respiratoires avec :

- Tirage sous costal
- Cyanose centrale
- Ou incapacité de boire (éliminer un abcès des amygdales)
- Des convulsions ou enfant difficile à réveiller (exclure une méningite).

Ces signes doivent conduire à évacuer l'enfant à l'hôpital pour une antibiothérapie par voie parentérale.

La pneumonie grave :

Enfant ayant une toux ou des difficultés respiratoires et un tirage ou un stridor, mais :

- Pas de cyanose centrale et capable de boire.

Antibiothérapie à l'hôpital ou à domicile sous surveillance si le tirage, la cyanose, ou les symptômes ne sont pas trop graves.

La pneumonie qui n'est pas grave :

Enfant ayant une toux (ou des difficultés respiratoires) et une respiration rapide (≥ 60 cycles/minute pour les jeunes nourrissons de moins de 2 mois ; ≥ 50 cycles/minute pour les nourrissons âgés de 2 à 11 mois ; ≥ 40 cycles/minute pour les enfants âgés de 12 à 59 mois) sans tirage ; Antibiothérapie à domicile.

Pas de pneumonie : Toux ou rhume

Enfant ayant une toux (ou difficultés respiratoires) sans respiration rapide ni tirage ou stridor. Pas d'antibiotiques ; Traitement symptomatique à domicile, conseiller la mère de revenir rapidement si l'état de l'enfant s'aggrave

**ASPECTS EPIDEMIOCLINIQUES DES INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUES
CHEZ LES ENFANTS DE 0-59 MOIS AU CENTRE DE SANTE COMMUNAUTAIRE
DE BAGADADJI**

IV- METHODOLOGIE ET MATERIEL

4.1. CADRE D'ÉTUDE

CSCCom de Bagadadi.

4.1.1. Aperçu historique :

L'histoire de la commune II se confond avec celle de la ville de Bamako. La ville de Bamako a été créée vers le XVIème siècle par les Niakaté, actuel Niaré, originaire du Kaarta dans le Cercle de Nioro.

La ville s'est développée sur la rive gauche du fleuve Niger entre le marigot Woyowayanko et le marigot de Banconi.

En 1978 la Commune II comme toutes les communes du district de Bamako a été créée par l'ordonnance n°783 / CMLN du 18 août 1978 et la loi n° 96.025 du 18 février 1996 fixant statut spécial du district de Bamako.

4.1.2. Présentation de la Commune

4.1.2.1. Géographie et population :

Elle couvre une superficie de 17 km² soit $\approx 7\%$ de la superficie totale du district de Bamako 267 Km² avec une population de 201842 habitants en 2016 soit une densité d'environ 11535 hbts/km² répartie entre 12 quartiers. Elle est une collectivité administrative décentralisée. Elle est répartie en neuf aires de santé, un CSRéf, six CSCCom, 47 structures privées, parapubliques, confessionnelles et mutualistes.

Elle abrite les vieux quartiers de Bamako, le centre-ville avec des grands marchés et la gare ferroviaire avec des caniveaux à ciel ouvert.

Une production excessive des déchets ordinaires avec comme corollaire l'hygiène précaire et une importante population flottante.

C'est la 2ème commune du District de Bamako et est limitée au nord par la colline du « Point G », à l'est par la commune I, à l'ouest par la commune III et au sud par le fleuve Niger.

Les premiers quartiers lotis étaient Niarela, Bagadadji, Bozola. Ensuite ont suivi les quartiers de Médina-coura en 1919, Missira (initialement appelé socoura) 1953, Hippodrome (initialement appelé N'datékoumana) en 1958, Quizambougou, TSF, Zone Industrielle en 1960, Bakaribougou en 2002, Bougouba en 2003.

4.1.2.2. Climat, végétation, hydrographie :

Le climat est tropical avec deux saisons :

- La saison des pluies avec une hauteur moyenne de pluie qui oscille entre 600-800 mm/an qui dure 4 mois de juin à septembre ;
- La saison sèche d'octobre à mai comprenant une période froide et une période chaude.

La commune n'est traversée par aucun cours d'eau mais est limitée au Sud par le fleuve Niger et à l'Est par le marigot de Korofina.

La végétation est de type soudano sahélien dominée par des grands arbres comme les caïcédrats, les karités et les manguiers.

4.1.2.3. Infrastructure routière :

La commune abrite des routes séparées et des routes simples :

Une route principale à deux voies qui la traverse en son plein milieu d'Ouest en Est.

Les routes accessoires rendent l'accès facile aux différents quartiers; Il y a également un chemin de fer qui ne traverse qu'un certain nombre de quartier (Bagadadji, Médina Coura, Niarela, Zone Industrielle et le quartier TSF).

4.1.2.4. Présentation du CSCom de Bagadadi :

•Le service comprend :

-1 salle de consultation

-2salles pour les infirmiers dont 1 salle de garde

-1 bureau pour le Gestionnaire

-3 salles d'observation avec 10 lits

-des toilettes (3).

-Personnel : le service dispose d'un médecin (dont le chef de centre), 1 sagefemme, 2 techniciens supérieurs de santé, des étudiants en médecine ainsi que des infirmiers stagiaires des différentes écoles de formation sanitaire.

Les activités du service sont :

-La consultation : de 8h à 16h

- La prise en charge des malades

- La Consultation prenatale

-Les accouchements

- Les soins infirmiers

-Activités préventives

4.2. Type et période d'étude : Nous avons mené une étude transversale descriptive portant sur les cas d'infections respiratoires aigües du 1^{er} janvier au 31 décembre 2021.

4.3. Population d'étude :

Notre population d'étude était constituée des enfants de 0-59 mois vus en consultation au CSCOM de Bagadadi durant la période d'étude.

• Les critères d'inclusions :

Etaient inclus dans notre étude :

- tous les enfants de 0-59 mois ayant consulté pour infections respiratoires aigües.

Les critères de non inclusions

N'étaient pas incluses dans cette l'étude :

-Tous les enfants de plus de 59 mois ;

-Tous les enfants ayant consulté pour d'autres pathologies.

Echantillonnage : La collecte était exhaustive des enfants de 0 à 59 mois.

4.4. Méthode de collecte des données :

Une fiche d'enquête élaborée nous a permis de collecter les données de patients à partir du registre de consultation.

4.5. Méthode de saisie et analyse des données

Le texte a été saisi avec le logiciel Microsoft Word version 2016 et après le dépouillement des questionnaires ; les données ont été saisies et analysées avec le logiciel SPSS version 21.

4.6. Considérations éthiques et déontologiques

Nous avons obtenu le consentement verbal du Directeur Technique du Centre (DTC) du CSCOM de Bagadadji. Le personnel soignant a été informé sur les avantages de cette étude. La confidentialité et l'anonymat des données de patients figurants dans le registre de consultation ont été strictement respectés. L'étude n'apportait aucun préjudice aux participants.

V. RESULTATS

5. 1. Fréquence

Au cours de la période de notre étude, 3221 patients ont été vus au Centre de Santé Communautaire (CSCOM), parmi eux 267 cas ont été diagnostiqués de l'infection respiratoire aiguë et répondaient aux critères de l'étude, soit une fréquence de 8,29%.

5.2. Caractéristiques sociodémographiques :

Tableau I Répartition des enfants selon l'âge dans l'aire de santé Bagadadji en 2022

Tranche d'âge (mois)	Effectifs	Pourcentage
Inférieur à 1 mois	1	0,37
1-11 mois	87	32,60
12-23 mois	60	22,48
24-36 mois	79	29,60
47-59 mois	40	15
Total	267	100

La tranche d'âge de 1-11 mois a été la plus représentée avec **32,60%**. L'âge médian était de 20 mois.

**ASPECTS EPIDEMIOCLINIQUES DES INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUES
CHEZ LES ENFANTS DE 0-59 MOIS AU CENTRE DE SANTE COMMUNAUTAIRE
DE BAGADADJI**

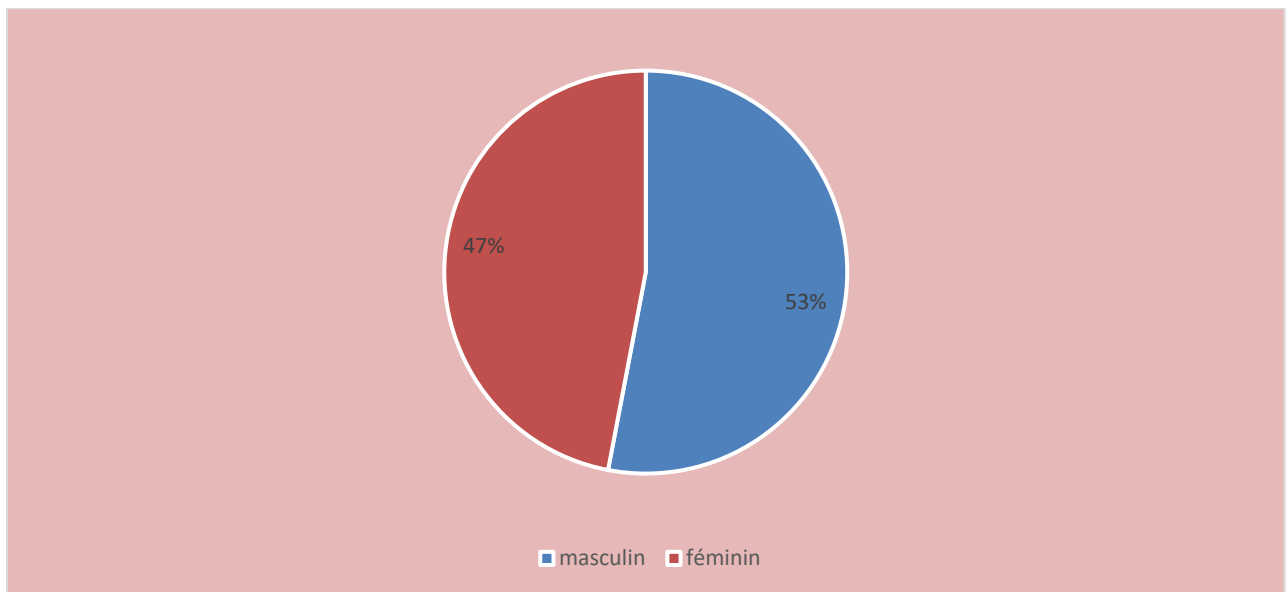


Figure 2 : Répartition des enfants selon le sexe dans l'aire de santé du Cscm de Bagadadji en 2022

Le sexe masculin était prédominant avec 53% des cas. Le sexe ratio était de 1,12

**ASPECTS EPIDEMIOCLINIQUES DES INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUES
CHEZ LES ENFANTS DE 0-59 MOIS AU CENTRE DE SANTE COMMUNAUTAIRE
DE BAGADADJI**

Tableau II : Répartition des enfants selon la provenance dans l'aire de santé Bagadadji en 2022

Provenance	Effectifs	Pourcentage
Bagadadji	100	37,45
Medina-coura	40	15
Quinzambougou	63	23,60
Hippodrome	24	9
Missira	11	4,11
Bozola	4	1,50
Koulouba	3	1,12
Bakaribougou	5	1,87
Niarela	10	3,74
Hors zone	7	2,62
Total	267	100

La quasi-totalité des enfants vus étaient de la commune II urbaine de Bamako avec **83,16%** de l'effectif totale

**ASPECTS EPIDEMIOCLINIQUES DES INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUES
CHEZ LES ENFANTS DE 0-59 MOIS AU CENTRE DE SANTE COMMUNAUTAIRE
DE BAGADADJI**

Tableau III : Répartition des enfants selon l'ethnie

Ethnie	Effectifs	Pourcentage
Bambara	113	42,32
Peulh	21	7,86
Malinké	53	19,85
Saurhai	3	1,12
Sarakolé	30	11,23
Maure	13	4,86
Dogon	7	2,62
Autres	27	10,11
Total	267	100

L'ethnie Bambara était prédominait avec 42,32% des cas.

**ASPECTS EPIDEMIOCLINIQUES DES INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUES
CHEZ LES ENFANTS DE 0-59 MOIS AU CENTRE DE SANTE COMMUNAUTAIRE
DE BAGADADJI**

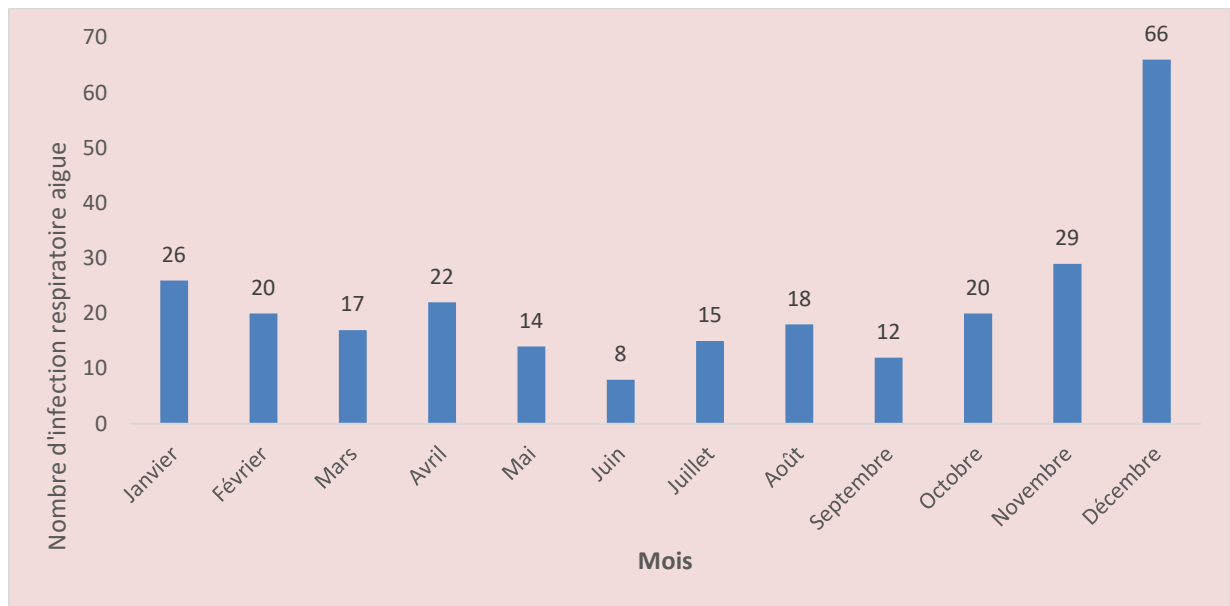


Figure3 : Répartition des enfants selon le mois dans l'aire de santé Bagadadji en 2022

La fréquence des IRA s'étalait durant toute l'année avec un pic en décembre.

**ASPECTS EPIDEMIOCLINIQUES DES INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUES
CHEZ LES ENFANTS DE 0-59 MOIS AU CENTRE DE SANTE COMMUNAUTAIRE
DE BAGADADJI**

Tableau IV : Répartition des enfants selon le motif de consultation dans l'aire de santé Bagadadji en 2022

Signes cliniques	Effectifs	Pourcentage
Rhinorrhée	80	30
Toux	44	16,50
Mal de gorge	12	7,18
Détresse respiratoire	10	3,74
Fievre+Toux+Rhinorrhee	121	45,31
Total	267	100

La fièvre+toux+rhinorrhée étaient le motif de consultation le plus fréquent avec **45,31%**.

**ASPECTS EPIDEMIOCLINIQUES DES INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUES
CHEZ LES ENFANTS DE 0-59 MOIS AU CENTRE DE SANTE COMMUNAUTAIRE
DE BAGADADJI**

Tableau V : Répartition des enfants selon le diagnostic dans l'aire de santé Bagadadji en 2022

Diagnostic	Effectifs	Pourcentage
Pharyngite	23	8,61
Angine	12	4,50
Rhinopharyngite	97	36,32
Rhinite	10	3,75
Bronchite	43	16,10
Bronchiolite	82	30,71
Total	267	100

Parmi les diagnostics retenus, la rhinopharyngite occupait la première place des IRA haute avec **36,32%** tandis que la bronchite occupait **16,10%** des IRA basses.

VI-COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

Notre étude avait pour cadre le CSCOM de Bagadadji dans la Commune II de Bamako au Mali.

6.1-Âge : Il ressort de notre étude que 32,60% des patients avaient un âge compris entre 1 et 11 mois. Ce résultat est comparable à celui de l'EDSM VI 2,1% [10] au Mali et de Diop MM et al 47,67% [22] en Guinée Conakry

6.2- Sexe : Dans notre étude les garçons étaient plus représentés que les filles avec un sex-ratio de 1,11 ; ce résultat est comparable à celui de Tazanya et col [23] au Cameroun et LK Ngombe et coll [24] en République Démocratique du Congo respectivement de 1,48 et 1,25

6.3-Frequence : La variation saisonnière joue un rôle important dans notre étude la fréquence des IRA s'étendait durant toute l'année avec un pic en décembre. Ce pic du mois de décembre peut s'expliquer par le fait que ce mois correspond à la saison froide où la plupart des virus respiratoires sont rencontrés. Ces résultats concordent avec ceux de TALL et al. Au Burkina Faso [25], et TESSIER et al au Sénégal [26].

6.3-DIAGNOSTIC : La fréquence hospitalière des Infections Respiratoires Aiguës (IRA) dans notre étude représentait 8,29%, et était reparti de la manière suivante : Infections Respiratoires Aiguës Haute (IRAH) : 6,64% et Infections Respiratoires Aiguës Basse (IRAB) : 1,64%. Nos fréquences en ce qui concernent les IRA haute sont inférieures à celles trouvées au Madagascar par H. RAOBIJAONA 63,8% [27]. La fréquence trouvée dans notre étude concernant les IRA basse est inférieure par rapport à celle trouvée au Togo par B. BAKONDE 88,33% [2].

Les limites de l'étude : Cette étude a porté sur 267 cas d'IRA. Ce chiffre est sous-estimé car les données des patients sont manquantes ou non mentionnées dans le registre de consultation.

7. CONCLUSION

A l'issu de cette étude faite dans le CSCOM de BAGADADI dans la commune II de Bamako au Mali les Infections Respiratoire Aiguë (IRAH) étaient plus fréquentes dans la tranche d'âge de 0 à 11 mois. Les atteintes des voies respiratoires hautes étaient les plus fréquentes. Les Infections Respiratoire Aiguë (IRAB) basses sont dominées par la bronchite.

8. RECOMMANDATIONS

1. Aux autorités politico administratives et sanitaires :

- a. Renforcer la sensibilisation de la communauté au recours aux soins par tous les moyens (médias, affiches publicitaires, rencontres organisées...).
- b. Renforcer les programmes de surveillance épidémiologique.
- c. Renforcer les stratégies de lutte contre la pollution atmosphérique.
- d. programme d'éducation pour la santé des enfants aux mères dans les CSCom.

2. Au personnel soignant :

- a. Renforcer l'IEC
- b. Savoir prendre en charge une IRA chez un enfant
- c. Apprendre aux parents la bonne technique de la désobstruction rhino – pharyngée

3. À la population :

- a. Respecter de façon rigoureuse le calendrier vaccinal des enfants dès la naissance ;
- b. Consulter dans la structure sanitaire la plus proche dès la constatation d'un signe D'IRA chez l'enfant.

**ASPECTS EPIDEMIOCLINIQUES DES INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUES
CHEZ LES ENFANTS DE 0-59 MOIS AU CENTRE DE SANTE COMMUNAUTAIRE
DE BAGADADJI**

9. REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE

1. World Health Organisation. Integrated management of Child Hood illness. A WHO/UNICEF initiative. Bull World Health Organ 1997; 75Suppl1:119-28.
2. Bakonde B, Tatagan K, Kessie K, Kafechina ABL, Assimadi K, Paupe J, Scheinmann P. Epidémiologie hospitalière des infections respiratoires aiguës basses chez le nourrisson et l'enfant togolais en 1998. Médecine d'Afrique Noire 1998; 45 (7).
3. Ngombe LK, Mbombo-Ditunga, Kameya N, Malingo AA, Kayomb NK, Ngolomba J et al. Infection respiratoire aigüe et statut nutritionnel chez les enfants de 0-5ans : cas des cliniques universitaires de Lubumbashi, République Démocratique du Congo. Pan African Medical Journal. 2014
4. Fienemika AE, Ojule IN, Best O. Prévalence of acute respiratory infections among children under-five years old in a hospital in Port Harcourt, Nigeria: A two year followup study. Journal of Respiratory Medicine. 2018; Vol 2 (1)
5. Gebertsadik A, Worku A, Berhane Y. Factors associated with acute respiratory infection in children under the age of five years: evidence from the 2011 Ethiopia demographic and Heath Survey. Pediatric Health, Medicine and Therapeutics. 2015; 6:129
6. Rudan I, Boschi-Pinto C, Biloglav Z, Mulholland K, Campbell H (2008) Épidémiologie et étiologie de la pneumonie infantile. Bull World Health Organ 86 : 408-416B.

7. Savitha MR, Nandeeshwara SB, Pradeep Kumar MJ, ul-Haque F, Raju CK (2007) Facteurs de risque modifiables pour les infections aiguës des voies respiratoires inférieures. *Indian J Pediatr* 74 : 477-482

8. Anderson LJ, Parker RA, Strilms RL (1990) Association entre les épidémies de virus respiratoire syncytial et les décès des voies respiratoires inférieures chez les nourrissons et les jeunes enfants. *Journal des maladies infectieuses* 161 : 640-646.

9. Annuaire du Système National D'Information Sanitaire et Social (SNISS) ; 2020 : 55.

10. Enquête Démographique et Santé du Mali (EDSM) VI; 2020 : 199.

11. MARCHAL. G. (1994). Connaissance du corps humain. Ed. Epigones. P46.

12. MELEKIAN.B. (1981). Infections des voies respiratoires supérieures. *Encycl. Med. Chir. Paris pédiatrie* : 404.

13. MARCHINA.J.C (1995). Les infections ORL. Ed. Dahab-Alger:10.

14. AUBERT.P., DELUEZ.J. Les otites de l'enfant. *Revue du praticien* tome XXXXII 20 : 1167-1185.

15. BERNAUDIN. J. F. FLEURY.J. (1987). Histologie et cytologie de la plèvre. *Encycl. Med. Chir. Paris poumon* 6041 A-30,7 ; 1987 : 11.

16. THOINET. S. BOUCAUD –MAITRE. Y. (1994). Analyse des prélèvements en bactériologie médicale : liquide de ponction. *Feuillets de biologie* 200 : 31-32

17. CHOFFEL. C. L. (1976). Pleurésies purulentes. Encycl. Med. Chir. 4-1976: 1-8.
18. PILLY E. (1994). Maladies infectieuses. Ed Med. Sce. Flammarion-Paris : 61-64.
19. OMS Programme de lutte contre les infections respiratoires aiguës, Genève. Infections Respiratoires Aiguës chez l'enfant : Prise en charge dans les petits hôpitaux des pays en développement. Manuel à l'usage des médecins et autres personnels de Santé qualifiée. HO/ARI/90.5 : p
20. CARBON. C. Le livre de l'interne la pathologie infectieuse Med –Sce Flammarion : 1-21.
21. Zehhal Abdelatif. Infections respiratoires aiguës du nourrisson et de l'enfant. <http://poumonpathologique.ifrance.com/cours/cours%20pneumo/infections%20r esp%20aigues.pdf> Site consulté le 29 février 2016.
22. Facteurs Associés à la Survenue des Infections Respiratoires Aigües chez les Enfants de 0 à 5 Ans Hospitalisés à l'Hôpital National Donka à Conakry.
23. Tazinya AA, Halle-Ekane GE, Mbuagbaw LT, Abanda M, Atashili J, Obama MT. Risk factors for acute respiratory infections in children under five years attending the Bamenda Regional Hospital in Cameroon. BMC Pulmonary Medicine (2018); 18: 7.
24. Ngombe LK, Mbombo-Ditunga, Kameya N, Malingo AA, Kayomb NK, Ngolomba J et al. Infection respiratoire aigüe et statut nutritionnel chez les enfants

de 0-5ans: cas des cliniques universitaires de Lubumbashi, République Démocratique du Congo. Pan African Medical Journal. 2014.

25. TALL FR, VARIAN A, CURTIS V, TRAORE A, NAC RO B, COURSENS S, DIALLO I, TRAORE E, MERTENS T.H Les Infections Respiratoires Aiguës en milieu hospitalier pédiatrique de Bobo Dioulasso (Burkina Faso). Arch. Pédiatrie 1994, vol. 1, no 3, pp. 297-305 (12 réf.) : 249-254.

26. TEYSSIER J, LALLEMENT AM, IMBERT P, DIAINE C, TERRISSOL M. Etude de la Morbidité et Mortalité dans un service de Pédiatrie à Dakar (Sénégal) Médecine Tropicale 1986, 46 : 51-61.

27. Raobijaona H. Infections respiratoires aiguës hautes (IRAH) en milieu pédiatrique à Antananarivo. *Médecine d'Afrique Noire*. 2000 ; 47(3):5.

10. ANNEXES

QUESTIONNAIRE D'IDENTIFICATION

N° :

Données sociodémographiques :

Date :

Q1) Age :

Q2) Sexe 1=M 2=F

Q3) Ethnie

Bambara=1,

Peulh= 2,

Malinké=3,

Sonrhäi=4,

Sarakolé=5,

Maure=6,

Dogon=7, autres=8

Q4) Résidence

1= Quinzambougou ;

2= Bakaribougou ;

3= Hippodrome ;

**ASPECTS EPIDEMIOCLINIQUES DES INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUES
CHEZ LES ENFANTS DE 0-59 MOIS AU CENTRE DE SANTE COMMUNAUTAIRE
DE BAGADADJI**

4= Missira ;

5= Médina Coura ;

6= Bagadadji ;

7= Bozola ;

8= Koulouba ;

9= Niarela ;

10=hors zone

•Renseignements cliniques :

Q5) Signes cliniques

Rhinorrhée=1

Toux=2

Détresse respiratoire=3

Fièvre=4

Autres=5

Mal de gorge=6

Q6) Diagnostic

SERMENT D'HIPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au Nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la Probité dans l'exercice de la médecine.

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

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

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes Promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque.

Je le jure.