

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT

République du Mali

SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

Un Peuple – Un But – Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES TECHNIQUES ET

DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO

Faculté de médecine et d'odonto-stomatologie

F.M.O.S

Année universitaire 2011-2012:

N°..... /

TITRE

**PRISE EN CHARGE DU PALUDISME
PRESUME SIMPLE CHEZ LES ENFANTS DE
0-59 MOIS AU CENTRE DE SANTE DE BACO
DJICORONI**

THESE

*Présentée et soutenue publiquement le .../.../2012 A la faculté de médecine et
d'odonto-stomatologie*

Par : **M. ABDOULAYE KEITA**

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

JURY

PRESIDENT:

Pr Sekou Fatamady TRAORE

MEMBRE :

Dr Daouda THIERO

CO-DIRECTRICE:

Dr Boulkassim MAIGA

DIRECTRICE:

Pr Samba DIOP

Prise en charge du paludisme présumé simple chez les enfants de 0-59 mois au centre de santé de baco djicoroni

DEDICACES

Je dédie ce modeste travail :

Au Tout Puissant **Allah**, le Clément, le miséricordieux.

Ô ALLAH louange à Toi et toute ma reconnaissance pour la vie, la santé et tous les bienfaits que Tu nous as accordés en permanence.

Puisse **ALLAH** faire de moi un serviteur qui respecte ses recommandations et celles des hommes.

O Dieu ce travail me permettra auprès des hommes d'avoir l'accord de soigner mes prochains mais je ne peux rien traiter sans ton accord malgré toutes les éducations que les autres ont pu me donner.

O Dieu guide mes pas, encadre tous mes actes et fait de moi un médecin soucieux et conscient de son métier. J'implore ton pardon et ta miséricorde mon Créateur.

Au prophète MOHAMED bénédiction paix sur lui :

Notre prophète bien aimé ! Tu nous as apporté une lumière et une fierté d'être la meilleure des communautés de Dieu. Tu as accompli ta mission, il reste la notre et j'espère qu'**ALLAH** nous facilitera et qu'il nous gardera sur le droit chemin.

Ce modeste travail est une manière de nous rapprocher de toi et d'**ALLAH** car la science est toujours une source de spiritualité.

A mon Père KEITA Mamadi

Cher père les mots m'ont toujours manqué pour exprimer toute l'admiration que j'ai pour toi. Tu as tout sacrifié pour nous rendre heureux.

Merci pour ton soutien, tes conseils, ton encouragement. Ce travail est le tien par tes immenses qualités de père.

Puisse DIEU le tout puissant t'accorder une longue vie couronnée de santé.

Prise en charge du paludisme présumé simple chez les enfants de 0-59 mois au centre de santé de baco djicoroni

A ma Mère KONE Nantakari

Rien ne peut contre la volonté de Dieu.

Ces mots n'exprimeront pas assez tout ce que j'éprouve pour toi aujourd'hui. Tu as tant souffert dans la vie, comme le petit oiseau reçoit sa nourriture du bec de sa mère, nous avons tous reçu de toi. Mère, tu as risqué ta vie et couru mille périls pour nous permettre un avenir meilleur. Ta combativité, ton amour permanent et ton souci pour une éducation de qualité font de toi une mère exemplaire. Ton exemple est décrit dans les livres mais rare dans la vie courante. J'ai eu la chance de t'avoir comme mère. Je t'aime maman et je t'aimerai toujours.

Ce modeste travail est le tien qu'ALLAH nous prête longue vie afin de goûter le fruit de ton labeur.

A mon oncle Feu KONE Mamadi

Tu as été pour nous, un exemple de courage, de persévérance et d'honnêteté dans l'accomplissement du travail bien fait. Tu nous as appris le sens de l'honneur, de la dignité et de la justice.

Tu as toujours été soucieux de l'avenir de toute la famille. Ce travail est un modeste témoignage de tous les sacrifices que tu nous as consenti.

Puisse ce travail m'offrir l'occasion de me rendre digne de tes conseils, de ton estime et de ta confiance repose en paix.

A ma tante KONE Fanta

Ce travail est le fruit de votre courage et de votre soutien moral et financière. Reçois de ce travail ma profonde gratitude.

Prise en charge du paludisme présumé simple chez les enfants de 0-59 mois au centre de santé de baco djicoroni

A mes frères et sœurs :

Pour le réconfort moral et le soutien matériel que vous n'avez cessé de m'apporter pendant tant d'années d'étude. Recevez par ce travail le signe de mes sentiments affectueux et fraternels. La fraternité n'a pas de prix, j'espère et je souhaite qu'elle restera toujours sacrée entre nous. J'ai toujours pu compter sur vous quel que soit le moment. La vie est un dur combat que nous devons surmonter avec courage et persévérance. L'amour et la paix dans lesquels nous avons été éduqués doivent être notre force indestructible. Restons toujours unis et soyons à la hauteur de nos parents. Ce travail est l'occasion pour moi de vous dire à quel point vous m'êtes chers. Que Dieu renforce nos liens.

A mes cousins et cousines :

Je ne saurais vous traduire mes sentiments les plus fraternels. En témoignage de l'affection qui nous a toujours unis, je voudrais que vous trouviez dans ce travail, le fruit des efforts que vous avez consenti à mon égard. Ce travail est le vôtre. Courage et bonne chance. Que le Tout Puissant vous prête longue vie, préserve et renforce notre affection fraternelle.

A tout mes parents :

Je n'ai pas cité de noms par peur d'en oublier. Merci pour votre attention soutenue et votre affection depuis mon jeune âge. Toujours reconnaissant, je prie pour le repos de l'âme de ceux qui ne sont plus parmi nous.

REMERCIEMENTS

Nos remerciements vont à l'adresse :

1. De l'Afrique toute entière :

Que la recherche de la paix et du développement soit la priorité de tes fils. Que ce modeste travail contribue à l'amélioration de l'état de santé de ta population.

2. De mon pays natal, le Mali :

Tu m'as vu naître, grandir, et tu m'as permis de faire mes premiers pas vers l'acquisition d'une éducation. Tu m'as donné un savoir incommensurable.

Profonde gratitude à toi mon cher Mali.

3. De la FMPOS :

Plus qu'une faculté d'études médicales, tu as été pour nous une école de formation pour la vie.

Nous ferons partout ta fierté.

Remerciements infinis.

4. Des corps professoral de la FMPOS :

Merci pour la qualité de vos cours et votre souci de former des jeunes africains compétitifs sur le plan médical.

5. Du ministère de la santé, à la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie ; du ministère de l'éducation de base de l'alphabétisation et des langues nationales ;

6. Du Cscm de Baco-Djicoroni : le docteur Boulkasim Maiga et tout son personnel pour nous avoir accepté et guidé pendant les enquêtes ;

Prise en charge du paludisme présumé simple chez les enfants de 0-59 mois au centre de santé de baco djicoroni

7. Aux autorités du quartier de Baco-Djicoroni : le maire, le chef de quartier etc.... ;

8. La famille Koné et la famille Sidibé de Baco-Djicoroni :

Merci pour votre gentillesse et votre générosité et pour tous les bons moments qu'on a passé ensemble.

9. A mes amis : Brehima Deyoko, Amadou Koné, Saybou Doumbia, Yamourou keita, Moussa B Diarra, Malick Diakité.

Des vrais amis se reconnaissent toujours lors des moments durs. Dans beaucoup de circonstances, vous m'avez prouvé qu'au-delà de l'amitié vous êtes des frères plus que jamais sincères. Sans vous, je n'aurai jamais pu mener à bien ce travail. Il est vôtre. Soyez-en remercié infiniment et soyez assuré de mon éternel fidélité. Puisse cette fraternité demeurer entre nous pour que se réalisent nos vœux les plus chers (Amen).

10. A mes collègues : Seydou Djibrila Oeudraogo. (Collègue thésard), Dr Adama Dembelé, Dr Ibrahim A Traore, Aboubacar Konaré (collègue thésard) Amadou Doumbia (collègue thésard), Dr Silly Diabira

Pour votre franche collaboration, merci et surtout bon courage car le chemin à parcourir est encore long.

A notre maître et Président du Jury

Professeur Sékou Fatamady TRAORE

- PhD en Entomologie médicale
- Maître de conférences en entomologie médicale à la FMPOS
- Directeur du Département d'entomologie du MRTC/FMPOS
- Co-coordonateur du MRTC

Cher maître

Merci d'avoir accepté, malgré vos multiples occupations, de présider le jury de ce travail. Votre disponibilité, votre sens de l'accueil, l'homme de science modeste et calme sont là quelques unes de vos qualités, qui forcent l'admiration. Nous avons été émerveillés par vos éminentes qualités humaines, de courtoisie et de sympathie. Vous êtes pour nous un modèle. Nous vous prions, cher maître de bien vouloir trouver ici l'expression de notre gratitude.

A notre maître et Juge

Docteur Daouda THIERO.

- Médecin directeur du Cscm de Sabalibougou I;
- Diplômé de l'institut de santé et développement de l'université Cheik Anta Diop de Dakar
- Master I en santé publique
- Diplômé supérieur de Gestion au niveau Communautaire des Programmes de santé Orientés vers la lutte contre le VIH/SIDA.

Cher maître,

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations.

Votre disponibilité, votre humanisme et votre modestie forcent respect et incitent l'admiration.

Veuillez trouver ici le témoignage de notre profonde gratitude.

A notre maître et co-directeur

Docteur Boulkassim Maiga

- Médecin spécialiste en santé publique
- Professeur Associé, Médecine de Famille université de Sherbrook.Canada.
- Médecin directeur du Cscm de Baco-Djicoroni

Cher maître,

Le temps que nous avons eu à passer à vos coté nous a permis d'apprécier vos qualités humaines et votre amour pour le travail bien fait. Vos suggestions ont été très pertinentes pour l'amélioration qualitative de ce travail.

Veillez recevoir ici cher maître l'expression de ma profonde gratitude.

A notre maître et directeur de thèse

Professeur Samba DIOP

- Maître de conférences en anthropologie médicale
- Enseignant-chercheur en écologie humaine, anthropologie et éthique en santé au DER de santé publique de la FMPOS
- Responsable de l'unité de recherche formative en sciences humaines, sociales et éthique de SEREFO /VIH/SIDA/FMPOS
- Responsable du cours <<Anthropologie de la lutte contre la cécité : aspects sociaux et éthique >>, Centre hospitalier universitaire de l'institut d'ophtalmologie tropicale d'Afrique
- Responsable du cours <<Sciences et éthique>> du DEA d'anthropologie, Institut supérieur pour la formation à la recherche appliquée (ISFRA), Université de Bamako
- Responsable du cours << Culture et éthique>> du centre d'enseignement virtuel en Afrique, Ecole nationale des ingénieurs (ENI), Université de Bamako.

Cher maitre,

L'occasion nous est offerte de vous remercier de votre spontanéité, votre générosité, votre modestie, et votre rigueur dans un désir permanent de perfectionnement en tout travail scientifique que nous devons accomplir, car vous êtes vous-même un exemple qui fait de vous un professeur émérite. Nous sommes reconnaissants pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de diriger ce travail. Plus qu'un honneur, cela à été pour nous un plaisir de vous côtoyer. Votre immense savoir multidisciplinaire nous impose beaucoup de respect et une profonde admiration au vue de vos qualités humaines et d'enseignant. Merci pour toutes les entrevues chaleureuses, merci pour toutes vos critiques, merci pour votre disponibilité au quotidien. Puisse votre assiduité au travail bien fait nous servir de modèle.

LA LISTE DES ABREVIATIONS :

Ascom : Association de santé communautaire

CAT : Combinaison thérapeutique à base d'artémisinine

CAP : Connaissance, attitude et pratique

CA : Conseil administratif

FCFA : Franc-communauté française d'Afrique

CPES: Consultation préventive des enfants sains

CPN : Consultation prénatale

CREN : Centre de récupération et d'éducation nutritionnelle

Cscom : Centre de santé communautaire

CUR : Curative

DCI : Dénomination commune international

DEAP : Département épidémiologique des affections parasitologiques

FMOS : Faculté de médecine et d'odontostomatologie

GE : goutte épaisse

H : Heure

H/F : Rapport Homme /femme

IEC : Information, éducation, communication

MECATS-DNAT : Ministère d'état chargé de l'administration territoriale et de la sécurité -Direction nationale de l'administration territoriale

ME : Médicament essentielle

Mg/kg : Milligramme par kilogramme

N° : Numéro

OMS : Organisation mondial de la santé

P : plasmodium

P/T : Rapport poids/ taille.

PMI : Protection maternel et infantile

PMA : Paquet minimum d'activité

PIB : Produit intérieur brut

PNLP : Programme national de lutte contre le paludisme

TDR : Technique de diagnostic rapide.

TNF: Tumoral necrosis factor

TV: Télévision

% : Pourcentage

TABLE DES MATIERES

I. Introduction	1
II. Justification	3
III .Objectifs	4
1. Objectif général	5
2. Objectif spécifique	5
IV. Cadre Théorique	6
1. Définition du paludisme	7
2. Histoire du paludisme	7
3. Agent pathogène	8
4. Epidémiologie de transmission du paludisme	8
5. Physiopathologie du paludisme	13
V. Cadre d'étude	20
1. Lieu d'étude	20
2. Type d'étude	25
3. Période d'étude	25
4. Population d'étude	25
a. Critères d'inclusion	25
b. Critères de non inclusion	25
c. Taille de l'échantillon	25
d. Déroulement de l'enquête	25
e. Technique et matériel d'étude utilisé	26
1. Saisie et analyse des données	26
2. Aspect éthiques	26
VI. Résultats	29
VII. Commentaire et Discussion	44
VIII. Conclusion et Recommandation	52
Références Bibliographiques	56
Annexe.....	
1. Certificat en langue Bambara.....	
2. Certificat en Ethique de la Recherche.....	
3. Fiches d'enquête.....	
4. Fiche d'enquête traduite en Bambara(Bamankan).....	
Fiche signalétique & Résumé.....	

I- INTRODUCTION

Le paludisme constitue encore de nos jours un problème majeur de santé publique. C'est une maladie très ancienne et on pense que l'homme préhistorique a dû en souffrir. Elle serait la première maladie parasitaire dont l'histoire se confond avec celle de l'humanité [34]. Elle a une origine probablement africaine et a atteint les côtes de la méditerranée, l'Inde et l'Asie du sud-est à travers les migrations humaines [14]. Découvert par les scientifiques en 1880, le paludisme est causé par un parasite unicellulaire appelé plasmodium et se transmet d'une personne à une autre par les piqûres d'un moustique : Anophèle femelle [18].

Selon l'OMS, plus de 2,4 milliard de personnes vivant dans les pays en développement sont exposées au risque du paludisme avec 243 millions de cas enregistrés la même année. Elle tue 1,1 à 2,7 millions de personnes chaque année à travers le monde dont un million d'enfants de moins de cinq ans [35]. L'impact socio économique du paludisme reste très important. Le paludisme est responsable d'une invalidité temporaire de 3,5 jours par an par personne d'où une réduction de la productivité. Elle est la première cause d'absentéisme en milieu scolaire pouvant atteindre parfois 28% avec comme conséquence un faible taux de scolarisation [30].

L'Afrique reste le continent le plus touché avec environ 85% des cas de paludisme enregistrés par an, et plus de 3000 décès par jour [35]. Un enfant africain meurt toutes les 30 secondes de paludisme [5], 450 toutes les heures [36]. Environ 2% des cas cliniques de paludisme chez l'enfant africain évoluent vers les formes graves et compliquées [16]. Cette mortalité élevée serait due à plusieurs facteurs dont l'inadéquation entre le diagnostic et le traitement. Aussi, des études récentes relèvent que 23% du taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans serait attribué au paludisme même si la plupart de cas de décès ne sont diagnostiqués en tant que tels mais plutôt comme de sévères troubles anémiques, cérébraux ou respiratoires [2-39].

Prise en charge du paludisme présumé simple chez les enfants de 0-59 mois au centre de santé de Baco Djicoroni.

Au Mali, le paludisme représente la première cause de morbidité et de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans avec respectivement un taux de 45,07% et 32,04% [35]. Pour lutter contre cette maladie, le Mali a mis en place en 1993 un programme national de lutte contre le paludisme (PNLP), dans le but de coordonner les activités au plan national répondant à des stratégies conformes à celles recommandées par l'OMS.

Les objectifs essentiels de cette lutte visent à :

- Assuré la prise en charge précoce et appropriée des cas de paludisme, tant au niveau des services de santé qu'au niveau des communautés,
- La chimio prophylaxie chez les femmes enceintes,
- La lutte anti vectorielle par l'utilisation des supports imprégnés d'insecticides,
- La détection et le contrôle des endémies,
- Le renforcement des capacités locales en recherche opérationnelle.

II- Justification :

Au Mali, et dans la majorité des pays africains au sud du Sahara, le paludisme demeure encore une endémie majeure et la première maladie dont la morbidité et la mortalité restent élevés chez les populations les plus vulnérables (enfants de 0 -5 ans, femmes enceintes) avec un taux de morbidité de 45,07% et de mortalité de 32,04% chez les enfants de moins de 5 ans [35].

Le paludisme réduit l'activité des personnes durant plusieurs jours, entrave la scolarisation des enfants et le développement social, affecte l'économie des pays avec une perte annuelle de plus de 12 milliards du PIB (produit intérieur brut) en Afrique [37]. Le recours à l'automédication par plus de 80% des individus, pour traiter le paludisme sans faire référence à un professionnel de la santé persiste à présent. Le mauvais diagnostic du paludisme et l'automédication par la population, ont pour conséquence d'augmenter le niveau suspecté de la chimiorésistance qui serait dû à l'utilisation de doses incorrectes [38]. Cette chimiorésistance connue pour la chloroquine en Afrique peut se propager au CTA si les mesures précises ne sont pas prises.

Le retard et/ou l'absence d'examen pour le diagnostic biologique du paludisme existent encore dans certaines structures de santé au Mali. Ces facteurs sont liés à la pauvreté, à l'analphabétisme, mais aussi à l'insuffisance ou l'inaccessibilité des services dans la plupart des zones d'endémies [22].

Enfin, le problème de l'observance du traitement antipaludéen, notamment au niveau des domiciles et des structures de santé en particulier les centres de santé communautaire, persiste encore malgré les multiples efforts d'information, de sensibilisation et de communication.

Prise en charge du paludisme présumé simple chez les enfants de 0-59 mois au centre de santé de Baco Djicoroni.

III-OBJECTIFS

1- Objectif général :

Evaluer la prise en charge du paludisme présumé simple par le personnel de santé et le comportement des parents des enfants de 0 à 59 mois face au paludisme au niveau du centre de santé communautaire de Baco -Djicoroni.

2. Objectifs spécifiques :

- Déterminer les caractères socio- démographiques des parents et des enfants de 0 à 59 mois,
- Evaluer les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) du personnel de santé sur la prise en charge du paludisme présumé simple au niveau du Cscm de Baco-Djicoroni,
- Evaluer les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) des parents des enfants de 0 à 59 mois face au paludisme présumé simple,
- Sur quel signe il se base pour dire que l'enfant a le paludisme, leur comportement en cas de paludisme ; ceux qu'il fait pour éviter le paludisme.

IV- CADRE THEORIQUE

IV-1-Définition : Le paludisme est une erythrocytopathie fébrile hémolysante, due à la présence et à la multiplication, dans l'organisme humain, d'une des espèces plasmodiales inféodées à l'homme. Sa transmission est assurée par un moustique hématophage du genre anophèles femelle [15].

IV-2-Historique: le paludisme est l'une des plus vieilles maladies que l'humanité ait connue. Son histoire peut être divisée en trois étapes :

❖ **Une époque clinique :**

Les fièvres intermittentes ont été évoquées dans les textes des médecins Chinois, Egyptiens. Hippocrate, dans son traité des aires des eaux, opposait fièvre périodique et fièvre intermittente. La notion de fièvre intermittente se dégageait dans les régions où l'on trouvait des eaux stagnantes, des marécages (Palu) et dans les zones où l'air était vicié (malaria) d'où le nom de paludisme ou malaria.

❖ **Une époque des découvertes thérapeutiques :**

En 1630, Don Francisco Lopez apprend des indiens du Pérou les vertus de l'écorce du quinquina et à partir de cette époque, les fièvres ont été divisées selon leur sensibilité à cette drogue.

❖ **Une époque des découvertes biologiques :**

En 1820, Pelletier et Caventou isolent du quinquina l'alcaloïde actif : La quinine. L'agent pathogène est découvert par Laveron en 1880 à Constantine. Marchiafara celli et golgi distinguent bientôt trois espèces de parasites de l'homme : Plasmodium falciparum, Plasmodium vivax, et Plasmodium malaria. De 1895 à 1897, La transmission de cette affection par un moustique du genre anophèle est soupçonnée par Ross et Grassi en 1898. Stéphane isole en 1922 une quatrième espèce plasmodiale : Plasmodium ovale.

Prise en charge du paludisme présumé simple chez les enfants de 0-59 mois au centre de santé de Baco Djicoroni.

La transmission du paludisme se fait par l'anophèle femelle. Au Mali ce sont les membres du complexe anophèle gambiae et anophèles funestus qui transmettent le paludisme, (entre 18h et 6h du matin) la plus part du temps. Leur durée de vie moyenne est d'un moi [47]. Anophèle gambiae est abondant surtout en saison pluvieuse, Anophèles funestus en saison sèche fraîche. Ce modèle de répartition temporelle des vecteurs favorisent la transmission continue du paludisme pendant toute l'année [44].

IV-3-Agents pathogènes :

Le plasmodium est un protozoaire qui se développe pendant une partie dans sa vie dans les hématies, d'ou son nom d'hématozoaire. Quatre espèces plasmodiales sont inféodées à l'homme [47] : il s'agit de P.falciparum responsable de la quasi- totalité des décès dus au paludisme. Il représente 85 à 90% de la formule parasitaire au Mali. Du P. malaria représente 10 à 14%, du P. ovale avec moins de 1%. Quant P. vivax sa présence a été confirmée en transmission autochtone au nord du mali dans nos populations leucodermes en 1988 [9-10].

IV- 4- Epidémiologie de transmission du paludisme

a)- Répartition géographique du paludisme dans le monde

Pour des raisons encore inconnues, le paludisme humain est transmis par les anophèles. A cet effet, l'épidémiologie du paludisme humain suit la distribution spatiale des anophèles vecteurs. Le paludisme sévit actuellement dans les zones tropicales et intertropicales, à l'état endémique [32-40].

- ❖ Afrique : le paludisme est largement répandu dans toute l'Afrique intertropicale et à Madagascar ; par contre il est rare en Afrique du nord. Dans les régions de sud du Sahara les vecteurs prédominants sont An. gambiae et An. funestus. Ces espèces sont morphologiquement identiques, mais présentent des barrières de reproduction et des préférences écologiques distinctes.

Prise en charge du paludisme présumé simple chez les enfants de 0-59 mois au centre de santé de Baco Djicoroni.

- ❖ Amérique : le paludisme est présent en Amérique centrale, en Amérique du sud où il est en progression, en particulier au Brésil, dans les Guyanes et en Haïti. Par contre aux Antilles françaises et en Amérique du nord, il est absent.
- ❖ Asie : il sévit intensément en Asie mineure, dans la péninsule indienne, en Birmanie, en Chine, en Thaïlande et au Vietnam.
- ❖ Océanie : il est présent en Nouvelle Guinée, aux îles Salomon. Il est absent en Tahiti, en Nouvelle Calédonie et aux îles Loyauté. Les foyers du nord-est de l'Australie ont disparu.
- ❖ Europe : le paludisme a été éradiqué et a disparu de ses anciens foyers. Mais on observe le paludisme d'importation, surtout en France, qui est en pleine augmentation du fait de l'essor des déplacements vers les pays tropicaux.

b)- Epidémiologie du paludisme au Mali :

Au Mali, les quatre espèces existent avec une nette prédominance de *P. falciparum*, la plus redoutable, celle qui tue. Elle représente 85 à 90% de la formule parasitaire [9-10]. Toutes les hémospodidies sont des parasites intracellulaires obligatoires et ont toutes deux hôtes : un hôte vertébré chez lequel la reproduction asexuée se réalise (hôte intermédiaire) et un insecte piqueur chez lequel se réalise la reproduction sexuée (hôte définitif). L'insecte est, en même temps, responsable de la transmission (vecteur)[11].

Au Mali cinq facies épidémiologie ont été décrit par Doumbo et Al en 1989 :

- La zone de transmission saisonnière longue de 4 à 6 mois correspondant à la zone soudano guinéenne, le paludisme y est halo endémique. Avec un indice plasmodique supérieur à 85%.
- La zone de transmission saisonnière courte inférieure à 4 mois, correspondant à la zone de savane nord soudanienne et sahel, le paludisme y est hyper endémique. Avec un indice plasmodique variant entre 50 et 75%.
- La zone subsaharienne au nord : la transmission y est sporadique voire épidémique, indice plasmodique inférieur à 5%.

Prise en charge du paludisme présumé simple chez les enfants de 0-59 mois au centre de santé de Baco Djicoroni.

- Le delta inférieur du fleuve Niger et zones de retenues d'eau et de riziculture (barrages). La transmission y est bimodale voire plurimodale en début de pluie, période de décrue et mise en eau des casiers rizicole. Elle est de type méso endémique. L'indice plasmodique est inférieur à 40%.
- Le milieu urbain : le paludisme y est de type hypo endémique avec un indice plasmodique inférieur à 10%. Ce milieu peut être divisé en deux : le centre et le milieu périurbain. Le milieu périurbain est généralement caractérisé par une prolifération de quartiers spontanés « les bidonvilles », la transmission est méso endémique. **(8)**

IV- 5- Cycle biologique :

- Chez le moustique :

Lorsque le moustique pique une personne infectée, il ingère le parasite avec le sang qui subit toutes sortes de transformations complexes pendant une période de 14 à 21 jours avant d'être prêt à réinfecter une autre personne **[11]**.

Après piqûre, le moustique absorbe des globules rouges dont certains portent le Plasmodium sous la forme de gamétocytes. Les formes asexuées des parasites ainsi que les hématies sont digérées, à l'exception des gamétocytes mâles et femelles, qui subsistent et poursuivent le cycle sexué. Le gamétocyte est haploïde, comme tous les autres stades chez l'homme. Gamètes mâles et femelles s'unissent pour donner un zygote, ookinète (ou œuf mobile) qui traverse la paroi de l'estomac et s'installe à la périphérie de cet organe en devenant un oocyte. L'oocyte se divise et donne naissance à plusieurs milliers de sporozoïtes. Ceux-ci gagnent les glandes salivaires du moustique qui les transmettra à l'homme lors d'un autre repas sanguin.

- Chez l'homme :

Un moustique infecté pique un homme, il injecte le parasite avec sa salive sous la forme de sporozoïtes, éléments infectants, qui sont entraînés dans la circulation

Prise en charge du paludisme présumé simple chez les enfants de 0-59 mois au centre de santé de Baco Djicoroni.

générale. Quelques minutes après la piqûre infectante, les sporozoïtes pénètrent dans les cellules hépatiques. Le sporozoïte entre alors dans une phase de réplication au sein de la vacuole parasitophore, et de prolifération intracellulaire qui aboutit à la formation d'une masse multi nucléée appelées chizonte qui conduit à la libération de plusieurs dizaines de milliers de mérozoïtes dans la circulation. Les mérozoïtes envahissent les érythrocytes. Cette phase de multiplication est asymptomatique et peut durer de 8 à 15 jours [11].

Dans les globules rouges, chaque mérozoïte se divise pour donner naissance à 8 à 34 nouveaux parasites (mérozoïtes), capables à leur tour d'envahir d'autres globules rouges. [11] Ce cycle dure de 48 à 72 heures selon les espèces.

Après un certain nombre de cycles, spontanément ou sous l'effet d'une pression médicamenteuse, quelques parasites se différencient en gamétocytes mâles et femelles dont le potentiel sexué est bloqué jusqu'à leur absorption par l'anophèle

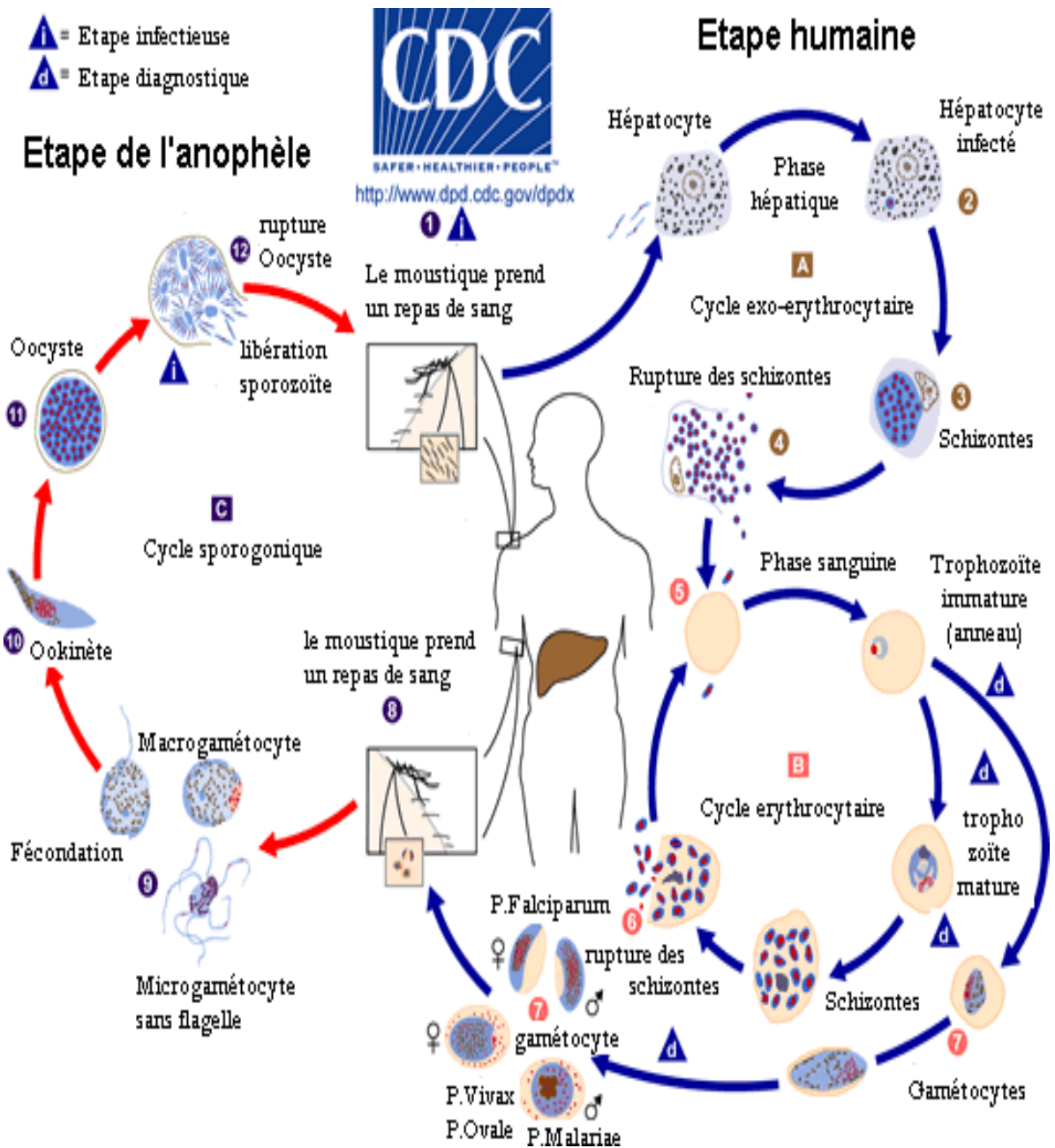


Figure 1: Cycle biologique de *P. falciparum* [7].

- **Le Cycle du paludisme dans la population :**

Dans le cycle de la transmission, la population joue le rôle de réservoir de gamétocytes. Le climat et l'altitude sont les deux éléments environnementaux clés jouant un rôle majeur dans la transmission du paludisme [11].

IV-6-Paludisme simple:

C'est une forme de paludisme d'évolution bénigne et dont les manifestations ne menacent pas d'emblée le pronostic vital du patient.

6-1. Physiopathologie du paludisme simple :

La symptomatologie du paludisme simple dépend de plusieurs facteurs liés aux caractéristiques du malade (niveau d'immunité en particulier) et surtout du parasite : espèces plasmodiales en cause, intensité de l'infestation, mode d'inoculation, phase du développement parasitaire. D'une manière générale, le cycle exo érythrocytaire, hépatique, demeure strictement asymptomatique et les manifestations cliniques du paludisme résultent de la schizogonie endo-érythrocytaire [41].

• **Conséquences du parasitisme chez l'homme :**

Après la pénétration des sporozoïtes (forme infectante du plasmodium) dans l'organisme humain, les protozoaires s'installent dans le foie, envahissent les globules entraînant ainsi leur destruction massive [41].

Cette destruction s'accompagne d'une libération de substances pyrogènes. Par la suite il va se produire un éclatement synchrone des rosaces contenues dans les globules rouges.

En absence de traitement ce phénomène se répète tous les deux jours (fièvre tierce), ou tous les trois jours (fièvre quarte) selon l'espèce parasitaire en cause.

La libération du pigment malarique (substance pyrogène produite par le parasite) dans la circulation sanguine est responsable de la fièvre.

La destruction des globules rouges entraîne l'anémie et la libération de l'hémoglobine transformée en bilirubine libre par le foie va faire apparaître le subictère.

Il est maintenant largement admis de nos jours que l'infestation persistante à *Plasmodium falciparum* peut être une cause d'anémie sans qu'il y ait de manifestation fébriles [1].

Les mécanismes de l'anémie sont multifocaux et complexes, associant l'hémolyse et les réponses inappropriées de l'hématopoïèse [25]. Les cytokines particulièrement les TNF, sont connues pour réduire l'érythropoïèse [28] et favoriser la phagocytose des hématies dans le paludisme [42].

La pathogénie et la physiopathologie de l'anémie palustre sont encore mal comprises [52]. La splénomégalie est la conséquence de l'hyperréactivité du système monocyte macrophage.

IV-7- Prise en charge des cas de paludisme simple :

Cette prise en charge en découle des composantes de la stratégie continue dans la déclaration mondiale de lutte contre le paludisme de 1992 à Amsterdam. La prise en charge des cas simples est une prévention de la mortalité provenant des cas graves. Elle comporte deux étapes essentielles, le diagnostic précoce et le traitement correcte et rapide. Ces étapes doivent être observées à tous les niveaux du système sanitaire national, c'est à dire du niveau communautaire au niveau de l'hôpital de référence. La promotion de la prise en charge des cas de paludisme à domicile passe par une augmentation de la reconnaissance des manifestations cliniques par les parents.

Elle devra aussi permettre une augmentation du taux d'utilisation correcte des antipaludiques et une orientation rapide des cas graves vers une structure sanitaire pour une meilleure prise en charge. Les antipaludiques de première intention sont : La combinaison thérapeutique à base artémisinine (CTA).

IV-7-1-Le diagnostic du paludisme simple :

Définition :

Les manifestations de l'accès palustre sont polymorphes. Le diagnostic doit être défini de façon opérationnelle en tenant compte des trois niveaux du système sanitaire.

- Niveau 1 : Niveau communautaire :

L'accès palustre doit être défini en tenant compte des connaissances du paludisme par la communauté. Les parents connaissent généralement les manifestations de l'accès palustre (fièvre, maux de tête courbature, nausées, vomissements frisson, diarrhées, toux chez les enfants, etc. ...) et leur diagnostic est fiable dans plus de 50 % des cas en période de transmission. Au niveau individuel et familial, le diagnostic de paludisme peut être correctement posé si on améliore le niveau de connaissance de la communauté sur la maladie à travers la promotion (IEC, spot radio et TV, séance de sensibilisation). L'agent de santé communautaire constitue la personne de recours après les ménages pour la prise en charges du paludisme simple .A ce niveau, le diagnostic doit être simple, tout accès de fièvre (température axillaire supérieur ou égale à 37,5°C) ou de corps chaud sans autre cause apparente doit être retenue comme accès palustre et traité comme tel.

Les signes de gravité doivent être reconnus, aussi bien pour les parents que l'agent de santé communautaire, afin que le malade soit référé à temps à l'échelon supérieur. Les signes de gravité à rechercher sont : Impossibilités de boire ou de manger, vomissement à répétition, convulsion altération de l'état de la conscience ou coma, impossibilité de se tenir debout ou assis, pâleur de la peau et des phanères ou ictères.

- **Niveau 2 : Formation sanitaire :**

Dans bon nombre de structures sanitaires, le diagnostic est basé essentiellement sur les signes cliniques par manque de service de laboratoire. Dans ces conditions, l'accès palustre simple peut être retenu devant tout cas de fièvres 37,5°C ou des signes suivants : Céphalées, frisson, chaleur, courbature en absence de signe de gravité ou d'autres pathologies fébriles. Dans les structures disposants de laboratoire fonctionnel, le diagnostic devrait être confirmé par un examen microscopique.

- **Niveau 3 : Hôpital de référence :**

A ce niveau le patient doit être examiné au moins par un médecin si non un spécialiste. Les examens de laboratoire seront approfondis à la recherche d'autres causes de fièvres. En principe, tout les cas admis à l'hôpital doivent être des cas graves en absence d'autres pathologies (examen clinique et paraclinique négatifs) accès palustre simple peut être posé selon les critères cités plus haut.

IV-7-2-Traitement de paludisme simple :

- **Au niveau communautaire:**

Des informations plus pratiques et mieux adaptées mises à la disposition des communautés afin d'améliorer leur connaissance dans la prise en charge du paludisme simple c'est à dire savoir posé le diagnostic correct, savoir faire un traitement correct avec antipaludique approprié et savoir quel moment il faut référer l'enfant vers une formation sanitaire. De ce fait, en aidant les parents à reconnaître les symptômes de la maladie, ils pourront traiter leurs enfants de façon efficace.

- **Moyens de traitement du paludisme simple [3] :**

Tableau I : Classification des molécules, sites et leurs modes d'action

Classes	molécules	Sites et modes d action
Antipaludiques naturels ou d'hémisynthèses	Quinine Artémisine ou quinghaosou et dérivés	Schizontocides endoérythrocytaires actifs sur les trophozoïtes endoérythrocytaires des divers plasmodies (absence d'expérience des dérivés de l'artémisine sur <i>P. vivax</i> , malaria et ovale)
Antipaludique de synthèse amino-4-quinoléines	Amodiaquine Chloroquine piperazine	Schizontocides sur les formes érythrocytaires du plasmodium
Amino-8-quinoléines	Primaquine tafenoquine	Gamétocides, Schizontocides sur les formes intrahépatiques et érythrocytaires
Amino – alcools	Halofantrine Lumefantrine mefloquine	Schizontocides sur les formes endoérythrocytaires de <i>P. falciparum</i> <i>P. vivax</i> , malaria et ovale
Sulfamides	Sulfamide retard (sulfadoxine) sulfones (dapsone)	Schizontocides endoérythrocytaires par inhibition de la dihydroptéroate synthase
Diaminopyrimidines biguanides	Pyriméthamine proguanil	Schizontocides endoérythrocytaires par inhibition de la dihydrofolate réductase
Hydrocynaphthoquinone	atovaquone	Inhibe le transport des électrons dans la mitochondrie, donc la synthèse d'ATP
Antibiotiques °Cyclines °Macrolides	Tétracycline Doxycycline Clindamycine Spiramycine azithromycine	Schizontocides schizontocides

Tableau II : Combinaison thérapeutique à base de dérivés de l'artémisinine (CTA)

combinaison	Recommandation par OMS	Combinaison fixe	Génériques disponibles
Artémether+ luméfantrine	Oui	oui	oui
Artésunate+ amodiaquine	Oui	oui	oui
Artésunate+ méfloquine	Oui	oui	oui

Tableau III : Molécule antipaludique recommandés par le PNLP

Denomination commune international (DCI)
Quinine
Sylfadoxine – pyrimethamine
Artésunate+ amodiaquine
Artémether+ luméfantrine

Tableau IV : Combinaison thérapeutique à base d'artémether recommandé par (OMS)

comprimé	artésunate	plus	amodiaquine	
	4,5 à 8 kg (2 à 11 mois)	9 à 17 kg (1 à 5 ans)	18 à 35 kg (6 à 13 ans)	Supérieur à 36 kg (plus de 14 ans)
comprimé	25 /67,5 mg	50/135mg	100/270mg	100/270mg
Jour 1	1 comprimé	1 comprimé	1 comprimé	2 comprimés
Jour 2	1 comprimé	1 comprimé	1 comprimé	2 comprimés
Jour 3	1 comprimé	1 comprimé	1 comprimé	2 comprimés

Prise en charge du paludisme présumé simple chez les enfants de 0-59 mois au centre de santé de Baco Djicoroni.

IV -7-3-Les Traitements symptomatiques [21] :

Fièvre : Utiliser un antipyrétique pour que l'enfant se sente bien : Paracétamol à la posologie de 60 mg /kg par jour en 4 prises.

Aliments et liquides : Les donnés en petite quantités fréquemment renouvelées, surtout tant que l'enfant présente un mauvais état général.

Anémie : Evaluer le niveau et donner une supplémentation en fer plus folâtes, ainsi qu'un traitement antihelminthique.

V-Méthodologie

V-1- Cadre d'étude:

V-1-1-Lieu d'étude : L'étude s'est réalisée à Baco-Djicoroni, signifiant en langue bambara « derrière le fleuve », un quartier situé sur la rive droite du fleuve Niger en commune V du district de Bamako. Il est limité à l'est par Sabalibougou, au nord par le fleuve Niger ou Djoliba au sud-ouest par Kalaban-coro et au nord-est par Torokorobougou. Il est divisé en six secteurs :

- Secteur 1 : Dougoukoro ou ancien village qui est le quartier des autochtones, c'est là où réside le chef de quartier et les premiers habitants,
- Secteur 2 : Sokoura est la partie où sont installés les étrangers,
- Secteur 3 : L'ACI sud,
- Secteur 4 :L'ACI ouest,
- Secteur 5 : Le plateau
- Secteur 6 : Hérémakono.

La population de Baco Djicoroni était de 66759 habitants en 2011, composée de bambara, peulh, sonrhaï, bobo, Sarakolé, dogon, malinké, etc.

La langue la plus parlée est le bambara. Les religions pratiquées sont : L'islam, le christianisme et l'animisme.

Le quartier de Baco Djicoroni a un climat de type tropical sahélien avec deux saisons : Une saison pluvieuse courte qui dure à peu près cinq mois, allant de juin à octobre, et une longue saison sèche qui couvre le reste de l'année.

La végétation est dominée par les manguiers qui sont aujourd'hui en voie de disparition à cause de l'urbanisation récente et accélérée du quartier.

Sur le plan hydrographique Baco-Djicoroni est arrosé par le fleuve Niger ou Djoliba en bambara qui joue un grand rôle dans certaines activités économiques à savoir : Le jardinage et la pêche. La population pratique diverses activités, la principale activité des habitants est le commerce.

V-1-2-Structure d'étude : Le centre de santé communautaire de Baco-Djikoroni a ouvert ses portes le 1^{er} janvier 1993. Il occupe les locaux de l'ancien dispensaire-PMI déjà construit par la population de Baco-Djikoroni depuis les années 1980 mais qui faute de personnels et de matériels n'a pu être fonctionnel qu'en 1992.

Il est l'unité de soins créée par l'association de santé communautaire de Baco-Djikoroni (Ascom Baco Dji), association à but non lucratif, créée en octobre 1992 sous le récépissé N°1251 MECATS-DNAT.

Outre son caractère communautaire, l'originalité de l'Ascom Baco-Dji réside dans six (6) principes :

1. Son autofinancement et autogestion à partir du recouvrement des coûts, de la vente des médicaments et des cotisations de ses membres ;
2. La qualité de services offerts et l'accueil ;
3. L'offre de l'ensemble des services de PMA ;
4. L'offre de service à des coûts, acceptable, accessible, par les populations du quartier ;
5. L'atteinte de résultats efficace et durables dans le domaine de la lutte contre la maladie, de réduction de la morbidité et de la mortalité chez les enfants et les femmes enceintes ;
6. Son accessibilité géographique.

Il faut rappeler que l'objectif principal que s'est assigné l'Ascom-Baco-Dji à travers les services offerts par le Cscm, est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population du quartier à travers sa participation active et volontaire.

Le Cscm est dirigé par un médecin-directeur et son staff technique compte 16 personnels tous de nationalité malienne.

A) Au plan organisationnel : Le Cscm comprend les unités suivantes :

- Deux unités de dispensaires;
- Le dépôt de médicaments DCI (Pharmacie);
- Une unité de laboratoire d'analyses biomédicales;
- Une unité d'échographie;
- Une unité de soins infirmiers.
 - **Une maternité qui comprend :**
 - Un bureau de consultation prénatale;
 - Une salle d'accouchement (avec deux tables d'accouchements)
 - Une salle d'observation des femmes après accouchement;
 - Une salle d'hospitalisation de courte durée ou salle de perfusion contenant une dizaine de lits.
 - **Un bureau de comptabilité et gestion**

Sur l'étage se trouve le logement du médecin directeur.

Il faut noter que le centre est doté d'une adduction d'eau et d'électricité.

- **Les personnels se composent :** Trois Médecins généralistes, un Technicien supérieure de santé, un Infirmier de premier cycle, quatre Sages femmes, deux Infirmières obstétriciennes, une Aide soignante, deux Matrones, une Laborantine, un Gérant de la pharmacie, un Comptable, un Manœuvre, un Gardien.

B) Au plan fonctionnement :

Le centre est ouvert à tout malade qui a pris un ticket de consultation qu'il soit adhérent ou non adhérent.

- **Accueil :**

Les malades sont accueillis par le comptable qui ensuite les oriente selon le besoin dans les unités concernées.

▪ **Au niveau de l'unité de consultation :**

Les adultes (H ou F) sont orientés directement à l'unité CUR munis de leur ticket de consultation et de leur N° d'arrivée.

Les enfants, après une prise de certaines constantes (poids, taille, le rapport poids/taille, température) sont aussi envoyés dans le rang de consultation externe.

Le patient est examiné puis après un diagnostic posé, reçoit une ordonnance avec souche, en cas de besoin un examen complémentaire.

Dans ce cas le malade est orienté vers le laboratoire.

▪ **Au niveau de l'unité de soins infirmier :**

Les malades qui viennent pour les soins infirmiers, sont dirigés vers la salle de soins.

NB : Les tickets de consultation qui sont délivrés aux adhérents coûtent 300f CFA pour les adultes et 200f CFA pour les enfants de 0 à 14 ans.

Pour les non-adhérents ces tarifs sont de 750f CFA pour les adultes et 600f CFA pour les enfants de 0 à 14 ans.

- **Au niveau du laboratoire** c'est un laboratoire de premier niveau, qui fait des analyses dont les principales sont : GE, glycémie, sérologie Widal et Félix, groupage + rhésus, recherche d'albumine et sucre dans les urines.
- **Au niveau de la pharmacie :**

Délivre uniquement des médicaments génériques sous formes DCI figurants sur la liste officielle de médicament essentiel au Mali. Les médicaments ne sont délivrés que sur présentation d'une ordonnance du centre. Les ordonnances externes ne sont pas servies.

▪ **Au niveau de la maternité:**

- **La consultation prénatale :** le personnel chargé de l'accueil (Infirmière obstétricienne) délivre un carnet de consultation prénatal et de vaccination à la femme, fait la prise de ses coordonnées et après cette prise, elle l'oriente vers une des sages femmes pour la CPN.

Prise en charge du paludisme présumé simple chez les enfants de 0-59 mois au centre de santé de Baco Djicoroni.

- **L'accouchement** : Les femmes qui viennent pour un accouchement sont prises en charge directement (elles sont aussitôt dirigées vers la salle d'accouchement).
- **Les consultations postnatales et la planification familiale** : Sont assurées par les sages femmes à tour de rôle. Les sages femmes s'occupent aussi des déclarations de naissance.
- **L'information, l'éducation et communication (IEC)** : Est fait, tous les jours avant les consultations en présence de toutes les sages femmes et des matrones.
- **La consultation préventive des enfants sains (CPES)** : Service qui se fait après avoir pris un carnet de consultation, est également assurée par les sages femmes, et tout enfant présentant une pathologie particulière est immédiatement référé au niveau de la CUR. Elle consiste surtout à prendre le poids, la taille, la température, à faire la courbe de croissance, à vérifier la vaccination, l'hygiène et à donner des conseils aux mamans.
- **La vaccination** : Se fait tous le mardi et jeudi au centre en stratégie fixe exclusivement et concerne toutes les maladies cibles du programme national de vaccination. Elle est faite après la prise d'un carnet de vaccination.
 - **Au niveau du CREN (Centre de récupération et d'éducation nutritionnelle)** :

Aussi le mardi et jeudi au niveau du hangar qui sert à la fois de salle de pesée et d'éducation des femmes.

La récupération nutritionnelle, concerne tous les enfants qui ont un indice P/T inférieur à 85%. Elle est une activité intégrée actuellement dans la vaccination afin de toucher par l'éducation nutritionnelle le maximum de femmes et d'enfants.

L'I.E.C. en matière de nutrition avant le démarrage des activités.

- **Au niveau de la comptabilité-gestion** : elle est tenue par un comptable, gestionnaire.

Les différents tarifs sont fixés par le comité de gestion. Toutes les recettes sont versées en fin de journée au comptable. Les recettes perçues par le comptable sont versées au trésorier du comité de gestion qui à son tour les reverse à la banque où un reçu de versement lui sera délivré pour justification. Le centre se prend entièrement en charge à partir des recettes générées par les différents services offerts et la vente de ME. Une gestion rigoureuse des ressources est assurée par le comité de gestion de l'Asaco qui rend compte de ses activités au CA tous les 3 mois.

- **Au niveau de la gestion administrative et technique du centre** :

Elle est confiée au médecin-directeur qui doit rendre compte régulièrement au comité de gestion.

Le service est reparti en différentes unités et chaque unité est dirigée par un chef d'unité qui doit rendre compte régulièrement au médecin-directeur.

Chaque deux semaines, il y a une réunion de tout le personnel pour discuter du fonctionnement et des différents problèmes du centre.

V-1-3-Type d'étude :

C'est une étude évaluative, transversale à la fois quantitative et qualitative.

V-1-4-Période d'étude :

L'étude s'est déroulée de 18 juillet 2011 au 18 janvier 2012 ; sur une période de 6 mois.

V-1-5-Population d'étude :

La population a concerné :

- Des enfants de 0 à 59 mois vus en consultation au Cscm de Baco Djicoroni,
- Le personnel de santé chargé de la prise en charge du paludisme présumé simple dans le centre de santé communautaire de Baco Djicoroni,
- Parent des enfants de 0 à 59 mois.

a)-Echantillon : A été exhaustif par inclusion de tous les enfants de 0 à 59 mois répondant aux critères d'inclusion de l'étude.

Cet échantillon a concerné :

- 320 enfants de 0-59 mois,
- 320 parents,
- 6 agents de santé.

b)-Critères d'inclusion :

- Enfants de 0 à 59 mois présentant un signe de paludisme simple, vue en consultation curative de 8 heures à 15 heures,
- Parent qui accompagne l'enfant de 0 à 59 mois,
- Le personnel de santé chargé de la consultation des enfants.

c)-Critères de non inclusion :

- Enfants de plus de 59 mois,
- Les enfants admis les jours fériés et après 15 heures à 7 heures 30 minute,
- Cas de paludisme grave et compliqué,
- Enfant présentant d'autres maladies fébriles non palustres,
- Parent qui a refusé de participer à l'étude,
- Les enfants de 0 à 5 ans et leurs parents passés inaperçus au moment de l'enquête.
- Tout enfant vu en consultation en dehors de la période d'étude.

d)-Déroulement de l'enquête :

Interrogatoire : Etait dirigée, centré sur les informations sociodémographiques de parent et de l'enfant, le motif de la consultation, les antécédents familiaux et médicaux de l'enfant étaient également demandés. Les interrogatoires des personnels de santé ont été centrés sur leurs connaissances, attitudes et pratiques en matière de prise en charge du paludisme simple.

V-1-6-Techniques et Matériels utilisés :

-Techniques utilisées :

Elles ont porté sur :

- Des entretiens individuels avec les parents des enfants de 0 à 5 ans et les personnels de santé concernés par l'étude.
- La prise de la température chez tous les enfants de 0 à 5ans présentant un paludisme dit simple vus en consultation au moment de l'enquête ;
- Le retrait de fiches d'examen (GE et TDR) et l'enregistrement des résultats obtenus, chez les enfants de 0 à 5 ans de l'étude.

- Matériels utilisés :

Pour cette étude nous avons utilisé :

- Un questionnaire semi directif pour les parents des enfants de 0-59 mois,
- Un questionnaire semi directif pour les agents de santé (médecins, sages femmes et infirmiers chargés de la consultation des enfants de 0 à 5 ans),
- Un thermomètre électrique pour la prise de la température chez les enfants de 0 à 5 ans.

V-1-7- Collecte et analyse des données :

Les données ont été collectées sur des questionnaires prétextés et validés. A la fin de chaque journée, un contrôle de qualité était effectué pour déceler d'éventuelles erreurs. Les saisies ont été faites sur le Microsoft world 2007 et l'analyse a été faite en utilisant le logiciel SPSS version 10.

V-1-8 -Variables étudiées :

Ont porté sur

L'étude quantitative : Les caractéristiques sociodémographiques des accompagnantes et de leurs enfants de 0-5 ans,

Pour l'étude qualitative :

Les CAP de l'agent de santé,

Les CAP des parents des enfants sur la prise en charge du paludisme présumé simple.

V-1-9-Aspect d'éthique : L'inclusion nécessitait un accord préalable de l'accompagnant et de l'agent de santé. Le contenu du protocole leur a été clairement expliqué.

V- RESULTATS :

1-) Caractéristiques sociodémographiques :

Tableau I : Répartition des enfants et de leurs accompagnants selon la provenance.

Quartier	Fréquence	Pourcentage
Baco Djicoroni	286	89,4
Sabalibougou	3	0,9
Torocorobougou	1	0,3
Kalabancoro	19	5,9
Autres	11	3,44
Total	320	100,0

Dans cette étude 89,4% des enfants et leurs accompagnants étudiés venaient de Baco Djicoroni.

Tableau II : Répartition des accompagnants selon le Sexe.

Sexe de parent	Fréquence	Pourcentage
Masculin	64	20%
Féminin	256	80%
Total	320	100,0%

Le sexe féminin était le plus dominant avec 80% des cas enregistrés.

Tableau III : Répartition des accompagnants selon l'âge.

Age des accompagnants	Fréquence	Pourcentage
18-28ans	241	75,6%
29-38ans	20	6,25%
39-48ans	54	16,88%
49-58ans	3	0,94%
59 ans et plus	2	0,63%
Total	320	100%

La classe d'âge la plus représentée était les 18- 28 ans avec un taux de 75.6%.

L'âge minimum représenté était de 18 ans et l'âge maximum de 73 ans.

Tableau IV : Répartition des accompagnants selon le statut matrimonial.

Etat matrimonial	Fréquence	Pourcentage
Marié	272	85,5%
Célibataire	48	14,5%
Total	320	100%

Les accompagnants mariés étaient les plus représentés soit 85,5%.

Tableau V : Répartition des accompagnants selon le niveau de scolarisation.

Niveau scolaire	Fréquence	Pourcentage
Primaire	69	21,7%
Secondaire	38	11,9%
Supérieure	16	5,0%
Non alphabétisé	149	46,9%
Medersa	48	14,5%
total	320	100%

Les accompagnants non alphabétisés étaient représentés soit 46,9%.

Seulement 5.0% des accompagnants avaient un niveau supérieur.

Tableau VI : Répartition des accompagnants selon la profession.

Profession	Fréquence	Pourcentage
Ménagère	165	52,0%
Commerce	62	18,9%
Ouvrier	38	11,9%
Fonctionnaire	15	4,7%
Etudiant	16	5%
Elève	24	7,5%
Total	320	100,0

Les ménagères étaient les plus nombreuses avec 52.0%.

Tableau VII : Répartition selon l'affiliation avec enfant.

Lien avec l'enfant	Fréquence	Pourcentage
Père	34	10,7%
Mère	245	76,8%
Autres	41	12,5%
Total	320	100%

Les mères ont accompagnée leur enfant dans 76,8% des cas contre seulement 10,7% de pères.

Autres: Grand frère; Grande sœur; Tante, Grande mère.

Tableau VIII : Répartition des enfants selon le sexe.

Sexe de l'enfant	Fréquence	Pourcentage
Masculin	202	63.14%
Féminin	118	36.86%
Total :	320	100%

Dans cette étude de sexe masculin prédominait soit un taux de 63,14%

Tableau IX : Répartition des enfants selon la tranche d'âge.

Age	Fréquence	Pourcentage
0-11mois	91	30%
12-24mois	102	31,88%
25-36mois	30	9,38%
37-48mois	20	6,25%
49-59mois	77	23,3%
Total	320	100%

La tranche d'âge 12- 24 mois était la plus dominante soit 31, 88%.

Tableau X : Répartition des enfants selon l'ethnie.

Ethnie de l'enfant	Fréquence	Pourcentage
Bambara	71	21,9%
Peulh	56	17,6%
Sarakolé	49	15,5%
Malinké	29	9,1%
Sonrai	28	8,8%
Dogon	28	8,8%
Autres	17	5,3%
Total	320	100,0%

Le bambara était l'ethnie majoritaire avec 21,9% Suivi du peulh 17,6%.

Autres : Senoufo, Dafing, Kassonké, Kakolo, Mianka, Mossi ,Ouolof, Samogo, Bozo, Bobo, Djokoromè.

Tableau XI : Répartition des enfants selon les motifs de consultation.

Motif de consultation	Fréquence	Pourcentage
Fièvre+vomissement	157	44,3%
fièvre	100	30,9%
Vomissement	13	4,06%
Fièvre+maux de tête	6	1,88%
Fièvre+anorexie	28	8,8%
Fièvre+diarrhée	13	4,1%
Total	320	100,0%

La fièvre + vomissement étaient les plus fréquents soit 44,3%.

Tableau XII : Répartition du niveau de recours des accompagnants des enfants en cas de suspicion de paludisme.

Niveau de recours	Fréquence	Pourcentage
Personnel de santé à domicile	81	25,31%
Officine privée	41	12,81%
Vendeur ambulancier	76	23,75%
Tradithérapeute	19	5,94%
Centre de santé	103	32,19%
Total	320	100%

Les accompagnants de 103 enfants ont eu directement recours au centre de santé pour la prise en charge de leur enfant présentant un paludisme supposé, soit un taux de 32,18%.

Tableau XIII : type de médicaments reçus par niveau de recours.

Type de médicaments	Fréquence	Pourcentage
Médicament moderne prescrit par personnel de santé à domicile	81	25,31%
Automédication au médicament moderne	76	23,75%
Médicament traditionnel (tradithérapeute)	60	18,75%
Médicament modernes reçu au niveau du centre de santé	103	32,19%
Total	320	100%

Dans cette étude l'automédication au médicament moderne était représenté soit un taux de 23,75%.

Tableau XIV : Répartition des enfants selon le type de médicament moderne reçus.

Médicament moderne	Fréquence	Pourcentage
Médicament antipaludique	37	23,57%
Antipyrétique (paracétamol)	90	57,32%
Autres médicaments	30	19,11%
Total	157	100,0%

La majorité des enfants ont reçu du paracétamol soit 57,32%.

Autres médicaments: antibiotiques; anti-inflammatoires.

Tableau XV : Répartition selon le type d'antipaludique utilisé.

Antipaludiques	Fréquence	Pourcentage
CTA	7	18,92%
Amodiaquine	20	54,05%
Chloroquine	10	27,03%
Total	37	100,0%

L'amodiaquine avait été utilisé dans 54,05% des cas.

Seulement la CTA avait été utilisé dans 18,92% des cas.

Tableau XVI : Répartition selon la durée du traitement utilisé à domicile avant le recours au centre de santé.

Durée de traitement	Fréquence	Pourcentage
1 jour	148	46,25%
2 jours	104	32,5%
3 jours	68	21,25%
Total	320	100,0%

La durée de traitement était limitée au premier jour soit 46,25%.

Tableau XVII : Répartition des signes cités liés au paludisme selon le niveau de connaissance des accompagnants.

Les signes cités	Fréquence	Pourcentage
Fièvre isolée	139	42,4%
Vomissement isolée	22	10,5%
Fièvre+ anorexie	20	6,25%
Fièvre+vomissement	30	14,3%
Fièvre+ frisson	8	2,5%
Autres	101	24,05%
Total	320	100,0%

La fièvre avait été citée dans 42,4% des cas par les accompagnants des enfants de moins de cinq (5) ans comme signe de paludisme

Autres : Maux de tête; Asthénie ; Maux de ventre.

Tableau XVIII : Répartition des différentes causes du paludisme selon les accompagnants.

Cause du paludisme	Fréquence	Pourcentage
Aliment	16	5,14%
Anophèle	168	52,8%
Aliments+anophèle	46	14,36%
Ne connaissent pas	84	26,4%
Autres	6	1,3%
Total	320	100,0%

Les accompagnants des enfants de moins de cinq ans interrogés s'avaient que l'anophèle seul est la cause du paludisme soit 52,8%

Autres : L'eau ; Le vent ; La saleté ; Dieu.

Tableau XIX : Répartition des sources d'information sur le paludisme selon les accompagnants.

Source d'information	Fréquence	Pourcentage
Radio et télé	170	53,5%
Personnel sanitaire	22	6,9%
Membre de la famille	107	33%
Aucune source	21	6,6%
Total	320	100,0

Dans cette étude 170 accompagnants des enfants de moins de cinq ans étaient informer par la radio ; télé soit un taux de 53,5%.

Tableau XX : Répartition des différents moyens de protection de l'enfant contre le paludisme.

Moyens de protection	Fréquence	Pourcentage
Sous moustiquaire imprégné d'insecticide	212	66,5%
Sous moustiquaire non imprégné d'insecticide	36	11,3%
Sans protection	72	22,2%
Total	320	100,0%

Les enfants qui dormaient sans protection contre le paludisme représentaient 22,2%.

Tableau XXI : Répartition du type de traitement qui guéri le paludisme selon les accompagnants.

Avec quel type de traitement	Fréquence	Pourcentage
Médicament moderne	204	63,75%
Médicament traditionnelle	50	15,63%
Médicament moderne + Traditionnelle	65	20,31%
Autres	1	0,36%
Total	320	100%

Dans cette étude 204 accompagnants avaient répondu oui au médicament moderne soit un taux de 63,75% seulement pour guérir le paludisme.

Autres : ceux qui ne connaissent pas le type de traitement, ceux qui pensent incurable.

Tableau XXII : Répartition des accompagnants selon les médicaments antipaludiques modernes connus.

Quel médicament moderne	Fréquence	Pourcentage
CTA	4	2,88%
Amodiaquine	71	51,08%
Quinine	28	20,14%
Sulfadoxine pyrimethamine	19	13,65%
Chloroquine	17	12,23%
Total	139	100,0%

L'amodiaquine avait été cité par 51,08% des accompagnants des enfants de moins de cinq (5) ans.

Prise en charge du paludisme présumé simple chez les enfants de 0-59 mois au centre de santé de Baco Djicoroni.

Tableau XXIII : Répartition des enfants selon la source d'approvisionnement en médicament moderne.

Sources d'approvisionnement	Fréquence	Pourcentage
Dépôt de vente de Cskom	62	16,5%
Pharmacie privée	157	50,82%
Autres	101	31,46%
Total	320	100,0%

Dans cette étude 50,82% des accompagnants achetaient leur médicament prescrit à la pharmacie privée.

Autres : Vendeur ambulancier.

2-) Caractéristiques parasito-cliniques :

Tableau XXIV : Répartition des enfants de 0-59 mois selon les résultats de la goutte épaisse et TDR.

Résultats de l'analyse	Fréquence	Pourcentage
Goutte épaisse positif	230	71,88%
Goutte épaisse négatif	16	5,00%
TDR positif	20	6,25%
TDR négatif	54	16,88%
Total	320	100,0%

La Goutte épaisse était positive dans 71,88% des cas. Et le TDR dans seulement 6,25%.

Tableau XXV : Répartition des enfants de 0-59 mois selon la température enregistrée.

Température	Fréquence	Pourcentage
Température à 38°C	115	35,93%
Température inférieure à 38°C	205	64,07%
Total	320	100,0%

Une température à 38°C a été enregistrée chez 115 enfants de 0-59 mois soit un taux de 35,93%.

Prise en charge du paludisme présumé simple chez les enfants de 0-59 mois au centre de santé de Baco Djicoroni.

Tableau XXVI : Répartition des enfants de 0-59 mois selon la goutte épaisse positive et leurs températures.

Température	Goutte épaisse positif	Pourcentage
Température à 38°C	87	37,83
Température inférieure à 38°C	143	62,17%
Total	230	100

La température à 38°C était 87/230 des gouttes épaisses positives soit 37,83% des cas.

Tableau XXVII : Répartition des enfants de 0-59 mois selon le TDR positif et leurs températures.

Température	TDR positive	Pourcentage
Température <38	2	10,%
Température à 38	18	90%
Total	20	100%

La température à 38°C était 18/20 des TDR positifs soit 90% des cas.

3-) Résultats de l'enquête au niveau du personnel de santé :

Tableau XXVIII : Répartition des prestataires selon le mode de diagnostic retenu dans le Cscm de Baco Djicoroni.

Diagnostic	Nombre de prestataires	Pourcentage
Clinique	0	0%
Clinique+biologique	6	100%
Totale	6	100%

L'association diagnostic clinique et biologie était 100%.

Prise en charge du paludisme présumé simple chez les enfants de 0-59 mois au centre de santé de Baco Djicoroni.

Tableau XXIX: Répartition des prestataires selon la prescription des antipaludiques de première intention dans le Cscm de Baco Djicoroni.

Antipaludique	Nombre de prestataire	Pourcentage
CAT	4	67%
Sel de quinine	2	33,33%
Total	6	100%

Les prestataires avaient choisi le CTA comme médicament de 1^{er} intention soit 67%(4/6).

Tableaux XXX : Répartition des prestataires selon leurs suggestions.

Suggestions	Nombres des prestataires
IEC sur l'automédication au antipaludique afin d'éviter les échecs thérapeutiques	2
Avoir un laboratoire bien équipé et personnel qualifié	1
Rendre disponible les antipaludiques	1
Rendre accessible par toute les couches, les moustiquaires imprégnées d'insecticides	2
Total	6

Dans cette étude 2/6 des personnels de santé proposaient Information, éducation et communication sur l'automédication aux antipaludiques.

Et 2/6 proposaient rendre accessible les moustiquaires imprégnées insecticide.

VI- Commentaires et discussion

1- Caractéristiques sociodémographiques :

Au total cette étude a porté sur 320 enfants de 0-59 mois et leurs accompagnants et 6 agents de santé au niveau du Cscm de Baco-Djicoroni.

Les accompagnants provenaient de Baco-Djicoroni dans 89,4%. Cela s'explique par le coût bas des prestations, la compétence des personnels de santé et l'implantation du Cscm dans ce quartier.

La tranche d'âge des enfants de 12-24 mois prédominait avec 31,88%. Ce résultat est inférieur à l'étude de **KONE A** qui avait trouvé 57,5% [21] dans le district de Bamako en 2003. Chez les enfants de 0-59 mois le sexe masculin prédominait 60,5% contre le sexe féminin 39,5%, cette prédominance masculine est similaire à l'étude **KONE M T** (60%) [23] ; Et **DEMBELE B** (60,2%) [6] des études réalisées dans le district de Bamako ; Et Koutiala. **TRAORE A** à l'hôpital Gabriel Touré, avait noté une prédominance féminine (54,7%) [48]. Et **KOITA O** également avait obtenu une prédominance féminine (55%) [20].

L'ethnie dominante chez les enfants était le Bambara avec 21,9%, suivi du peulh 17,6%. Cela est dû au fait que l'ethnie majoritaire de ce quartier est le Bambara. Quant à la prévalence du peulh, était en contradiction avec l'étude faite à Bamako par **MODIANO D et AL.** Qui indique que les peulh étaient moins parasités, moins affectés par la maladie et présentaient de fortes réponses immunitaires anti-palustres par rapport à leur voisin non peulh [33].

Chez les accompagnants le sexe féminin était le plus dominant avec 80% contre 19,7% de sexe masculin. La tranche d'âge 18 à 28 ans était la plus représentée avec un taux de 75,6%. L'accompagnant le plus jeune avait 18 ans, l'accompagnant le plus âgé avait 73 ans ; 46 ans selon l'étude faite à Banconi par **KONE M T** [23].

Les accompagnants mariés étaient les plus représentés 85,5% contre une minorité des célibataires 14,5%. Dans la plus part de nos sociétés africaines le mariage constitue un cadre privilégié de la procréation. Les normes qui le régissent varient

d'une culture à une autre. Nous avons considéré comme étant marié(e) tout accompagnant qui a célébré son mariage civil ou religieux même si les deux mariés ne cohabitent pas ensemble.

Les accompagnants non alphabétisés étaient à 46,9% contre une minorité qui avait un niveau d'étude supérieur 5,0%. Ce résultat est inférieure au taux brut de scolarisation du niveau national qui était de 67% en **2004 [43]**. Le Mali est un pays en voie de développement avec un niveau d'alphabétisation de la population qui reste l'un des plus faibles de la sous région voir du monde.

Sur le plan professionnel des accompagnants : les ménagères représentaient 52,0% des parents. Ce résultat s'accorde un peu à l'étude **KONE A** qui avait trouvé (52,6%) en 2003 **[21]**. Les mères ont accompagnée leurs enfants dans 76,8% de cas contre seulement 10,7% de père ce qui prouve que dans la société africaine comme au Mali les pères sont chargés pour les dépenses familiales, les mères pour la garde des enfants.

2-Les résultats CAP des parents

2-1-Diagnostic du paludisme :

Les connaissances des populations sur le paludisme varient d'une région à une autre, ainsi que d'un pays à un autre. Différentes études effectuées confirment cette variation en fonction des milieux.

Ainsi au cours de cette étude nous nous sommes fixés l'objectif d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques des parents. Pour cela, il ressort que les symptômes les plus fréquemment évoqués étaient respectivement la fièvre isolée (42,4%) ; fièvre+vomissement(14,3); Maux de tête+ asthénie (24,05%); vomissement isolée (10,5%) fièvre+anorexie (6,25%) ; fièvre+frisson

(2,5%) au cours du paludisme simple, ce qui correspond aux critères cliniques du paludisme simple. Ce résultat est similaire au résultat de **GUINDO O** qui avait trouvé dans le village de Mandela à Sikasso que les 139 personnes interrogées connaissaient le paludisme [17]. **MUNGUTI** en 1998, avait trouvé 90% des personnes interrogées dans le district de Baringo au Kenya reconnaissaient les symptômes du paludisme de façon correcte [31]. Et en 1993 en Ethiopie, **KENNEH** avait trouvé 85% [53].

Parmi les 320 enfants de moins de cinq ans de cette étude : Les enfants qui avaient la fièvre + vomissement au moment de la consultation représentaient 44,3%. Les accompagnants de 103 enfants ont eu directement recours au centre de santé pour la prise en charge de leur enfant présentant un paludisme supposé, soit un taux de 32,19%. Ce résultat est largement inférieur au résultat de Sénégal en 1997 **FAYE et AL** [13] ont trouvé que 72,6% des personnes interrogées en milieu rural utilisaient le centre de santé comme premier recours.

A noter que 23,75% des accompagnants ont eu recours à l'automédication. Ce résultat est inférieur au résultat de **KONE M T** en 2000 à Banconi qui a montré que le recours le plus fréquent en cas de paludisme chez les enfants a été l'automédication (50,3%) [23]. Et 18,75% des accompagnants ont eu recours aux tradithérapeutes avant le recours au centre de santé. Ce résultat est également inférieur à l'étude de **GUINDO O** en 2002 à Sikasso où l'automédication a été le type de tradithérapeutes le plus utilisé par la population de Mandela avec 60,3% [17]. Cette attitude de la part des parents s'explique par un faible niveau d'instructions et un faible revenu des populations. Ce qui faisait 57,32% des enfants ont reçu seulement les antipyrétiques à base de paracétamol. Les antipaludiques étaient utilisés à 23,57%, les antibiotiques, les anti-inflammatoires à 19,11%. Et la durée de traitement était limitée au premier jour.

Ces pratiques comme l'automédication, le retard pris avant le centre de santé, le non observance de la durée du traitement, le manque de moyens sont des

facteurs aboutissant en une prise en charge inadéquate des cas de paludisme. Ces pratiques et comportements peuvent évoluer vers la gravité voire le décès.

Dans cette étude 204 accompagnants avaient répondu oui au médicament moderne soit un taux de 63,75% seulement pour guérir le paludisme, les antipaludiques connus par les parents : l'amodiaquine (51,80%) ; quinine (20,14%) sulfadoxine Pyreméthamine (13,67%), Chloroquine (12,23%), CTA (2,88). Dans cette étude

50,82% des accompagnants achetaient leurs médicaments prescrits à la pharmacie privée. Ce résultat est proche à l'étude de **KONE A** qui avait trouvé 50,88% [21].

2-2- Connaissance sur la cause du paludisme :

De nos jours le mécanisme de la transmission du paludisme est bien connu par la plus part des communautés des pays en voie de développement. En ville le message commence à passer, pour preuve dans cette étude 52,8% des accompagnants interrogés savaient que les moustiques seulement est la cause du paludisme, les aliments étaient incriminés dans 5,14%, aliment plus moustique dans 14,36%. Ce résultat est largement supérieur aux résultats des études suivantes : Une étude faite à Banconi par **KONE M T**, 17,2% ont cité seulement pour le moustique et 39,2% pour les aliments [23]. Chez **les Bozos** de Selingué, les moustiques étaient cités comme cause de fièvre palustre dans 2% [45]. **THIERO M et AL** ont trouvé 13,79% à Yanfolila en novembre en 1998 [46]. Et **MAIGA S** en 2004 dans le cercle de Bandiagara avait obtenu que les parents des enfants interrogés ont évoqué les moustiques comme vecteur du paludisme seulement dans 8,91% [26].

Par compte à Kolongotomo village de riziculture à l'office du Niger, près de 52% des personnes proposaient les moustiques comme cause du paludisme selon **DIALLO M** [12]. Similaire au résultat de cette étude. **ZIBAC et AL** ont montré que sur 1531 chefs de ménages interrogés un peu partout au Malawi, 55% ont pu identifier les moustiques comme vecteur du paludisme [54].

Une étude mener par **MARY J. HAMEL** et **AL** dans le district de Bungoma au Kenya, a montré que 63% des personnes s'occupant d'enfants de moins de 5 ans ont incriminé les moustiques dans la transmission du paludisme [27]. **En Gambie**, l'or d'une étude sur l'utilisation de moustiquaires imprégnées 46% [24], des adultes nommaient les moustiques ou les insectes en général comme cause du paludisme.

2-3- Préventions du paludisme

Dans les pays d'endémies palustre la prévention est le seul moyen de lutter contre l'infestation palustre. Malheureusement le niveau de connaissance sur les moyens de prévention reste toujours faible. Dans cette étude pour la prévention : 11,3% des enfants dormaient sous moustiquaire et associées à des insecticides à 66,5%. **.MAIGA S A** avait trouvé dans son étude que 30,60% des enfants ayant présenté un paludisme simple prétendaient dormir toujours sous moustiquaire [26]. **VUNDUL et AL** ont montré que sur les 411 chefs de ménage interrogés sur les mesures de prévention dans la zone de Gokwe au Zimbabwe 82% d'entre eux ne prenaient aucune mesure de se protéger contre du paludisme [51]. **DIALLO M** dans son étude trouvait que l'utilisation des moustiquaires n'était pas effective par le fait de la pauvreté [12]. La présence du paludisme chez nos patients dormaient régulièrement sous moustiquaires imprégnées peut s'expliquer par 3 arguments :

- Soit l'imprégnation des moustiquaires n'était pas de bonne qualité ;
- Soit ces malades se faisaient piquer dehors avant de se coucher sous moustiquaires imprégnées d'insecticide ;
- Soit un mauvais entretien de ces moustiquaires (la lessive).

3- Caractéristiques parasito-cliniques :

Au total sur 320 enfants de moins de cinq ans inclus dans cette étude, 205 avaient présenté une température inférieure à 38°C soit 64,07% et 115 avaient une température égale à 38 °C soit 35,93%.

Le cas de fièvre 37,5°C était supérieur à 60%. Ce résultat est inférieur à ce de **TRAORE [50]** dans son étude menée à **Kollé** (arrondissement de siby) situé dans

la zone soudano-sahélienne que 85% des enfants de moins de cinq ans consultant étaient fébriles entre septembre et décembre. Et également inférieur à l'étude faite par **KANTE A**, qui avait trouvé 100% des cas de fièvre dans son étude faite au Cscm de N'Tomikorobougou **[19]**. **MAIGA S A [26]** avait trouvé que 98,55% des consultations chez les enfants de moins de cinq ans à Kendié (zone de Bandiagara région de Mopti) étaient fébriles. **COULIBALY S** en 1997 à Niono avait trouvé que 99,2% des consultants étaient fébriles **[4]**.

Dans cette étude la prévalence de fièvre élevée (supérieur à 60%) s'explique par le fait que notre étude a coïncidé avec la période de haute transmission palustre, mais aussi avec la présence d'autres pathologies fébriles telles que les gastro-entérites les infections respiratoires et les maladies diarrhéiques qui cohabitent avec le paludisme .

Et aussi la plus part des cas les parents utilisaient un antipyrétique à la maison par voie orale au moins 24 heures à 48 heures, avant le centre de santé. Ce qui explique une proportion élevée des cas fébriles.

La goutte épaisse était positive soit 71,88% contre 5% de résultat négatif. Ce résultat de goutte d'épaisse s'accorde à ce retrouvé au laboratoire de Banconi dans l'étude effectuée par **KONE M T** (72,2%) **[23]**.

Le TDR était disponible au début de cette étude n'a pas donné des résultats satisfaisantes pour le diagnostic car 6,25% était positif contre 16,88% de résultat négatif ce qui explique que le TDR est moins systématique, moins sensible que la goutte épaisse, et que leurs performances dépendent essentiellement de la parasitemie. Donc leurs résultats doivent être vérifiés **[29]**. Cette hyper endémicité du paludisme par le laboratoire du centre de santé pourrait s'expliquer par le fait que nous sommes coïncidés avec la période de transmission élevée.

4- Résultats descriptifs au niveau des prestataires de soins :

Au moment de cette étude les consultations au centre de santé de Baco-Djicoroni étaient assurées par trois médecins. La garde était assurée par les étudiants en médecine et les infirmiers et sages femmes. Dans l'étude faite par **TRAORE .S .M** 26% des consultations n'étaient pas faites par les médecins [50]. Ce phénomène est favorisé par la législation et la politique en vigueur, qui permet à d'autres catégories de consulter à l'absence de médecin [21].

L'interrogatoire incontournable pour une prise en charge était un peu riche ; Le diagnostic était à 100% clinique plus biologique ce qui confirme que le paludisme se traite dans le Cscm de Baco-Djicoroni par l'association signes cliniques plus biologie. Ces chiffres sont égales au regard des directives du PNLP qui demande que les cas de paludisme soient affirmés par un examen biologique.

Les malades étaient pesés pour éviter que les antipaludiques soient mal dosés car une posologie bien adaptée passe par la connaissance du poids.

Prise en charge thérapeutique :

Dans cette étude, la question de savoir la durée de traitement aux antipaludiques.

Comme résultat de cette question tous les médecins ont donné la bonne réponse, ce qui n'était pas le cas des autres groupes.

En première intention, les antipaludiques étaient donnés de la manière suivante : CTA 67% et sel de quinine 33,33%.

Cette insuffisance de connaissance de la part d'un groupe, s'explique par le fait que les infirmiers et les sages femmes ne sont pas souvent associés à tout le processus de prise en charge du paludisme. Il se trouve que les formations sur le paludisme organisées par les CS Réf; aussi complétées soient elles, restent très théoriques.

Or les sages femmes dans les Cscm ne s'intéressent qu'au paludisme chez la femme enceinte, et les infirmier(e)s ne font que mettre en route le traitement. Ils

Prise en charge du paludisme présumé simple chez les enfants de 0-59 mois au centre de santé de Baco Djicoroni.

ne sont certes pas censés consulter mais nous n'ignorons pas qu'ils sont le premier recours de leurs entourages en cas de maladie.

Dans le but de la prévention du paludisme, tous les agents de santé enquêtés avaient répondu oui à la prévention par moustiquaire imprégnés d'insecticides et assainissement.

Les suggestions variaient selon la qualité des prestataires :

Information, éducation, sensibilisation sur l'automédication aux antipaludiques afin d'éviter les échecs thérapeutiques, rendre accessible par toutes les couches les moustiquaires imprégnés d'insecticides, équipements des laboratoires, rendre disponible les antipaludiques.

VII.1- Conclusions :

Cette étude sur le paludisme présumé simple des enfants de moins de cinq (5) ans, a concerné :

Les 320 enfants de 0 à 59 mois et leurs parents.

Parmi les 320 enfants de moins de 5(cinq) ans de cette étude la tranche d'âge dominante était la tranche de 12 à 24 mois soit 31,88% (masculin et féminin).

Le sexe masculin était prédominant soit 60,5%.

L'ethnie dominante était le Bambara (21,9%). Dans cette étude 205 enfants soit 64,07% avaient une température inférieure à 38°C ;

La goutte épaisse était positive dans 71,88% ;

Le TDR était positif dans 6,25% ;

Les enfants étaient sous traitement en automédication représentait 23, 75%.

Parmi les accompagnants des enfants de moins de cinq (5) ans plus de 85,5% étaient mariés. Les ménagères étaient à 52%. Les parents ont cité l'anophèle seul comme cause de paludisme dans 52,8%.

- Parmi les 6 prestataires interrogés, le diagnostic était clinique plus biologique à 100%.

La CTA était le médicament de première intention à 67%. Le sel de quinine était à 67% les médicaments de deuxième intention.

Au terme de ces résultats, nous formulons les recommandations suivantes :

VII.2-Recommandations :

- **Aux autorités sanitaires :**

- Diffuser le schéma simple de prise en charge du paludisme simple et du paludisme grave et compliqué dans tous les centres du district, voire du Mali.
- Rendre disponible les médicaments et solutés indispensables pour la prise en charge des formes simples du paludisme.
- Assurer la gratuité des antipaludiques et moustiquaires imprégnés d'insecticides dans tous les centres de santé du Mali.
- Rendre le coût accessible par toutes les couches sociales, l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticides.
- Planifier les ateliers de recyclage du personnel sur le diagnostic et la prise en charge du paludisme.
- Equipé ou installer des laboratoires dans tous les centres de santé communautaire du Mali.
- Former ou recycler les techniciens de laboratoire pour la qualité des examens paracliniques.

- **Au personnel sanitaire :**

- Expliquer le mécanisme de la transmission du paludisme à la population, et la dose correcte des médicaments,
- Animer des séances d'EIC à la radio et à la TV.

- **A la population :**

- Le dépistage précoce et la prise en charge rapide relèvent de la compétence et l'engagement des parents : Amener précocement les enfants dans les centres de santé.
- Eviter d'aller directement à la pharmacie en cas de fièvre.

Prise en charge du paludisme présumé simple chez les enfants de 0-59 mois au centre de santé de Baco Djicoroni.

- Assainir les lieux d'habitation.

- Dormir sous moustiquaire.

- Utiliser les insecticides.

- **Aux écoles de formations et institut de recherche:**

- Etablir les modules de formation sur les maladies endémiques, les aspects pratiques et opérationnels en utilisant ces résultats.

- Développer les thèmes de recherche en rapport avec les problèmes prioritaires de santé publique dans notre pays.

VIII.REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUE

1-AMBROISE. P. CARNEVAL. P. FELIX ET MOUCHET. J. Le Paludisme. Encyclopédie Médicochirurgicale. 1984.8.8089. A.10.p1.

2-BASICS : Module PEV à l'intention des agents des centres de santé de référence et communautaire. Bamako 2001.p-2-3.

3-BOUCHAUD O, DOUMBO O, GAYE O, Mbacham W, OGUTU B, SOUMARE M, TALISUNA A memato Thérapeutique du paludisme en Afrique 2008 (1 édition) ; P (24-25).16 marrellx D .A : physiopathologie du paludisme grave cahier santé 1993 ;(3) : p (276-279).

4-COULIBALY S : attitude et pratique du personnel de santé devant les cas présumé de paludisme dans le cercle de Niono.Thèse de Med. Bamako.2002.

5-DECENNIES DES NATION UNIES POUR FAIRE RECULER LE PALUDISME.

6-DEMBELE B : Place du paludisme dans les accouchements prématurés au centre de référence de Koutiala. Thèse de Med, Bamako; 2008; N°448; 67 p.

7-DODOO AN, FOGG C, ASIIMWE A, NARTEY ET, KODUA A, et AL. (2009) Pattern of drug utilization for treatment of uncomplicated malaria in urban Ghana following national treatment policy change to artemisinin-combination therapy. Malar J 8: 2.

8-DOUMBO O, SANGARE O, TOURE Y.T: Le paludisme dans le sahel: l'exemple du Mali.Mal.Trop.Transm,Ed, AUPELL F-UREF, John Libbey Eurotex, Paris1989 :11-32.

9- DOUMBO O., KOITA O., TRAORE S. F., SANGARE O., COULIBALY A., ROBERT V., SOULA G., QUIICI M., Toure Y. T. Les aspects parasitologiques de L'épidémiologie du paludisme dans le Sahara malien. Médecine d'Afrique Noire : 1991,38 (2).

10-DOUMBO O :

Epidémiologie du paludisme au Mali, étude de la chloroquinorésistance, essai de stratégie de contrôle basée sur l'utilisation de rideaux imprégnés de permethrine Associée au traitement systématique des accès fébriles. Thèse de Doctorat. Sciences Biologiques. Montpellier II ; France, 1992.

11-DIAKITE M (2008) Paludisme uptodate. Bamako, Mali: MRTC/FMPOS. 385 p.

12-DIALLO M : prévention et control du paludisme chez les femmes enceintes et les enfants de 0 a 5 ans dans les cercle de Bougouni, kolondieba et yanfolila.These de Med, Bamako, 2008 ; N°62 ; p 49.

13-FAYE O ;LO M ;DIOP B ;GAYE O;Bah IB ;DIENG T ;DIENG Y ;N DIR O and DIALLO S-Knowledge and treatment of malaria in rural senegal.Med Trop (march)1997;54:164-174.

14-GENTILINI M ; J.P.NOZAIS : Historique du paludisme un paludisme univ franco.Uref ellipses 1991.p :17-23.

15-GENTILINI, M (1993) Nuisances: Ectoparasites, Myases, Sangsues.Medecine tropicale 5th edn, flammarion-Medecine.sciences, pp / .705-717.

16-GREENWOOD B; MARSH and SNOW R.Why do some African children develop severe malaria? Parasitologie today 1991; 7:277-281.

17-GUINDO O : Epidémiologie du paludisme dans la région de Sikasso : formes graves et compliquées à l hôpital régional de Sikasso, étude CAP et saisonnalité dans un village rural. Thèse de Med. Bamako 2002.

18-http: www.futura-sciences.com/fr/definition/t/medecine-2/d/.

19-KANTE A : paludisme grave et complique chez l'adule au Cscm de N tomicorobougou.These de Med, Bamako, 2005; N°231; 38p.

20-KOITA O : contribution à l'étude épidémiologie du paludisme le long de la route transsaharienne au Mali (aoute/septembre). Thèse de pharmacie ENMP ; Bamako 1988.

21-KONE ABOU : Prise en charge du paludisme présume simple chez les enfants de 6 mois à 5 ans dans le district de Bamako. Thèse de Med, Bamako, 2002 ; 1-33p.

22-KONE AMADOU ADAMA : Place du paludisme chez les scolaires reçus en consultation au centre de santé communautaire de daoudabougou (adasco) de janvier 2006 à Décembre 2009. Thèse de Med, 2009 ; N°74 ; 1 p.

23- KONE M T : Connaissance attitude et pratique des mères et diagnostique du paludisme chez les enfants de 0 -5 ans dans le Cscm de bankoni. Thèse Med ; Bamako ; 2000 ; N°128 ; 73-75 p.

24-KOUYATE B : Opportunité du laboratoire dans le centre de sante communautaire urbaine de Bamako. These de Med; 2000.

25- MALVY D. DJOSSOU F. THIBAUT R. LE BRAS M. Plasmodies. « Malaria Formes cliniques et diagnostic dans Encyclopédie médicochirurgicale ». Paris. Elsevier.2000.8.507. A.20.

26-MAIGA S A : Attitude et comportement des populations face au paludisme dans l'aire de sante de kendié (cercle de Bandiagara) thèse de Med, Bamako, 2004 ; N°82 ; 64 p.

27-MARY J. HAMEL, AMOS ODACHA, JACQUELIN M. ROBERTS et MICHAEL S.DEMING : Lutte antipaludique dans le district de Bungoma(Kenya) : enquête sur le traitement a domicile des enfants fiévreux, utilisation des moustiquaires et les visites aux dispensaires de soins pernatals in Bulletin de l OMS. Revue internationale de sante publique. Recueil d article n-6 ; 2002 ; 84-92.

28- MC GREGOR.I. GILLES H.WALTERS.J. DAVIS.A and. PEASON.F. Effects of heavy and repeated malaria infectious and Gambia infants and children” British medical.1956.I. I.686-692.

29-MINODIER P .depistage du paludisme : test rapide .J pediatri puericulture 2005 ; 18 :386-8.

30-MICHEL R ;CARNEVALE P ; BOSSENO M.F ; MOLEZ J.F ; BRANDICOURT O ; ZOULANI A. MICHEL Y : Paludisme à plasmodium et le gène de la drépanocytose en République populaire du Congo .La prévalence du paludisme et du trait drépanocytaire en milieu scolaire dans la région brazzavilloise. ORSTOM/EMP/PALU/80.258 du 30 juillet1980.

31-MUNGUTI K J-comity perceptions and treatment seeking for malaria in Baringo district; Kenya: implications for disease control. East Af Med j 1998; 75:687-691.

32-MOUCHET J. and CAMEVALE P: Les vecteurs et la transmission, in Paludisme, ELLIPSE/AUPELF, Editor. 1991.

33-MODIANO D, PETRARCAV, SIRIMA BS, NEBIE I, DIALLO D, LAMIZANAL, ESPOSITO F, COLUZZI M: plasmodium falcipar malaria in sympatric ethnic groups of Burkina Faso, west Africa.parasitologia 1995, 37:255-259.

34-OMS(1997)-Relevé épidémiologique hebdomadaire de L'OMS ; n°36 :269-274.

35-OMS(2009)- Rapport sur le paludisme.

36-OMS: World Malaria Report 2008.

37-OMS : stratégie mondiale de lutte antipaludique. Conférence ministérielle sur le paludisme : grande ligne du plan d'action de l'OMS pour la lutte contre le paludisme 1993-2000 .Amsterdam, 1992 ; 92.3 :1-26p.

38-OMS ; Rapport d'un groupe scientifique de l'OMS. Pratiques de la chimiothérapie du paludisme, OMS, Genève 1990.

39-PHI. CONSULTING. Evaluation conjointe externe PEV tome 1 enquête nationale de couverture vaccinale Bamako (1998-p 25).

40-RODHAIN F ; PEREZ C : -Précis d'entomologie médicale et vétérinaire, éd. Maloine.1985, Paris.

Prise en charge du paludisme présumé simple chez les enfants de 0-59 mois au centre de santé de Baco Djicoroni.

41-SINENTA. F. fréquence de prescription des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisine au centre de santé de référence de la commune III et un centre de santé communautaire de la commune III du district de Bamako de juillet à décembre 2007. Thèse de pharmacie. Bamako.2007-2008. P. 15-26.

42-SRICHAK. PANICK B. and TRAKULP J. "Bone marrow changes in human malaria" *Anal of Tropical Médecine and parasitology*.1987.40-51.

43-SYSTEME DES NATIONS UNIES AU MALI –Rapport de suivi de la mise en œuvre des objectifs du millénaire pour le développement(OMD) ; Bamako décembre 2004 ; 14-17.

44-TOURE YEYA: PV; and coluzzi M.1983.

Répartition géographique et polymorphisme chromosomique des membres du complexe anophèle gambia au Mali. 2eme conférence.intern.Paludisme et babesioses.communication orale.Edition Mérieux : P. 198 annecy.France.

45-TOURE Y T : Génétique, écologie et capacité vectorielle du complexe Anophèles Gambiae au Mali. Thèse des sciences Aix Marseille III 1986.

46-THIORO M.et al : Rapport de terrain « prise en charge à domicile des cas de paludisme simple chez les enfants de 6 à 59 mois et transmission dans le cercle de yanfolila » Bamako, Mali 14 sept-12 déc. 1998.

47-TRAORE MADOU : Evaluation de la prise en charge de la femme enceinte atteinte de paludisme, au CS réf de Bougouni. Thèse de Med, 2007-2008 ; N°253 ; 5 p.

48-TRAORE A : Analyse de la situation du paludisme au Mali et les stratégies de prise en charge des formes graves et compliquées dans le service pédiatrie de HGT .Thèse de Med. Bamako 2001.

49-TRAORE O : Evaluation du niveau de la réponse clinique, parasitologique in vivo et des mutations du PFCRT de plasmodium faciparuin à Kollé(Mali).Thèse de Pharmacie FMPOS, Bamako 2000.

50-TRAORE S M : Epidémiologie en zone savane sud soudanienne au Mali : le village de pimperena dans la région de Sikasso, juin 1992 à septembre 1993. Thèse de Médecine 1995-65p.

51-VUNDULE C; MHARAKURWA S- Knowledge; practices and perceptions malaria in rural communities of Zimbabwe: relevance to malaria control Bull world health organ 1996; 74:55-60.

52-WEAT HERRAL.D. And ABDALLA.S. □ "The anemia of P.falciparum malaria". British medical bulletin 1992.38.147-151.

53-YENENEH H., GYORKOS T. W., JOSEPH C, PICKERING J, TELDAS. Antimalaria drug utilizations by women in Ethiopia knowledge, attitudes, practice Study. Bull world health organ, 1993; 71(6)763-772.

54- ZIBAC., SLUTSTER L., CHITSULOL, STEKETEE R. W.: Use of malaria prevention measures in Malawia households. Trop. Med. Parasitol. March, 45(1)70-73, 1994.

ANNEXE 1

Questionnaire sur les parents (ou autre personne responsable de l'enfant de 0-59mois)

Section I : Caractéristiques sociodémographiques

Questions

1. Résidence (quartier) :.....
2. Sexe du parent :.....
3. Age du parent :.....
4. Etat matrimonial du parent :.....
5. Niveau scolaire du parent :.....
6. Profession du parent :.....
7. Lien avec l'enfant :.....
8. Age de l'enfant :.....
9. Sexe de l'enfant :.....
10. Ethnie de l'enfant :.....

Section II : Connaissances attitudes et pratiques

11. De quoi souffre votre enfant ?
12. A qui avez-vous d'abord demandé de soins ?
13. Quel type de traitement a été donné à l'enfant ? : 1.Médicament moderne ;
2.Médicament traditionnel ; 3.Autres à préciser.....
14. Quel médicament moderne a été utilisé ? : 1.Médicament antipaludique ;
2.Autres médicaments ; 3.Les deux
15. Quel antipaludique ?
16. Ce traitement à durer combien de jours ? : 1.Inferieur à 3 jour ; 2.Egale à 3 jours ; 3.Supérieur à 3jours
17. Connaissez-vous le paludisme ? ; Si oui quels sont les signes
18. Comment se transmet le paludisme ? : 1.Aliments ; 2.Anophèle ; 3.Autres à préciser.....

19. Quels sont vos sources d'information sur le paludisme ? : 1. Radio ;
2. Personnel de santé ; 3. Ami ; 4. Membre de la famille ; 5. Autres à préciser.....
20. Il y'a-t-il le moyens de protection antipaludique chez l'enfant ? : 1. MII ;
2. MNII ; 3. Autres à préciser.....
21. Peut-on guérir le paludisme ? ; Si oui de quel type de traitement s'agit-il ? :
1. Médicament moderne ; 2. Médicament traditionnel ; 3. Plantes ; 4. Gris-gris ; 5. Autres à préciser.....
22. Connaissez-vous des médicaments modernes antipaludiques ? ; Si oui quels médicaments ? : 1. CTA ; 2. Amodiaquine ; 3. Sels de quinine ;
4. Autres à préciser.....
23. Quelles sont vos sources d'approvisionnement en médicament antipaludique ? : 1. Dépôt de vent ; 2. Pharmacie ambulante ; 3. Pharmacie de privée ; 4. Boutique ; 5. Autres à préciser.....
24. GE ou TDR est elle faite ?
25. Quelle est la forme du plasmodium ?
26. Température égale à 38°C ?
27. Température inferieur à 38°C ?

ANNEXE 2

Questionnaires sur les agents de santé

Identification :

Fonction :

Nombre d'année de service :

Questions

1. Demandez-vous des antécédents à vos malades ? : oui ou non.
2. Il y'a-t-il des notions de protection antipaludique chez vos malades ? : oui ou non
3. Il y'a-t-il des notions d'automédication avant consultation ? : oui ou non
4. Comment faites-vous le diagnostic du paludisme ? : 1.Clinique ; 2.Biologique ; 3.Les deux
5. Comment confirmez-vous l'efficacité antipaludique ? : 1.Par la disparation des signes ; 2.Par la biologie
6. Combien dure l'efficacité antipaludique ? : 1.Fait à l'amodiaquine ; 2.Fait aux sels de quinine ; 3.Fait au CTA
7. Citer les produits antipaludiques par ordre de 1^{ere} Intention ? :
8. Dans le but de la prévention du paludisme que proposeriez-vous à vos malades ? :
9. Quels sont les affections fébriles dont vous faites le diagnostique différentiel ? :
10. Quels sont les antipaludiques disponibles à la pharmacie ou au dépôt ? :
11. Les médicaments prescrits sont-ils disponibles ? : 1.Si oui entier ; 2.A moitié ; 3.En rupture
12. Existe-t-il un laboratoire au centre si 1 quelles sont les analyses faites ? :
13. Quels sont vos suggestions pour améliorer la prise en charge des cas de paludisme dans votre centre ? :

Fiche d'enquête traduite en Bambara(Bamanankan)

Vininkali sebqñ min bq boli den mansawkan

- {1} sigida..... ?
- {2} mansawkan cqya ni a musoya..... ?
- {3} mansa si hakq..... ?
- {4} Furu latigqli ?
- {5} mansa ka kalan hakq..... ?
- {6} mansa ka baarakqta..... ?
- {7} balimayasira a ni den cq..... ?
- {8} den si hakq..... ?
- {9} den cqya ni a musoya..... ?
- {10} den siya..... ?
- {11} mun bq den t|r|..... ?
- {12} aw ye j|n f|| vininka fura kola..... ?
- {13} fura min dira den ma..... ?
- {14} tubabu fura jumqn dira den ma..... ?
- {15} tubabu sumaya fura jumqn..... ?
- {16} furakqli ye tele joli kq..... ?
- {17} aw bq sumaya bana don..... ?
- {18} a tamasyen ye jumqn ye..... ?
- {19} sumaya s|r| c|g| ?
- {20} aw ka sumayabana kibaru s|r| c|g|..... ?
- {21}den ka sumaya bana kumbq fqrq aw bolo..... ?
- {22} sumaya bqse ka fura kq ya..... ?
- {23} aw bq tubabu sumaya furaw don wa ?

- {24} aw ka tubabu sumaya fura s|r| y|r|?
- {25} aw ka kq wale ni sumaya year den na.....?
- {26} sumaya jeli sqgq sqgq kqra den na wa.....?
- {27} sumaya bana kisq siya jummqn yera.....?
- {28} fari kalaya hakq.....?

Kqnqya tigilam|g|w ka xinikalisqbqn

T|g| ni jamun:

Barakqta:

San hakq baara :

- {29} aw bq bana lakodolen xinikali kq wa..... ?
- {30} sumaya bana fqrq kumbqli d| bq banabagat |w bolo wa..... ?
- {31} aw bq sumaya bana lakodon c|g|di..... ?
- {32} aw bq tubabusumaya fura xq don c|g|di..... ?
- {33} tubabusumaya fura bq wakati joli kq sumayabana kqlqlila..... ?
- {34} a ye tubabusumaya furaw f| ni u ka xqye.....?
- {35} sumayabana kumbqlila aw bq mun f| banabagat|w ye.....?
- {36} bana jumqn ni sumayabana bq talikq x|gon na.....?
- {37} tubabusumaya fura jumqn bq s|r| aw ka furaferere y|r|la.....?
- {38} fura sqbqntaw bq s|r| wa.....?
- {39} jeli sqgqsqgq y|r| d| bq a bolo wa.....?
- {40} aw ka laxini ye muye walasa sumayabana bqse ka kqlq aw fq.....?

Prise en charge du paludisme présumé simple chez les enfants de 0-59 mois au centre de santé de Baco Djicoroni.

FICHE SIGNALITIQUE

Auteur : KEITA Abdoulaye

Titre de la thèse : Prise en charge du paludisme présumé simple chez les enfants de 0-59 mois au centre de santé de Baco Djicoroni.

Année universitaire : 2011-2012

Ville de soutenance : BAMAKO.

Pays d'origine : MALI

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de Médecine de pharmacie et d'odontostomatologie du Mali.

Secteur d'intérêt : Santé Publique.

RESUME :

Cette étude s'étendant de juillet à octobre 2011 a été évaluative transversal à la fois quantitative et qualitative.

Elle avait pour objectif global :

- Etudier les connaissances, attitudes, et pratiques du personnel de santé et le comportement des parents des enfants de moins de 5 ans sur la prise en charge des cas de paludisme présumé simple au centre de santé de Baco-Djicoroni.

Ses objectifs spécifiques étaient :

- Déterminer les caractères socio- démographiques des parents et des enfants de 0 à 59 mois,
- Evaluer les Connaissances, attitudes et pratiques (CAP) du personnel sur la prise en charge du paludisme présumé simple au niveau du Cscm de Baco-Djicoroni,
- Evaluer les Connaissances, attitudes et pratiques (CAP) des parents des enfants de 0 à 59 mois sur la prise en charge du paludisme présumé simple,
- Identifier les raisons de la prise en charge inadéquate des cas de paludisme simple au niveau du Cscm de Baco-Djicoroni.

Au cours de cette étude nous nous sommes intéressés à 320 enfants de 0- 59 mois atteint de paludisme présumé simple. Elle nous a permis de savoir que :

La tranche d'âge 12-36 mois étaient la plus touché soit 46,6% (masculin et féminin).

Le sexe masculin était prédominant soit 60,5%.

L'ethnie dominante était le Bambara avec 21,9%.

Plus de 60% des enfants étaient fébriles.

La goutte épaisse était systématique et positive dans 71,88%.

Le TDR était positif dans 6,25% ;

Les enfants étaient sous traitement en automédication dans 23,75%.

Les parents connaissaient la fièvre isolée comme signe de paludisme dans 42,4% ;

Plus de 50% des parent savent l'anophèle seul était la cause du paludisme

Pour des problèmes d'ordre sanitaire le recours des parents vers le centre de santé était 32,18%.

Parmi les 6 prestataires interrogés, le diagnostic était clinique plus biologique à 100%.

La CTA était le médicament de première intention à 67%.

Le traitement n'était pas totalement conforme aux directives du programme national de lutte contre le paludisme (PNLP).

Aussi nous recommandons l'élaboration des schémas thérapeutiques nationaux de lutte contre le paludisme adaptés à nos réalités, la formation le recyclage du personnel chargé de la prise en charge des cas.

MOTS CLES : Paludisme simple et présumé.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerais 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