

**MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA**

REPUBLIQUE DU MALI

*******ET DE LA RECHERCHE**

RECHERCHE SCIENTIFIQUE



UNIVERSITE de BAMAKO

ANNEE ACADEMIQUE 2008-2009

THESE :

FREQUENCE DES PATHOLOGIES RENCONTREES AU CSCOM DE L'HIPPODROME

Présentée et soutenue publiquement le..../..../2009

Par

Mme MOUGANG NGONGANG Eliane

**Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine
(DIPLÔME D'ETAT)**

MEMBRES DU JURY :

Président : Pr Moussa HARAMA

Membre : Dr Mamadou SANOGO

Co-directeur : Dr Souleymane DIAWARA

Directeur : Pr Amadou DIALLO

DEDICACES

A DIEU TOUT PUISSANT

Seigneur je te rends infiniment grâce pour ton amour à mon égard. Tu es mon bouclier et mon rempart. Tu as été avec moi tout au long de mon parcours, tu m'as soutenue et m'a protégée .Il y a pas mot qui serait juste pour exprimer ma reconnaissance. Que la gloire te soit rendue

A MON PERE

Papa, ce travail est le fruit de tes nombreux efforts, de ton sacrifice et de ta

rigueur dans le travail. Jour après jour tu as veillé à mon orientation .Reçoit par ce travail l'expression ma profonde gratitude et de mon affection ; soit en honoré papa .Que la paix du seigneur soit avec toi

A MA MERE

Maman, ton amour, ton courage, tes conseils m'ont donnés beaucoup de force et de courage. Tu as su être à mes cotés, tu m'as apporté ton soutien dans les moments les plus difficiles .Tu as su me transmettre l'amour d'une mère pour ses enfants et les sacrifices qu'elle est capable de faire.

Maman chérie je n'ai que mes yeux pleins de larmes et mon cœur pour te dire merci. Que Dieu te bénisse

A ma mère : maman JEANNE

Maman merci pour ton soutien moral et spirituel. Chaque fois que j'ai eu un souci tu étais là, prête à agir .Tu as accepté de te sacrifier pour le bien-être de ma famille. Tu as été une présence précieuse pour l'accomplissement de ce travail. Je te dis mille fois merci .Que le Seigneur te bénisse

A MON MARI

Mon chéri pendant 6 ans ta patience n'a pas eu de limites. Tu as accepté d'être séparé de ta femme et de notre fils afin que je puisse reprendre tes mots « me réaliser et être épanouie ». Ta source d'amour et de conseils n'a point tari. Ils m'ont été d'un grand apport. Je te renouvelle mon amour et je te dis merci. Que le Prince de paix bénisse notre ménage.

A MON FILS

Mon bébé ta venue est un cadeau du ciel, qui a donné un nouveau souffle à tes parents. Mon cher prince, que le très haut te garde te protège et te guide selon ses voies.

A MES FRERES

Ghislain, Armand Alain et Ruth, je vous remercie chacun particulièrement. Vous avez su garder l'esprit de cohésion familiale et de souci de l'autre. Votre soutien indéfectible et votre confiance ont

été pour moi une très grande source d'énergie pour l'accomplissement de cet œuvre. Vous n'avez ménagé aucun effort pour que ce travail voie le jour. Qu'il soit le témoignage de toute mon affection.

**J'ai toujours, à tout moment été soutenue par vous. Ce travail est aussi le vôtre. Serrons davantage la ceinture nous allons atteindre nos objectifs .Que nos liens fraternels se resserrent davantage !
Bon courage et bonne continuation à vous tous.**

Aux familles DJOFANG et NZEUGANG

Vos bénédictions et encouragements ne m'ont jamais fait défaut durant la réalisation de ce travail. Votre attachement pour une famille unie et prospère font de vous des parents très aimables. Vous m'avez soutenu moralement et matériellement durant mon cycle de formation. Retrouvez à travers ce travail, l'expression de ma profonde reconnaissance

A la famille WANSI

J'ai trouvé en vous une deuxième famille. Vos encouragements ont été précieux pour mon séjour dans ce pays et pour la réalisation de ce travail. Puisse notre chemin ensemble être long et paisible

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Moussa HARAMA

- **Professeur titulaire de chimie organique et de chimie analytique à la FMPOS**

Cher maître,

Vous nous faites un insigne honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Mieux qu'un maître, vous avez été pour nous un encadreur et un père ; patient, tolérant et surtout compréhensif.

Permettez nous de vous adresser ici nos remerciements les plus sincères en témoignage de notre admiration pour votre grande générosité, votre simplicité et votre amour pour la science en général.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Docteur Mamadou SANOGO

- **Cellule de développement des ressources humaines au ministère de la santé**

Cher maître,

Nous sommes honoré de vous compter dans ce jury et de pouvoir bénéficier de votre apport pour l'amélioration de la qualité de ce travail. Votre contact facile, votre modestie, votre disponibilité et votre rigueur scientifique ont forcé notre admiration. Recevez ici nos sincères remerciements.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR

Docteur Souleymane DIAWARA

- **Médecin chef du CSCom de l'Hippodrome**

Cher maître,

Vous avez accepté de diriger notre travail malgré vos nombreuses occupations.

Vous avez fait preuve de beaucoup de compréhension et de disponibilité.

Nous avons également été touchés par votre gentillesse.

C'est un grand honneur pour nous de vous compter parmi nos juges.

Trouvez ici l'expression de notre profonde estime.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR

Professeur Amadou DIALLO

- **Professeur titulaire de biologie à la FMPOS**
- **Ancien chef du département enseignement et recherche à FMPOS**
- **Vice-recteur de l'université de Bamako**

Cher maître,

Cher maître, nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de diriger cette thèse. Malgré vos multiples sollicitations, vous avez initié et dirigé cette thèse. Vos qualités humaines, scientifiques et votre simplicité à transmettre aux autres vos connaissances font de vous un maître admiré de tous.

Nous sommes fiers d'être compté parmi vos élèves et espérons être dignes de la confiance que vous avez placée en nous. Cher maître soyez rassuré de notre profonde gratitude et de notre attachement fidèle.

ABREVIATIONS

ASACO : Association de Santé Communautaire

AVP : Accident de la Voie Publique

CBV : Coups et Blessures Volontaires

CSCom : Centre de Santé Communautaire

FMPOS : Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

GIE : Groupement d'Intérêt Economique

HTA : Hypertension Artérielle

INRSP : Institut National de Recherche en Santé Publique

IRH : Infection Respiratoire Haute

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

P . falciparum : *Plasmodium falciparum*

PNLMD : Programme National de Lutte Contre les Maladies Diarrhéiques

PNLP : Programme National de Lutte Contre le Paludisme

P. vivax : *Plasmodium vivax*

RVO : Réhydratation par Voie Orale

UGD : Ulcère Gastroduodéal

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
OBJECTIFS.....	4
GENERALITES	5
METHODOLOGIE.....	35
RESULTATS.....	41
COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	51
CONCLUSION.....	57
RECOMMANDATIONS.....	59
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	61
ANNEXES.....	70

1. INTRODUCTION

Le diagnostic des maladies bactériennes, parasitaires, virales et traumatiques repose sur une déduction par étapes basée sur les signes cliniques, biologiques morphologiques et d'imagerie médicale.

❖ Le paludisme qui est une maladie affectant gravement les pays de la ceinture intertropicale correspondant à la majorité des pays en développement ; expose chaque année 40% de la population mondiale. (OMS, 1992)

Au Mali, avec près de 0,5 million de cas cliniques notifiés chaque année par les services de santé, le paludisme reste responsable de 33% des motifs de consultation, 42% d'anémie, un taux élevé d'absentéisme au travail et à l'école, une fréquence de formes graves chez les femmes enceintes et une mortalité importante chez les enfants de moins de 5 ans. [1]

❖ Les bronchites se rencontrent fréquemment et peuvent être d'origine bactérienne, parfois virale. Celles-ci entraînent des altérations de l'épithélium bronchique responsables d'une toux prolongée. L'incidence de la bronchite chez les adultes est de 5% par année. [2]

❖ Les pneumopathies sont des atteintes du parenchyme pulmonaire, elles se contractent par des voies aéro-digestives supérieures [2].

❖ Les traumatismes : On entend par traumatisme tout ce qui irrite la peau, touche au squelette bref un ensemble des manifestations localisées ou généralisées provoquées par l'action violente d'un agent extérieur.

Les traumatismes rencontrés sont d'ordre multiple : les accidents de la voie publique ; les coups et blessures volontaires ; les plaies et les brûlures.

En ce qui concerne les accidents de la voie publique : l'OMS a estimé qu'en 2002 les accidents de la route ont fait 1,18 million de morts et entre 20 et 50 millions de blessés dans le monde.

Les tendances actuelles confirment que le nombre annuel de décès et d'incapacité dû aux accidents de la route pourrait augmenter d'ici à l'an 2020 de plus de 60% ce qui les placerait en troisième position sur la liste des dix causes de morbidité et de traumatisme dans le monde, alors qu'ils occupaient la neuvième position en 1990. [3]. Les C.B.V occupent également une place considérable de nos jours.

❖ La diarrhée : De part ses conséquences notamment la déshydratation et la malnutrition, elle constitue directement ou indirectement l'une des principales causes de décès des jeunes enfants dans les pays en développement.

Au Mali selon l'EDSM IV, sa prévalence est particulièrement importante chez les jeunes enfants de 6 à 11 mois (20%) et de 12 à 23 mois (22%).

Le programme national de lutte contre les maladies diarrhéiques (PNLMD) recommande, pour lutter contre les effets de la déshydratation la généralisation de la réhydratation par voie orale (RVO).

Au Mali la faiblesse du budget de la santé et la volonté d'impliquer les populations dans la prise en charge de leurs problèmes de santé ont conduit à la naissance d'une nouvelle organisation de l'action sanitaire à côté des formes publiques et privées, prenant la dénomination de santé communautaire.

Elle repose sur la création de centres de santé communautaire (CSCom) qui sont définis par le ministère de la santé comme étant les formations sanitaires de

premier niveau créées sur la base de l'engagement de populations définies et organisées au sein d'Associations de Santé Communautaire (ASACO) pour répondre de façon efficace et efficiente à leurs problèmes de santé. [4]

La présente étude qui porte sur la fréquence des pathologies rencontrées au CSCom de l'Hippodrome s'attellera à déterminer la récurrence des différentes maladies dans la charge de travail du CSCom.

2. OBJECTIFS

Objectif général

- Etudier la fréquence des pathologies rencontrées au CSCom de l'Hippodrome

Objectifs spécifiques

- Décrire le profil socio démographiques des patients.
- Déterminer les principales pathologies rencontrées.
- Faire des recommandations pour améliorer la prise en charge des patients et réduire la morbidité due à ces maladies.

3. GENERALITES

3.1 Présentation du Mali

3.1.1. Milieu physique

Le Mali, pays enclavé à cause de sa situation géographique, a une superficie d'environ 1.241.428 km², dont les 2/3 sont occupées par le Sahara.

Il fait frontière avec 7 Pays :

Au Nord Est : l'Algérie

Au Nord Ouest : la Mauritanie

A l'Ouest : le Sénégal

Au Sud Ouest : la Guinée Conakry

Au Sud : la Côte d'Ivoire

Au Sud Est : le Burkina Faso

A l'Est : le Niger

Selon le découpage administratif, le territoire du Mali comporte 8 régions qui sont : Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao, Kidal, et le District de Bamako.

3.1.2. Milieu Humain

Carrefour de civilisations, point de contact entre peuple de race blanche au Nord et peuple de race noire au Sud, le Mali se présente comme une juxtaposition d'ethnies qui sont autant de groupes anthropologiques et culturels se distinguant par la langue et les traits de civilisation, quelque fois par une certaine spécialisation dans un secteur de production. On peut distinguer 5 principaux groupes :

Groupe mandingue (Bambara , Malinké, Dioula);

Groupe soudanien (Sarakolé, Sonrhäi, Dogon, Bozo) ;

Groupe nomade (Peulh, Touareg, Maure) ;

Groupe voltaïque (Sénoufo, Minianka, Bobo, Mossi) ;

Divers (Toucouleur, Wolof).

3.1.3. District de Bamako

Le District de Bamako est la capitale de la République du Mali. La commune de Bamako fut érigée en District selon l'ordonnance N° 7744/CMLN du 12 Juillet 1977. La ville de Bamako couvre une superficie alluviale du Niger et héberge environ 1.690471 habitants selon le recensement de 2006. Son site est entouré de collines ne dépassant pas 150 mètres de hauteur.

3.2. Rappels des différentes pathologies

3.2.1 Paludisme

3.2.1.1. Définition

Le Paludisme est une érythropathie fébrile hémolysante. Elle est due à un protozoaire, le plasmodium dont il existe 4 espèces pathogènes pour l'homme :

Plasmodium falciparum

Plasmodium vivax

Plasmodium malariae

Plasmodium ovale

Les ravages croissants du paludisme dans le monde ont incité à s'intéresser de nouveau à l'élaboration des stratégies communautaires de lutte contre la maladie. [5]

Bien qu'il soit à attester que le fait d'améliorer l'accès au traitement et l'observance de ce dernier à un bon rapport coût-efficacité, la plupart des victimes du paludisme meurent encore à cause de l'absence d'une structure de soin proche de leur domicile ou parce que leur maladie n'est pas diagnostiquée par les agents de santé. [6,7]

La fourniture d'un traitement dans les régions reculées est compliquée par la distance des services de santé et la rareté des moyens de transports.

Le diagnostic purement clinique présente des difficultés particulières même si les agents de santé des régions reculées s'y sont exercés avec un certain succès. [7,8]

La transmission du parasite se fait par une piqûre d'un moustique : l'anophèle femelle. De façon exceptionnelle, elle peut se faire par transfusion sanguine. On distingue essentiellement : *Anophèles gambiae*, *Anophèles funestus*, *Anophèles arabiensis*.

Au Mali ce sont les membres du complexe *Anophèles gambiae* et *Anophèles funestus* qui transmettent le paludisme entre 18h et 6h. Leur durée de vie moyenne est d'un mois [9]

3.2.1.2. Faciès épidémiologiques du paludisme au Mali [10]

Au Mali le paludisme sévit de façon endémique avec une intense transmission au cours de la saison pluvieuse dont la durée est variable en fonction des zones éco climatologiques (3 à 4 mois en moyenne), ce qui détermine selon les études effectuées par **Doumbo et Al** en 1989 et 1992 cinq profils épidémiologiques :

- Une zone soudano guinéenne à transmission saisonnière longue supérieure ou égale à 6 mois, allant de Mai à Novembre avec 1250 mm d'eau par an. Dans cette zone l'indice plasmodique chez les enfants est $> 80\%$. L'état de prémuniton est acquis vers l'âge de 5-6 ans. Le paludisme sévit sur un mode halo endémique.
- Une zone sahélienne à transmission saisonnière courte qui varie de 3 à 4 mois. Dans cette zone l'indice plasmodique se situe entre 50-70%. Le paludisme y est hyper endémique en saison des pluies avec 200-800 mm d'eau / an. L'état de prémuniton est rarement atteint avant l'âge de 9-10 ans.
- Une zone de transmission sporadique voire épidémique correspondant aux régions du Nord, certaines localités des régions de Koulikoro et de Kayes (Nara, Nioro, Diéma, Yélimané, Kayes). L'indice plasmodique est en dessous de 5%. Tous les groupes d'âge sont à risque de paludisme grave. Une précaution particulière doit être prise chaque fois que ces populations migrent vers le sud du pays.

- Des zones de transmission bi ou plurimodale comprenant le delta inférieur du fleuve Niger et les zones de barrage et de riziculture : Niono, Sélingué, Manantali et Markala. L'indice plasmodique se situe entre 40-50%. L'anémie reste un phénotype cliniquement important. Le paludisme est de type méso endémique.

- Des zones peu propices à l'impaludation particulièrement les milieux de Bamako et de Mopti où le paludisme est hypo endémique. L'indice plasmodique est < 10% et les adultes peuvent faire des formes graves et compliquées de paludisme.

3.2.1.3. Facteurs favorisant la transmission

- Conditions de température (supérieure à 19°C pour *P. falciparum* et supérieure à 16°C pour *P. vivax*).

- Conditions d'altitude (inférieur à 1500 mètres en Afrique) et de précipitation d'où la notion de stabilité du paludisme :

*Zone de paludisme stable : deux faciès

Faciès équatorial : forêts et savanes post-forestières d'Afrique centrale. La transmission est intense (taux de piqûres infestantes pouvant atteindre mille par habitants et par année) et permanente.

Faciès tropical : Savanes humides d'Afrique de l'Ouest et de l'Est. La transmission moins intense (taux de piqûres infestantes de 100 à 400 par habitants et par année) à recrudescence saisonnière longue (6 à 8 mois).

*Zone de paludisme intermédiaire : Savanes sèches sahéliennes. La transmission est faible (taux de piqûres infestantes de 2 à 20 par habitants et par année) à recrudescence saisonnière courte (inférieur à 6 mois).

*Zone de paludisme instable :

Faciès désertique : steppes ;

Faciès australe : plateaux du sud de l'Afrique ;

Faciès montagnard : zones situées au dessus de 1000 mètres d'altitude. La période de transmission est très courte et il peut y avoir des années sans transmission.

Tous ces faciès peuvent se modifier au gré de modifications du biotope : création d'une zone de riziculture, construction d'un barrage, destruction de la forêt « primaire » créant une zone de savane.

3.2.1.4. Traitement

✓ But du traitement

Le traitement a pour but d'éliminer la parasitémie, faire disparaître les symptômes et éviter le passage à la forme grave.

✓ Moyens

- La quinine :

Présentée sous la forme comprimé de 100 mg de sel ; la forme injectable de 100 mg, 200 mg, 400 mg de sel de quinine administrée à la posologie de 30 mg/kg/jour.

Dose d'attaque : 10-16 mg/kg de quinine en perfusion dans le sérum glucosé 5% ou 10%, le traitement se poursuit avec une dose de 8 mg/kg pendant 5-7 jours.

Dès obtention de l'amélioration clinique et neurologique franche, on passe à la quinine per os : Quinimax ® comprimé à 125 mg et 500 mg en 3 prises espacées de 8 heures.

Il y a aussi la forme suppositoire de 250 et de 150 mg de sel.

- Les amino 4 quinoléines :

La chloroquine comprimé de 300 mg, sirop à 25 mg par cuillère-mesure, comprimé de 100 mg est administrée à la posologie de 25 mg/kg repartis en 3 jours : 10 mg/kg le premier jour, 10 mg/kg le deuxième jour et 5 mg/kg le troisième jour. Cette molécule a connue des résistances et n'est plus retenue

- Les amino alcools :

L'halofantrine (Halfan ®) comprimé à 250 mg ; sirop à 100 mg par cuillère-mesure est administrée à la posologie de 24 mg/kg en 3 prises espacées de 6 à 8 heures.

- Les associations

Sulfadoxine (500 mg) + pyriméthamine (20 mg)

La posologie est de 3 comprimés en prise unique ou 2 ampoules en injection intramusculaire [11].

- Les dérivés de Quinghaosu ; il s'agit de l'Arthémether (paluther ®) :

Ampoule de 80 mg par voie intramusculaire administrée à la dose de 160 mg le premier jour, puis 80 mg par jour pendant 4 jours chez l'adulte.

- Les antibiotiques

La vibramycine ® (doxycycline) comprimé à 100 mg et à 200 mg.

En IV à 100 mg/amp de 5 ml à la posologie de 3 mg/kg/jour.

✓ Traitement symptomatique

Dans le traitement symptomatique, on utilise les tranquillisants comme le Diazépam ampoule de 10 mg administré à la posologie de 0,5 mg en IV ou en IM, les antipyrétiques comme le paracétamol à la posologie de 20-30 mg/kg/jour en 4 prises et le traitement de l'hypoglycémie [11].

✓ Indications

- Paludisme simple :

Selon les recommandations du PNL P arthéméther-Luméfanthrine préconisée en première intention :

Chez l'adulte (35 kg et plus) : 4 comprimés deux fois par jour pendant 3 jours.

Chez l'enfant :

- moins de 15 kg : 1 comprimé à prendre deux fois par jour pendant 3 jours.
- entre 15 et 24 kg : 2 comprimés à prendre deux fois par jour pendant 3 jours.

- entre 25 et 34 kg : 3 comprimés à prendre deux fois par jour.

En deuxième intention, l'artésunate + sulfadoxine-pyriméthamine ; l'artésunate + l'amodiaquine.

- Paludisme grave :

C'est la quinine injectable ou en perfusion qui est préconisée.

Le paludisme chez la femme enceinte doit être considéré comme un cas grave et compliqué. Elle doit être traitée avec la quinine et la sulfadoxine-pyriméthamine en traitement intermittent à partir du 2^{ème} trimestre.

La femme enceinte et les enfants de moins de 5 ans doivent dormir sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide.

-On peut également donner des antiémétiques tels que : le dompéridone, le métopimazine.

-Les déparasitants sont également prescrits aux patients : l'albendazole ou le mebendazole parfois on associe les deux molécules en cas de parasitémie très prononcée.

-La prise d'antalgiques et d'antipyrétiques contribuent à la diminution des symptômes, on peut citer : le paracétamol, le metamizole l'acide acétylsalicylique

- Les multivitamines ou la vitamine B complexe sont prescrits lors des épisodes de fatigue.

3.2.2 Bronchite aiguë [2]

3.2.2.1. Définition et épidémiologie

La bronchite aiguë est un état inflammatoire aigu de la muqueuse des bronches et des bronchioles.

Elle est le plus souvent due à une atteinte virale, l'évolution est bénigne chez le sujet antérieurement sain, mais peut être sévère chez le sujet fragile (sujets âgés, asthmatiques, tabagiques, cardiopathiques). Elle peut être également d'origine bactérienne.

Les bronchites virales entraînent des altérations de l'épithélium bronchique responsables d'une toux prolongée et sont dues à des Rhinovirus, des Adénovirus, le virus de la grippe.

Quant aux bronchites bactériennes il s'agit de surinfections de bronchites virales favorisées par les lésions de l'épithélium.

Les germes responsables sont surtout le *Pneumocoque*, l'*Haemophilus influenzae* et le *Mycoplasma pneumoniae*, il peut également s'agir de certains bacilles gram négatif comme le *colibacille*, le *Proteus*, le *Pseudomonas aeruginosa*, le staphylocoque doré en cas d'antibiothérapie préalable.

Les causes mycosiques surviennent surtout sur des terrains immunodéprimés ou soumis à une antibiothérapie prolongée et sont principalement dues à *Candida albicans*.

Une radiographie pulmonaire doit être pratiquée rapidement en cas de doute sur une atteinte parenchymateuse.

3.2.2.2. Traitement

✓ But du traitement

Faire disparaître les symptômes en proposant un schéma thérapeutique rapide et efficace.

✓ Moyens médicamenteux

En effet le traitement de la bronchite est simple :

- Le repos,

- Les antalgiques / antipyrétiques : l'acide acetylsalicylique, le paracétamol.

-Les anti-inflammatoires : l'Ibuprofène.

-Les antitussifs sont prescrits en cas de toux sèche pénible. La kinésithérapie respiratoire peut être utile en cas d'expectorations difficiles à éliminer, on peut également prescrire de la carbocysteine ou carbetux, de la prométhazine en cas de toux allergique.

-Les antibiotiques tels que : l'amoxicilline (500 mg, 250 mg, 125 mg), les macrolides (érythromycine 500 mg ou 250 mg, la rovamycine 3 millions ou 1,5 millions, pyostacine, lincocine, dalacine comprimé) ne sont pas prescrits en première intention mais seulement si la toux productive persiste, avec expectorations devenant purulentes.

3.3.2. Pneumopathies infectieuses aiguës [2]

3.3.2.1 Définition et épidémiologie

Les pneumopathies infectieuses aiguës sont des atteintes du parenchyme pulmonaire d'origine bactérienne, virale, mycosique et tuberculeuse.

Elles peuvent être également communautaires (acquises en ville) ou nosocomiales (chez le patient hospitalisé depuis au moins 48 heures). L'incidence annuelle des pneumopathies infectieuses est de 1 à 10 adultes pour 1000.

Les principales voies de pénétration des germes peuvent être soit aériennes, soit aéro-digestives supérieures.

Les pneumopathies fréquemment retrouvées sont dues à *Streptococcus pneumoniae* et *Mycoplasma pneumoniae*.

3.2.3.2. Traitement

✓ But du traitement

✓ Déterminer le type de pneumopathies afin d'effectuer un traitement efficace et d'éviter les rechutes.

✓ Moyens médicamenteux

En cas de pneumopathie typique, l'antibiotique proposé doit être actif contre le pneumocoque : Amoxicilline (clamoxyll : 3 g/jour).

En cas de pneumopathie atypique, le mycoplasme doit être « couvert » par l'antibiotique : macrolides (Ery® 500 mg : 2 g/jour) ou fluoroquinolone (péflacine 400 mg 2 fois/jour).

L'état du patient doit systématiquement être réévalué après 48 à 72 heures. En cas d'amélioration, l'antibiothérapie doit être poursuivie environ 15 jours.

En l'absence d'amélioration on conseille actuellement d'inverser la prescription des deux antibiotiques.

Chez un adulte fragile l'hospitalisation est beaucoup plus facilement décidée, avec des prélèvements bactériologiques, et ce d'autant plus que le patient présente des conditions socio-économiques défavorables pour la prise en charge thérapeutique.

Le sujet âgé ou présentant des antécédents respiratoires (bronchopathie chronique, dilatation des bronches), ou une autre tare sous-jacente est en principe traité en première intention par une association Amoxicilline-Acide clavulanique (Augmentin® à la posologie de 3 g/jour) ou une céphalosporine orale (Zinnat ®) permettant d'élargir le spectre d'activité aux bacilles gram négatifs et au staphylocoque doré.

En cas d'échec à la 48^{ème} heure, on peut envisager l'existence d'un pneumocoque à sensibilité diminuée à la pénicilline, nécessitant une augmentation des doses d'amoxicilline, ou l'utilisation de la ceftriaxone (Rocéphine® à la dose de 1 à 2 g/jour par voie intramusculaire ou intraveineuse lente).

La conduite à tenir devant une bronchite et une pneumopathie infectieuse débute par un bilan qui consiste à faire : une radiographie pulmonaire, déterminer la numération formule sanguine et la vitesse de sédimentation ,connaître le marqueur de l'inflammation.

-La radiographie pulmonaire retrouve le plus souvent une opacité alvéolaire systématisée.

-La numération formule sanguine montre une hyper leucocytose à polynucléaires neutrophiles souvent supérieure à 15 000/mm³ (une leucopénie est de mauvais pronostic).

-Le syndrome biologique inflammatoire est net.

-La recherche d'antigènes solubles dans le sang et les urines est rarement positive.

-Le diagnostic est porté sur l'isolement du germe à partir des hémocultures.

-L'antibiogramme est fondamental en raison du nombre de plus en plus important de souches résistantes à la pénicilline.

Cette résistance, inférieure à 5% jusqu'en 1998, s'élèverait à 17% en 1991 [2]

Il faut mesurer la gravité de la maladie que ce soit chez un enfant, chez un adulte ou chez un sujet âgé. Ainsi, pratiquer la réhydratation, la bi-antibiothérapie soit avec les bêtalactamines : la Biclinocilline injectable, l'Ospen ® comprimé ou encore du Bristopen ® en intra-musculaire, en comprimé ou encore en intraveineuse. Du groupe des pénicillines ; de l'Ampicilline (Totapen ®) ou de l'amoxicilline (clamoxyll ®).

On peut également utiliser la céfadroxil (Oracéfal ® 500 mg ou 1 g) du groupe des céphalosporines .

Comme aminoside on peut utiliser la gentamicine (Gentalline ® en IM ou en IV). La spectinomycine (Trobicine ® en IM).

Les macrolides également sont utilisés notamment l'érythromycine (Ery ® 500 mg en comprimé) ou encore de la spiramycine (Rovamycine 1,5 millions ou 3 millions en comprimé), la josamycine (josacine ® 500 mg en comprimé, ou le 125 mg, le 500 mg en sirop) ; de la pristinamycine (pyostacine ® 500 mg en

comprimé) ; de la lincomycine (lincocine ® par voie IM, IV ou en comprimé) ; de la clindamycine (Dalacine ® 500 mg en comprimé).

On peut également donner un corticoïde en cas d'urgence notamment le dexaméthasone.

3.2.4. Traumatismes

Dans notre étude lorsque nous parlons de traumatismes nous faisons allusions à un ensemble de manifestations localisées ou généralisées provoquées par l'action violente d'un agent extérieur. Nous pouvons citer :

- des lésions dues aux AVP
- des lésions dues aux CBV

3.2.4.1. Les accidents de la voie publique

✓ Les causes

o Causes liées aux véhicules [12]

Le nombre de véhicules intervient pour une part non négligeable dans la survenue des accidents.

Des statistiques Nord américaines et françaises évaluent à 7% le nombre d'accident imputables à des vices techniques du véhicule. La nationale SAFETY COUNCIL des Etats-Unis estime à 2/5^{ème} le nombre de véhicules potentiellement dangereux.

En 1980, au Sénégal, des contrôles techniques inopinés de certains véhicules ont retenu le chiffre astronomique de 97,54% des véhicules en mauvais état.

Au Mali, le service des mines a effectué un contrôle technique inopiné de certains véhicules du parc commercial et a retenu que 60% des véhicules étaient en mauvais état portant sur :

- la défaillance du système de freinage ;
- un vice de la direction ;
- le mauvais état des pneumatiques ;
- la défectuosité de la suspension.

o Causes liées à l'usager [13]

Le conducteur est sans doute l'élément primordial du complexe. C'est lui qui, à tout moment, doit s'adapter si certains paramètres changent au niveau des deux autres facteurs (véhicule-milieu), par exemple le conducteur règle sa vitesse par rapport :

- au profil de la route ;
- au revêtement de la chaussée ;
- aux conditions climatiques ;
- à l'état des pneumatiques ou des freins de son véhicule.
- à la zone traversée (agglomération ou campagne)

Les statistiques accablent l'homme de la responsabilité de 80-95% des accidents de la voie publique.

o Causes liées à la route et à son environnement

L'environnement est surtout marqué par :

- le mauvais aménagement des croisements ;

- les virages dangereux ;
- les obstacles mobiles (animaux en divagation ou gibier).

o Les causes des accidents au Mali. [14]

Il ressort que les causes essentielles d'accidents sont par ordre de fréquence :

➤ un excès de vitesse	27%
➤ la traversée imprudente de la chaussée	20,68%
➤ le dépassement défectueux	18,49%
➤ le non respect de priorité	9,49%
➤ l'imprudence des conducteurs	7,05%
➤ les défaillances mécaniques apparentes	3,65%
➤ la circulation à gauche	2,92%
➤ les manœuvres dangereuses	2,68%
➤ les engagements imprudents	2,68%
➤ le changement brusque de direction	2,19%
➤ l'inobservation du panneau de stop	0,97%
➤ Autres	2,20%

Au Cameroun, une étude du **Docteur Tébéré N'gonga** attribue à l'excès de vitesse la première cause, suivie par le dépassement défectueux [15].

Dans tous les groupes d'âge, les sujets de sexe masculin sont plus nombreux à être tués sur la route que les sujets de sexe féminin.

En 2002 les 15 à 44 ans ont représentés plus de la moitié des tués sur la route à l'échelle mondiale.

Plusieurs études ont montré que les personnes appartenant aux groupes socio-économiques les moins favorisés sont plus souvent victimes d'AVP.

Les personnes vivantes dans les zones urbaines sont d'avantage exposées à ces accidents.

On estime que 1,18 millions de personnes sont tuées dans le monde dans les accidents de la route soit une moyenne de 3242 morts par jour.

En plus des tués, on estime qu'entre 20 et 50 millions de personnes sont blessées chaque année dans les accidents de la circulation.

Les piétons, les cyclistes et les motocyclistes sont les usagers de la route les plus vulnérables **[16]**

3.2.4.2. Les lésions anatomiques

Les principales lésions traumatiques rencontrées au CSCom sont : les fractures, les luxations, les entorses, les contusions, les plaies, les claquages et les brûlures.

✓ Les fractures

La fracture est une solution de continuité complète ou incomplète des éléments du squelette (des os). On rencontre plusieurs types de fractures :

- o Les fractures incomplètes qui ne s'observent que chez l'enfant
- o Les fractures complètes s'observent par le trait de fracture qui peut être transversal, oblique, spiroïde, comminutif.

Les fractures peuvent être ouvertes ou fermées . Il peut y avoir déplacement ou non des fragments.

Le traitement

La radiographie confirme la fracture et le déplacement.

Le traitement est fonction du type de fracture. Dans le traitement des fractures fermées, l'immobilisation doit être la première intention. Cette immobilisation doit être accompagnée d'un traitement médical à base d'anti-inflammatoires (Ibuprofène 200 mg ou 400 mg comprimé) et d'antalgiques (paracétamol, novalgin, migralgine).

Pour ce qui est des fractures ouvertes en plus de l'immobilisation un pansement convenable et une antibiothérapie correcte s'impose (exemple : Amoxicilline 500 mg, érythromycine 500 mg comprimé)

Le traitement des fractures avec déplacement des fragments nécessite une réduction puis une contention plâtrée.

✓ Les luxations

La luxation est un déplacement ou un écartement produit entre deux surfaces articulaires qui normalement se trouvent bout à bout.

On distingue deux grandes variétés de luxations :

- o Les luxations traumatiques
- o Les luxations congénitales

Traitement

Dès que le diagnostic de luxation traumatique est posé après contrôle radiologique et examen clinique complet, la réduction doit être pratiquée d'urgence puis immobilisation plâtrée ou par bandage.

Le traitement des luxations congénitales de la hanche consiste à allonger le nouveau né à califourchon sur un gros caisson mis entre les jambes afin de les écarter.

Le traitement lui-même se fait par l'immobilisation avec ou sans appareil, par l'écartement progressif des membres inférieurs jusqu'à la position correcte lorsque l'enfant est jeune, puis par des plâtres successifs.

✓ Les entorses. [16]

Une entorse est une lésion traumatique d'une articulation provoquée par un mouvement brutal de distorsion avec élongation ou arrachement des ligaments sans déplacement des surfaces articulaires, ni fractures. On distingue les entorses bénignes et les entorses graves.

Traitement

o Les entorses bénignes

Le traitement consiste à immobiliser l'articulation par un bandage compressif et élastique qui devra être maintenu dix à douze jours. La guérison est obtenue de 7 à 10 jours.

o Les entorses graves

Leur traitement est difficile avec possibilité de séquelles fonctionnelles. L'immobilisation plâtrée est maintenue plusieurs semaines ; un traitement chirurgical peut être envisagé lorsque persiste une instabilité articulaire. La guérison est obtenue en quinze jours.

✓ Les claquages. [16]

Un claquage est la rupture à la suite d'un effort violent de quelques fibres d'un muscle non échauffé et fatigué.

Traitement

La mise au repos de la région intéressée est la première chose à faire. Des applications de glace peuvent au début limiter l'extension de l'épanchement sanguin.

Des massages doux ne seront entrepris qu'après quelques jours.

✓ Les contusions

Une contusion est une lésion provoquée par la pression, la friction ou le choc d'un corps mou et ne s'accompagnant pas de plaies.

✓ Les plaies

Une plaie est une solution de continuité du revêtement cutané qui dans certaines conditions peut poser des problèmes de chirurgie réparatrice.

On distingue : les piqûres, les coupures et les plaies contuses.

- Une piqûre : est habituellement une effraction tégumentaire limitée ou le risque essentiel est l'infection. Son traitement est simple et consiste en une désinfection locale.

- La coupure : est une ouverture plus ou moins étendue et plus ou moins profonde de la peau au bord rectiligne. Lorsque la coupure est de dimension assez importante, son traitement doit être chirurgicale pour éliminer tout risque d'infection et d'hémorragie.

- Les plaies contuses : sont des plaies aux bords déchiquetés.

Traitement

Le traitement est basé sur l'utilisation :

- d'antalgiques tels que : novalgin, migralgine
- d'anti-inflammatoires : Ibuprofène, Diclofénac
- d'antibiotiques : Amoxicilline, Erythromycine

On peut également faire des soins ou des pansements à l'aide de bandes, de compresses, de polyvidone, de sparadrap.

Certaines plaies nécessitent l'utilisation du sérum antitétanique.

3.2.4.3. Les coups et blessures volontaires

✓ Les causes

Les coups et les blessures volontaires sont d'origine diverses. Ils peuvent provenir soit d'instruments tranchants, piquants, ou contondants qui sont des armes blanches.

o Les armes blanches

Les instruments tranchants

On entend par instruments tranchants, des instruments qui sectionnent les tissus déterminant des blessures ouvertes s'accompagnant en général d'hémorragie externe.

Parmi eux on peut citer :

- Arme blanche typiquement tranchante : le couteau ;
- Arme blanche à la fois tranchante et contondante : la machette ;
- Arme blanche à la fois tranchante et piquante : le poignard.

Les blessures provoquées par les instruments tranchants sont des solutions de continuité des tissus superficiels ou profonds que l'on nomme plaies.

On distingue deux grandes catégories de plaies :

- Plaies linéaires :

Elles sont plus longues que larges, de profondeur variable. Les bords de la plaie sont nets, réguliers, le plus souvent rectilignes traduisant le mouvement ayant animé l'arme utilisée.

- Plaies contuses :

Ce sont des pertes de substance avec destruction tissulaire.

Les bords de la plaie sont irréguliers, déchiquetés.

A côté de ces deux catégories de plaies, on distingue également l'érosion épidermique simple.

Cette érosion épidermique qui est la trace la plus légère résulte de l'abrasion de l'épiderme par frottement, par arrachement ou par pincement.

Les instruments piquants :

Les instruments piquants sont des instruments qui perforent les tissus en raison de leur extrémité pointue plus étroite que large déterminant des blessures plus ou moins profondes. On distingue essentiellement :

- Les instruments à tige cylindrique ou conique : l'aiguille.

- Les instruments à tige triangulaire ou quadrangulaire (instruments à crêtes) : la baïonnette.
- Les instruments à la fois piquants et tranchants : l'épée
- Les instruments perforants irréguliers : piques cassées.

Les instruments piquants déterminent des plaies qui ont un orifice minime mais sont très profondes. La dimension de la plaie est inférieure à celle de l'instrument en raison de l'élasticité des téguments.

Les instruments perforants irréguliers entraînent des plaies contuses.

L'exemple type est réalisé par la flèche traditionnelle : du fait de la disposition particulière des dents sur l'extrémité métallique et piquante de la flèche, celle-ci « s'accroche » sur les bords de la plaie.

Les instruments contondants :

Ce sont des armes qui agissent par leur masse et leur vitesse déterminant des blessures par un mécanisme contondant pouvant faire intervenir plusieurs facteurs : le poids de l'arme et celui de la victime, la force avec laquelle l'arme

Ces armes sont très diverses, parmi elles on peut citer :

- Les armes naturelles : coup de tête, coup de poing, coup de genou, bord cubital de la main.
- Les armes improvisées : bâton, barre de fer, marteau, cravache...
- Les armes préparées : chaînes de bicyclette, matraque, coup de poing américain...

Les armes contondantes provoquent toute une gamme de lésions réunies sous le terme de contusion.

Le mécanisme de la contusion est double :

-Le corps contondant animé d'un mouvement vient frapper le sujet immobile : c'est la contusion active.

-Le corps du sujet lui-même en mouvement est projeté contre un corps contondant immobile : c'est la contusion passive.

La contusion active est la plus fréquente.

o Les armes à feu

Parmi celles-ci on peut citer :

- Le revolver
- Le fusil de chasse

Pour tous ces différents traumatismes cités que ce soit la plaie, la brûlure ou encore les coups et blessures volontaires il revient de prescrire :

- Un antalgique (Paracétamol, etc.)
- Un anti-inflammatoire (Ibuprofène, Diclofénac...)
- Un antibiotique (Auréomycine, Amoxicilline, Erythromycine)
- Un antiseptique (Dacryosérum ®, Dacryne ®...).

3.2.5. Les diarrhées

3.2.5.1. Définition

La diarrhée est une émission fréquente de selles liquides ou molles, de causes diverses (infections, intoxication, malnutrition).

La déshydratation en est la principale cause de mortalité chez les jeunes et se développe très rapidement.

De ce fait, la déshydratation constitue un problème majeur de santé publique que le Programme National de Lutte Contre les maladies diarrhéiques a résolu de combattre en utilisant principalement la réhydratation par voie orale.

La diarrhée peut être également due à une fièvre typhoïde qui est une toxoinfection généralisée à point de départ lymphatique, mésentérique. Elle est provoquée par le bacille d'Eberth ou *Salmonella typhi* et les bacilles paratyphiques A, B, C. Il s'agit d'une maladie strictement humaine dont la dissémination est liée à l'élimination de germes dans les selles des sujets infectés malades ou porteurs sains. [17]

3.2.5.2. Traitement

✓ But du traitement

Eviter les complications de la maladie en faisant disparaître les symptômes.

✓ Moyens

- Le repos au lit durant la période fébrile.
- Les mesures hygiéno-diététiques sont primordiales dans la prise en charge du patient.
- Le régime alimentaire est fonction de l'appétit et des éventuels troubles digestifs (liquide au début de la phase fébrile, apport hydroélectrolytique en

cas de déshydratation sévère par diarrhée et/ou par vomissement, de troubles de la conscience) [18]

- L'antibiothérapie est nécessaire, mais ses modalités sont diversement appréciées.

✓ Indications

En ce qui concerne le traitement de la diarrhée due à la fièvre typhoïde le traitement préconisé est le suivant : [19]

- le chloramphénicol per os : adulte 3 g/jour ; enfant 25 à 50 mg/kg/jour
- le cotrimoxazole per os : adulte 2 comprimés par jour (comprimés à 960 mg) ou 4 comprimés par jour (comprimés à 480 mg) ; enfant 4 à 8 comprimés par jour (comprimé à 100 mg) ou 2 cuillerées à café 2 fois par jour en suspension.

Le traitement se fait au moins pendant 15 jours.

- les fluoroquinolones sont actives : Ciprofloxacine, Ofloxacine ou péfloxacine 400 à 800 mg/ jour durant une semaine. Il existe une diminution de la sensibilité aux fluoroquinolones dans les zones où les diarrhées infectieuses sont traitées habituellement par l'acide nalidixique.

Leur contre-indication chez l'enfant est relative du fait de la brièveté du traitement (5 à 7 Jours) ;

- les céphalosporines de 3^{ème} génération sont aussi actives sur les salmonelles.

La ceftriaxone a été employée à la dose de 80 mg/kg/j en une seule injection

quotidienne pendant 7 jours **[19]**

- l'utilisation de fortes doses de corticoïdes associés au chloramphénicol semble diminuer les signes toxiques dont la fièvre et le pronostic des malades graves avant l'apparition des troubles neurologiques et/ou un état de choc ;

En ce qui concerne la diarrhée due à une malnutrition le plan de traitement est le suivant :

La solution à base de sachets

Les sels de réhydratation orale sont utilisés pour traiter la déshydratation quel que soit la cause initiale, l'âge des patients ou la phase du traitement. Ils répondent aux critères physiologiques concernant l'absorption de l'eau et des électrolytes dans l'intestin.

- Pour l'enfant non déshydraté, on administre la solution à base de sachets de sels de réhydratation orale pour prévenir la déshydratation. La solution doit être préparée chaque jour, couverte et stockée dans un endroit frais.

- Pour l'enfant déshydraté, un traitement est instauré. On prépare la solution avec le sachet de sels de réhydratation orale (Au Mali, OMS/Fise) et on prévoit en moyenne (souvent plus) 20 ml par kilogramme de poids corporel durant la première heure.

La solution salée-sucrée

Elle est utilisée pour le traitement précoce de la diarrhée à domicile. Elle est efficace pour remplacer les pertes liquidiennes et pour prévenir la plupart des cas de déshydratation et corriger lentement l'acidose, Par contre elle est impuissante à corriger l'hypokaliémie (raison pour laquelle il faut donner des aliments riches en potassium).

Elle est préparée à partir des ingrédients suivants :

- le saccharose (sucre de table)
- le sel de cuisine (sodium)
- 1 litre d'eau propre.

La solution est conservée au frais et ne doit pas dépasser 24 heures.

Les antibiotiques

- La ceftriaxone
- Le cotrimoxazole
- Le métronidazole

Les antiseptiques intestinaux

- Smecta sachets
- Actapulgit 1 g ou 3 g en sachets

Les antalgiques

- Le paracétamol

Les anti-inflammatoires

- L'acide acétylsalicylique
- L'ibuprofène
- Le diclofénac

✓ Prévention

- Lutte contre le péril fécal ;

- Hygiène alimentaire

- Deux vaccins efficaces ont remplacé l'ancien vaccin inactivé injectable (TAB ou DTTAB), n'empêchant pas la maladie lorsque l'inoculum est important. Ils sont surtout utilisés chez les voyageurs. Ce sont :

- Un vaccin hautement réactif inactivé par la chaleur et le phénol administré en une injection avec revaccination tous les 3 ans (Typhim vi) ;
- Un vaccin oral, utilisant la souche atténuée Ty 21 a sans polysaccharide vi, est administré en une dose par jour durant 3 ou 4 jours consécutifs ; à 7 jours au moins à distance avec la prise antimalarique.

Le traitement de la diarrhée à la maison et la prévention de la déshydratation consiste à :

- * Donner à l'enfant plus de liquides que de coutume : eau de riz, jus de fruit, infusions légères, solution salée-sucrée.
- * Donner à l'enfant des aliments solides autant qu'il en désire, des aliments faciles à digérer (riz blanc, soupes, produits laitiers, œufs, poisson et viande bien cuits) et ceux contenant du potassium (ananas, banane...) s'il a plus de 4 mois.

4. METHODOLOGIE

4.1. Cadre d'étude

L'étude a été menée dans le CScCom de l'*Hippodrome* situé en commune II du District de Bamako.

4.1.1. Présentation de la commune II [44]

Commune fondatrice de la ville de Bamako, elle a été créée vers le XVe siècle par les Niakate, actuel Niaré, originaire du Kaarta dans le cercle de Nioro du sahel. La commune II a vu le jour à l'instar de toutes les communes du district suite à l'ordonnance N°78-34/CMLN du 18 Août 1978 et la loi N°96-025 du 18 Février 1996 fixant statut spécial du district de Bamako. Elle couvre une superficie de 17 Km² soit 7% de celle du District de (267 Km²), avec une population de 151.120 habitants (données du recensement général de la population e de l'habitat du district de Bamako de 2005) soit une densité de 6.784 habitants au Km².

Du point de vue géographique, la commune II est limitée :

- Au nord par le pied de la colline du point G
- Au sud par le lit du fleuve Niger
- A l'est par le cours du marigot de Korofina (commune I)
- A l'ouest par la commune III

Elle est composée de douze quartiers à savoir : Niaréla, Bagadadji, Bozola, Médina coura, Missira, Zone industrielle, Quinzambougou, Bakaribougou, Bougouba, N'gomi, Téléphone sans fil et Hippodrome.

4.1.2. Présentation du quartier de l'Hippodrome

Notre étude s'est déroulé dans le quartier de l'hippodrome ou encore appelé « millionquin » en Bamanan, initialement appelée N'date Koumana vers 1958 avant de devenir Hippodrome suite à l'installation du champ hippique dans le quartier.

Il a été reconnu officiellement comme un quartier du District de Bamako en 1958 et faisant partie de la commune II.

Le quartier compte plus de 27475 habitants.

Il comporte d'énormes infrastructures et équipements entre autres : un Centre d'Animation Pédagogique (CAP), un groupe scolaire, plusieurs établissements scolaires privés et publics, un Centre de Santé Communautaire (CSCOM, ASACOH), plusieurs services administratifs et institutions internationales (SOTELMA, SHELL MALI, INRSP, la perception de la commune II, de multiples ONG et GIE, des ambassades et consulats à l'instar de ceux du Canada, de la Chine, de la Belgique, d'Iran, de la Mauritanie, de la Palestine, etc.)

4.1.3. Situation du centre de santé communautaire (cscom) de l'ASACOH

L'ASACOH a été créée le 28 janvier 1995 par les populations de l'hippodrome.

Le CSCOM qui est le fruit de l'ASACOH a vu le jour le 25 octobre 1996.

Il est limité :

- Au nord par la rue Bazoumana Ba Sissoko
- Au sud par le marché de l'hippodrome
- A l'est par la rue 291
- A l'ouest par le centre secondaire d'état civil de l'hippodrome

4.1.4. Description du centre de santé communautaire de l'hippodrome

4.1.4.1. Le personnel

Le personnel est constitué de 14 personnes réparties de la manière suivante :

- Un médecin
- Une sage femme
- Un infirmier

- Un gestionnaire du centre
- Quatre aides soignantes/matrones
- Une laborantine
- Une gérante de la pharmacie
- Un manœuvre
- Un aide comptable
- Un gardien

4.1.4.2. L'infrastructure

✓ Dispensaire :

- ◆ Salle de consultation et d'échographie
- ◆ Une salle de soins divisée en deux compartiments dont l'un est allouée aux pansements et l'autre aux injections
- ◆ Une salle de repos
- ◆ Une salle d'analyses médicales

✓ Maternité :

- ◆ Une salle de consultation
- ◆ Une salle de garde
- ◆ Une salle d'accouchement
- ◆ Une suite de couche

- ✓ Un dépôt de médicament
- ✓ Un magasin
- ✓ Bureau de l'agent comptable
- ✓ Une salle pour le gardien
- ✓ Deux toilettes

4.1.4.3. Les activités du CSCCom

Le centre de santé communautaire de l'hippodrome assure un paquet minimum d'activités réparties comme suit :

Activités préventives :

Elles portent sur :

- La vaccination des enfants par les antigènes (Ag) du programme élargie de vaccination (PEV) avant l'âge de un (1) an
- La vaccination des femmes enceintes et celles en âge de procréer par l'anatoxine tétanique.
- Les consultations prénatales
- Les consultations postnatales
- La surveillance préventive des enfants de zéro (0) à vingt-trois mois
- Le suivi régulier des malades chroniques et des sujets à risque .
- La distribution gratuite des moustiquaires imprégnées

Activités curatives :

Elles englobent la prise en charge des affections courantes et/ou endémiques, les références de certains patients.

Activités promotionnelles :

- La planification familiale ;
- L'information, l'éducation et la communication en santé (IECS)
- La promotion des activités d'hygiène et d'assainissement
- La promotion des activités de développement communautaire
- Les démonstrations nutritionnelles.

4.2. Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective qui s'est déroulée du 1er juillet 2008 au 31 décembre 2008.

4.3. Les critères d'inclusion

Nous avons inclus dans notre étude :

-Les patients reçus en consultation entre le 1^{er} juillet 2008 et le 31 décembre 2008.

-Les patients ayant bénéficiés d'un enregistrement complet dans le Centre de Santé.

4.4. Les critères de non-inclusion

Nous avons exclus de notre étude :

-Les patients dont la date de diagnostic n'était pas comprise entre le 1^{er} juillet 2008 et le 31 décembre 2008.

-Les patients dont l'enregistrement n'était pas correctement rempli.

4.5. Support et collecte des données

La collecte des données a été faite à partir d'un questionnaire.

L'enquête s'est déroulée au CSCom de l'Hippodrome. Les questionnaires ont été remplis en utilisant le registre de consultation du CSCom.

4.6. Saisie et Analyse des données

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées avec le logiciel SPSS 17.0

Le traitement de texte et les tableaux ont été réalisés par les logiciels Microsoft Word et Excel 2007.

5. RESULTATS

Tableau I Répartition des patients en fonction de la pathologie

Pathologie	Effectif	Pourcentage
Paludisme	1760	33,05%
Traumatisme	584	10,96%
Bronchite	428	8,03%
Pneumopathie	404	7,58%
Diarrhée	356	6,68%
Autres dermatoses	264	4,9%
Infection génito-urinaire	208	3,90%
Ulcère gastrique	200	3,75%
IRH	192	3,60%
Angine	136	2,55%
Parasitose	136	2,55%
HTA	128	2,4%
Pyodermites	120	2,25%
Otites	96	1,8%
Pathologie obstétricale	80	1,5%
Pathologie oculaire	40	0,75%
Total	5324	100%

Le paludisme dominait avec 33,05% des cas.

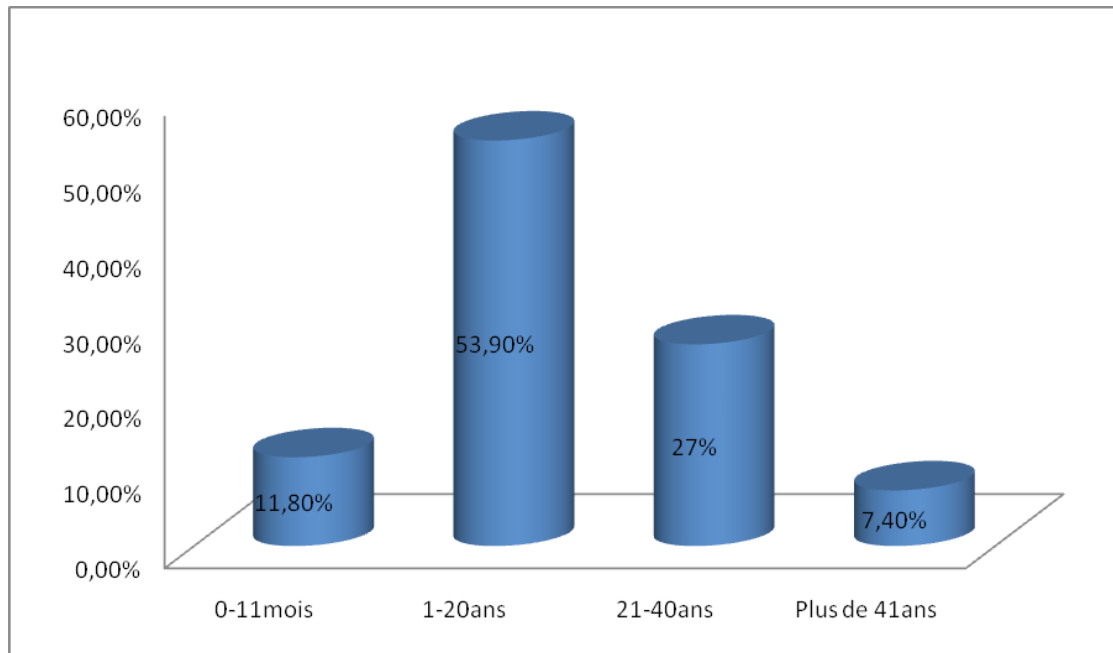


Figure 1 Répartition des patients en fonction de l'âge

Parmi les patients reçus, la tranche d'âge de 1 à 20 ans était la plus représentée soit 53,9%.

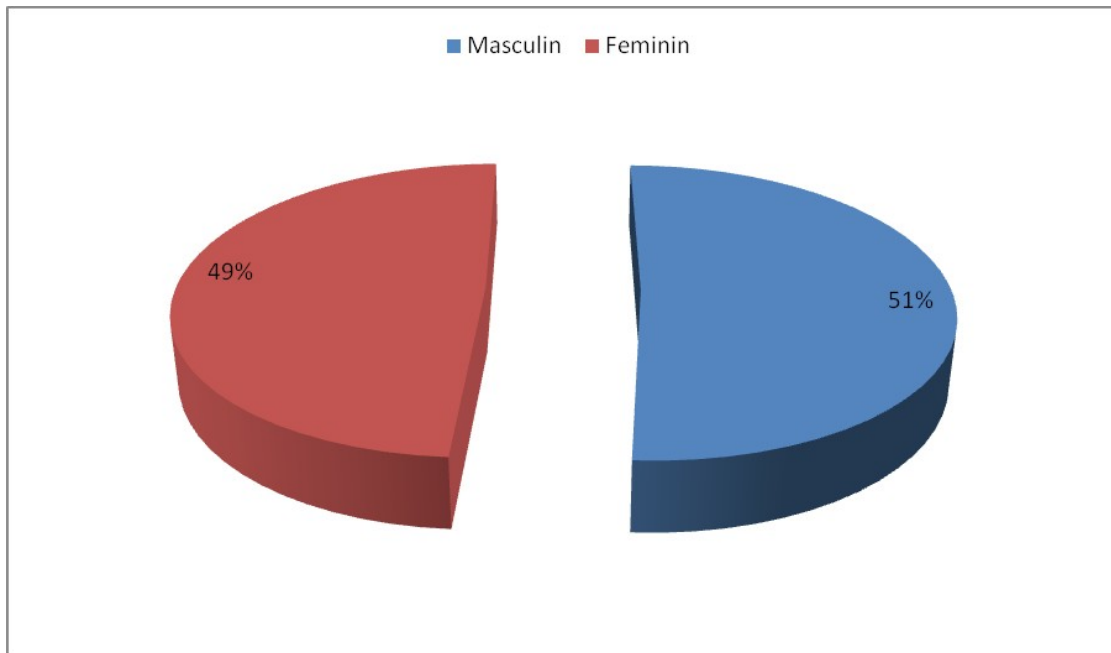


Figure 2 Répartition des patients en fonction du sexe

Le sexe masculin était majoritaire avec 51% dont un sexe ratio de 1,04 en faveur des hommes.

Tableau II Répartition des patients en fonction de l'ethnie

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Bambara	1296	24,3%
Sarakolé	1040	19,5%
Peulh	560	10,5%
Dogon	444	8,3%
Malinké	400	7,5%
Sonrhäi	328	6,2%
Non nationaux	214	4,01%
Minianka	174	3,2
Senoufo	128	2,4%
Kakolo	126	2,3%
Bobo	120	2,3%
Kassonké	115	2,6%
Bozo	114	2,7%
Autres	100	1,8%
Maure	96	1,8%
Somono	69	1,2%
Total	5324	100%

Autres= Tamaschek, Dafing, Samogo

Dans notre étude les Bambara étaient majoritaires soit 24,3%.

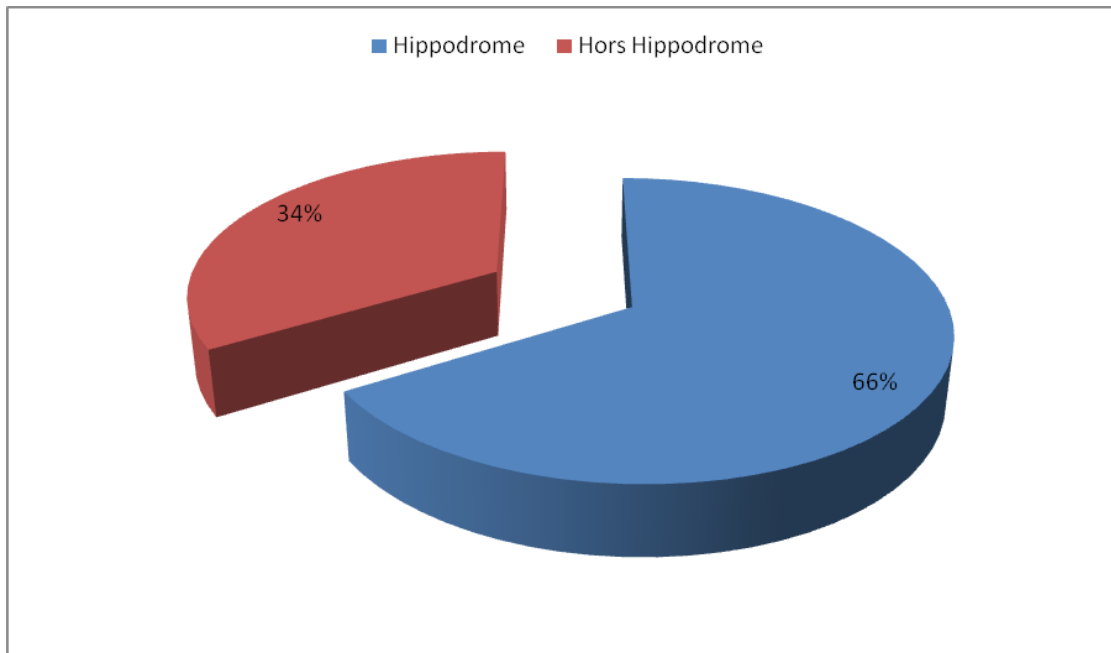


Figure 3 Répartition des patients en fonction de la résidence

66% de nos patients résidaient à l'Hippodrome.

Tableau III Répartition des patients en fonction de la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Enfant non scolarisé	1786	33,54%
Elève /étudiant	1400	26,3%
Ménagères	812	15,3%
Commerçant	352	6,6%
Ouvrier	344	6,5%
Autres	224	2,2%
Fonctionnaire	212	3,9%
Sans profession	142	2,6%
Paysan	52	1%
Total	5324	100%

Autres=Footballeur, chauffeur, serveur, blanchisseur

Dans notre échantillon, 33,54% des patients étaient des enfants non scolarisés.

Tableau IV Répartition des patients en fonction du traitement

Traitement	Effectif	Pourcentage
Antibiotique	4836	90,83%

Antalgique	4569	85,81%
Anti inflammatoire	3673	68,98%
Antipaludéen	2117	39,76%

Les antibiotiques étaient les plus prescrits avec 98,9% des cas.

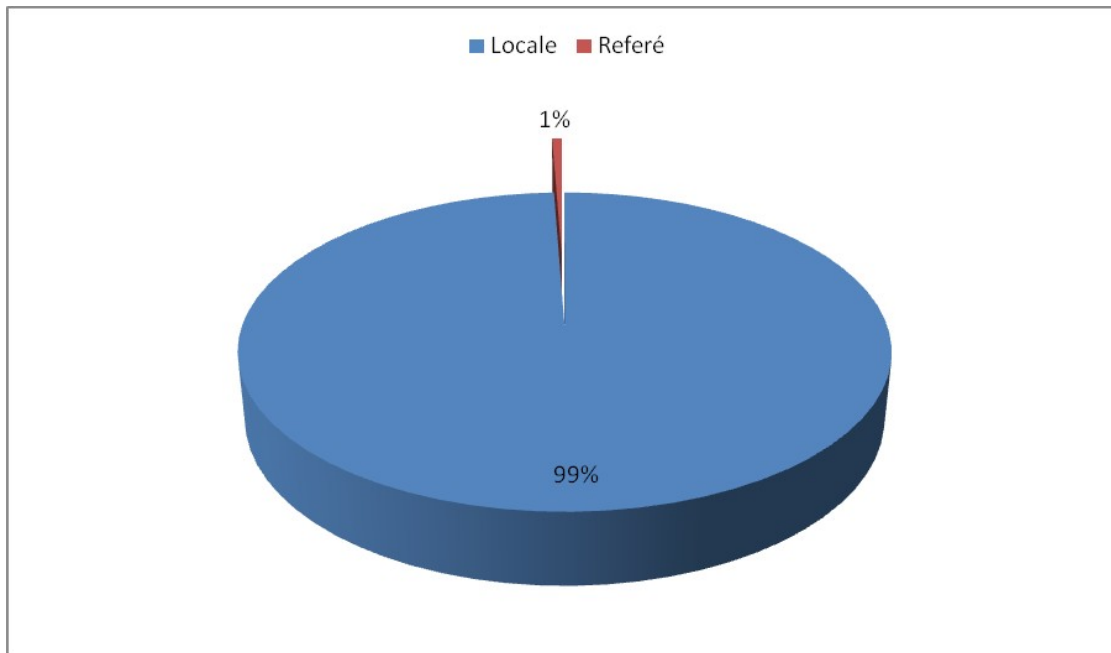


Figure 4 Répartition en fonction de la décision thérapeutique

Dans notre étude, 99% des patients ont été traité au centre de santé.

Tableau V Répartition des patients souffrants de paludisme en fonction de la tranche d'âge

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
0-11mois	56	3,18%

1-20ans	952	54%
21-40ans	608	34,5%
Plus de 41ans	144	8,18%
Total	1760	100%

La tranche d'âge de 1 à 20 ans était la plus atteinte par le paludisme soit 54%.

Tableau VI Répartition des patients souffrants de bronchite en fonction de la tranche d'âge

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
0-11mois	96	22,42%
1-20ans	284	66,35%
21-40ans	48	11,21%
Plus de 41ans	0	0%
Total	428	100%

La tranche d'âge de 1 à 20 ans était la plus touchée par la bronchite avec 66,35%.

Tableau VII Répartition des patients souffrants de pneumopathie en fonction de la tranche d'âge

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
0-11mois	84	20,79%
1-20ans	268	66,33%
21-40ans	36	8,91%
Plus de 41ans	16	3,96%
Total	404	100%

Parmi les cas de pneumopathie, les patients de 1 à 20 ans étaient les plus atteints avec 66,33%.

Tableau VIII Répartition des patients souffrants de diarrhée en fonction de la tranche d'âge

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
0-11mois	164	46,06%
1-20ans	160	44,94%
21-40ans	24	6,74%
Plus de 41ans	8	2,24%
Total	356	100%

La diarrhée touchait majoritairement les enfants de 0 à 11 mois soit 46,06%.

Tableau IX Répartition des patients souffrants de traumatisme en fonction de la tranche d'âge

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
0-11mois	12	2,05%
1-20ans	368	63,01%
21-40ans	168	28,76%
Plus de 41ans	36	6,16%
Total	584	100%

La tranche d'âge de 1 à 20 ans était la plus victime de traumatisme soit 63,01%.

Tableau X Répartition de la tranche d'âge en fonction du sexe

Sexe		
Tranche d'âge	Masculin	Féminin
0-11mois	372	256
1-20ans	1444	1428
21-40ans	704	724
Plus de 41ans	196	200
Total	2716	2608

Dans les deux sexes, la tranche d'âge de 1 à 20 ans était la plus concernée.

6. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

6.1. Pathologie

Plusieurs pathologies étaient rencontrées au CSCom de l'Hippodrome. Le paludisme a été le plus récurrent avec 1760 cas soit 33,05%. Ensuite suivent les traumatismes 10,96%, les bronchites 8,03%, les pneumopathies 7,58%, et la diarrhée 6,68%.

Il en est de même pour **LYSSOM [20]** qui a trouvé dans son échantillon respectivement 38% de cas de paludisme, 14,30% de traumatisme, 5,40% de bronchite et 2,10% de pneumopathie.

6.2. L'âge

Les principales maladies étudiées ont été rencontrées au niveau de presque toutes les tranches d'âges.

Il découle de notre étude que la tranche d'âge la plus concernée a été celle de 1 à 20 ans avec 2872 cas soit 53,9%.

Ce résultat avoisine celui de **LYSSOM [20]** qui a trouvé dans son étude que la tranche d'âge de 1 à 20 ans était majoritaire avec 44,9% des cas

NDJOMGANG [21] quant à elle a trouvé une prédominance des patients de 15 à 25ans avec 25% des cas.

-Notre étude nous a permis de montrer que la tranche d'âge de 1 à 20 ans est la plus atteinte par le paludisme : 54%; ce qui rejoint les résultats de **LYSSOM [20]** qui a montré dans son étude que la tranche d'âge la plus représentée dans l'atteinte paludique a été celle supérieure à 5 ans soit 44,26 %.

De l'étude de **KOLI [22]** la tranche d'âge la plus touchée par le paludisme a été celle supérieure à 17 ans soit 49,70%.

Il ressort également de l'étude de **DJEUMEN [23]** que les adolescents et les jeunes adultes semblaient être la classe la plus atteinte par le paludisme avec 50,7%.

Contrairement à nos résultats, **H Aidara [24]** a montré dans son étude que la tranche d'âge de 0 à 15 ans est la plus touchée par le paludisme avec 22,8%.

Il en est de même pour **SISSOKO [25]** qui a trouvé que l'âge le plus représenté dans l'atteinte paludique était supérieur à 35 ans, soit 51 %.

Quant à **DIABATE [26]**, il a trouvé dans son étude que la tranche d'âge de 21 à 51 ans soit 46,1 % de son échantillon était la plus représentée.

-En ce qui concerne les diarrhées, il ressort de notre étude que la tranche d'âge de 0 à 11 mois a été la plus représentée avec 46,06% ; ce qui rejoint les résultats de **LYSSOM [20]**, de **FOFANA [27]** et de **DOUMBIA [28]** qui ont trouvé que la tranche d'âge de 0 à 11 mois soit respectivement 58,44% , 45% et 43% était la plus représentée.

DIALLO [29] a montré dans son étude que la diarrhée atteint la plupart du temps les tous jeunes enfants ; 62,65% ont moins d'un (1) an ce qui rejoint également nos résultats.

Contrairement à nos résultats **DIAGNE et Al. [30]** ont montré que 93% des enfants atteints de maladies diarrhéiques ont moins de 3 ans.

CRUZ et Al. [31] qui ont trouvé que la diarrhée est la plus fréquente entre 12 et 17 mois comme **KANKI et Al [32]** ; **DUBOZ et Al [33]**

Ces âges de forte prévalence sont aussi les âges auxquels les enfants commencent à recevoir des aliments autres que le lait maternel et à être sevrés. Ils correspondent aussi aux âges auxquels les enfants commencent à explorer leur environnement et sont, de ce fait d'avantage exposés à la contamination par des agents pathogènes.

-Pour ce qui est des bronchites, nos résultats révèlent que la tranche d'âge de 1 à 20 ans était la plus concernée avec 66,35% des cas. Ils sont semblables à ceux de **LYSSOM [20]** selon qui les patients de 1 à 20ans représentaient 43,62% de cas de bronchite.

-Concernant les pneumopathies, elles ont représentées 66,33% des cas dans la tranche compris entre de 1 et 20 ans.

-Quant aux traumatismes, il ressort de notre étude que la tranche d'âge la plus représentée est celle de 1 à 20 ans soit 63,01%. Il en est de même pour **LYSSOM [20]** chez qui cette tranche d'âge représentait 57,60%. La forte fréquence de cette tranche d'âge s'expliquerait par le fait qu'elle représente la couche la plus active de la population.

BATISTA de OLIVEIRA et Coll. [34] du Brésil ont montré que la tranche d'âge de 14 à 32 ans est la plus représentée soit 71,4% pour ce qui est des A.V.P. **PANG et Coll. [35]** en Malaisie trouvent des taux autant élevés.

Par contre, **BAPA [36]** a montré que la tranche d'âge de 21 à 30 ans a été la plus concernée par les A.V.P avec 82 cas soit 26,5%

ICHIKAWA et Coll. [37] en Thaïlande ont montré que la tranche d'âge de 20 à 29 ans est la plus représentée avec 38,7%. Ces écarts avec nos chiffres s'expliquent par la taille de notre échantillon.

Par rapport aux coups et blessures volontaires : **DJIBRILLAH [38]** a retrouvé dans les mêmes proportions une tranche d'âge comprise entre 10 et 30 ans.

DIOP [39] en 1991 les situe entre 11 et 20 ans.

Contrairement à nos résultats, **YAMADOU [40]** a trouvé que la tranche d'âge de 21 à 40 ans est la plus sujette aux C.B.V où elle représente 67,57% avec un âge médian de 30,5 ans. De même que **DIALLO [41]** qui a trouvé une prépondérance des C.B.V dans la tranche d'âge de 25 à 35 ans.

KOROBELINIK [42] a retrouvé en France une moyenne d'âge de 28 ans.

6.3. Le sexe

Nous avons trouvé une prédominance du sexe masculin 51%, avec un sexe ratio de 1,04 en faveur des hommes. Nos résultats sont superposables à ceux de **LYSSOM [20]** qui dans a trouvé un sexe ratio de 1,12 en faveur des hommes.

DIABATE [26] a noté dans son étude une prédominance masculine avec 55 cas soit 60,45%.

Contrairement à nos résultats, **KOLI [22]** a trouvé que le sexe féminin prédomine avec un sexe ratio de 1,13 en faveur des femmes.

Il ressort également de l'étude de **KANTE [43]** une prédominance féminine de 59,19% avec un sexe ratio de 1,45 en faveur du sexe féminin.

DJEUMEN [23] a trouvé 62% de femmes sur 115 malades, de même que **COULIBALY** qui a trouvé 56,7% de femmes contre 43,3% d'hommes.

6.4. L'ethnie

Les ethnies les plus représentées étaient : les Bambara dans 24,3% des cas et les Sarakolé dans 19,5% des cas. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les Bambara constituent l'ethnie majoritaire au Mali.

Ce classique prédominant des 2 ethnies avait aussi été trouvé par **LYSSOM [20]**

6.5. Lieu de résidence

Nous avons constaté que 66,33% des malades résident dans l'aire de santé.

Ces chiffres avoisinent ceux de **DJOMGANG [21]** qui trouve 78% des patients résidant dans l'aire de santé.

Les résultats de **KOLI [22]** montrent que 90,24% des cas se trouvent dans l'aire de santé contre 9,78% qui se trouvent hors aire.

De même que **KANTE [43]** qui a montré que 81% des cas se trouvent dans l'aire de santé contre 19% hors aire.

6.6. La profession

Le mode de vie et l'activité ont une influence sur la morbidité ; ainsi les enfants non scolarisés ont constitué la majorité de notre échantillon soit 33,54%.

LYSSOM [20] a trouvé des résultats similaires soit 32,11% de patients sans emploi.

6.7. Thérapeutique

Du point de vue traitement, 99% de nos malades ont été pris en charge dans le centre de santé.

Selon la politique du CSCom, les patients ont reçu un traitement principalement en fonction du stock que dispose le centre.

Les antibiotiques ont été les plus prescrits : 90,83%, suivis des antalgiques 85,81%.

7. CONCLUSION

Cette étude de type rétrospective qui s'est déroulée du 1^{er} juillet 2008 au 31 décembre 2008 au CSCom de l'Hippodrome a permis d'arriver à la conclusion suivante :

Les pathologies rencontrées (paludisme ; traumatisme ; bronchite ; pneumopathie ; diarrhée) touchaient toutes les tranches d'âge et classes sociales de la population. La prédominance du sexe masculin a été de règle 2716 cas soit 51% et la tranche d'âge de 1 à 20 ans la plus atteinte.

Les enfants non scolarisés, suivis des élèves et des étudiants ont constitué les groupes socio professionnels les plus concernés.

Le paludisme vient en 1^{ère} position des affections rencontrées au CSCoM de l'Hippodrome (33,05%), suivi des traumatismes (10,96%), ensuite de la bronchite (8,03%), puis des pneumopathies (7,58%), et enfin la diarrhée (6,68%).

Seulement 1% des patients reçus ont été référés vers les autres structures d'échelon supérieur

Les antibiotiques (98,9%), les antalgiques (85,81%) étaient des classes thérapeutiques les plus prescrites.

Ceci nous a permis de conclure que le paludisme reste toujours un problème de Santé publique car il apparaît de loin en première ligne des affections rencontrées, atteint toutes les couches sociales et sa prise en charge connaît encore quelques difficultés.

8. RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude, les recommandations suivantes seront proposées et s'adresseront :

Aux autorités administratives :

- Prendre les mesures pour réduire le nombre d'accident de la route et faire appliquer les lois rendant obligatoire le port de casque homologué pour les cyclistes et les utilisateurs de deux roues motorisées ;

-Lutter contre le péril fécal.

-Recycler le personnel sanitaire pour une meilleure prise en charge des pathologies rencontrées ;

- Sensibiliser la population sur les phénomènes de violences corporelles et les conséquences socio-économiques que ceux-ci engendrent ;
- Equiper les laboratoires des Centres de Santé Communautaire des matériels permettant d'effectuer toutes analyses de routine ;
- Assurer la disponibilité des médicaments dans les officines.

Aux personnels de santé :

- Animer les séances d'Information d'Education et de Communication en matière de prise en charge dans le but d'améliorer les mesures préventives
- Mettre en place des équipes pluridisciplinaires fonctionnant à plein temps afin d'améliorer la prise en charge des patients ;
- Réduire le risque de chronicité de la maladie en améliorant les conditions de survie des malades en milieu hospitalier ou à domicile ;

Aux patients :

- Accentuer la lutte contre le paludisme en supprimant des potentiels gîtes larvaires, par l'utilisation des moustiquaires et rideaux imprégnés, en éloignant autant que possible les champs de cultures des habitations humaines.
- Respecter scrupuleusement les mesures de prévention routière
- Observer correctement le traitement prescrit par le personnel de santé ;
- En cas d'épisode diarrhéique, de fièvre, de céphalées, de courbatures, de douleurs abdominales, d'encombrement bronchique à la maison, faire une consultation dans le centre de santé le plus proche.

9. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] MODULE DE FORMATION :

Prise en charge du paludisme au niveau du District. Avril, 2001.

[2] O GILHODES/ J. IGUAL.

Collection internat, préparation au concours.

Pneumologie ed, ellipses

[3] MURRAY CJL et coll.

health; The Global Burden of Disease : a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Boston, MA (USA) Havard School of public 1996.

[4] TOURE BOKAR et al.

Un autofinancement intégral des centres de Santé Communautaires est-il possible? Etude du cas de l'ASACONIA.

Document photocopié Bamako, 1995, pages 1 à 17.

[5] GOODMAN CA, COLEMAN PC, MILLS AJ.

Cost-effectiveness of malaria control in sub-Saharan Africa.

Lancet, 1999, 354:378-385.

[6] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.

Faire reculer le paludisme. Un partenariat mondial.

Genève,

(<http://www.who.int/rbm/about.html>)

[7] AMSTRONG-SCHELLENBERG JRM et al.

What is clinical malaria? Finding case definitions for field research in highly endemic areas.

Parasitology Today, 1994, 10 : 439-442.

[8] BRUCE – CHAWTT LJ.

Essential malariology.

Londres, Heinemann, 1985.

[9] ANNOLFEL :

“Parasitologie Mycologie” 1ere édition.

Format utile ; Paris 96-97.

[10] PNLP : « Politique Nationale de Lutte contre le Paludisme »

Bamako, 2005.

[11] TSOBGNY E.B.

Prise en charge du paludisme grave et compliqué en unité de soins intensifs.

Thèse, médecine, 2001 ; 35.

[12] DIARRA A .

Approche épidémiologique des accidents de la route à propos de 322 cas reçus au service des urgences chirurgicales de l'H.G.T juillet à décembre 2001.

Thèse médecine. Bamako 2003 ; n°1

[13] COULIBALY A.N.

Incidence socio économique des Accidents de la Voie Publique évacués sur l'H.G.T (octobre 1988 - septembre 1989)

Thèse médecine. Bamako, 1989 ; n°5

[14] SANOGO A.

Approche épidémiologique des Accidents de la Voie Publique dans le district de Bamako.

Bilan de 5 ans d'observation 94 – 98 .

Thèse médecine. Bamako 2001 ; n°33

[15] TEBERE N.

Problème posé par les accidents de la route à Yaoundé au Cameroun

Médecine Afrique noire langue française 1977.

[16] DIAWARA S

Etude épidémiologique-clinique des accidents mortels de la voie publique dans le District de Bamako à propos de 183 cas reçus dans le service de chirurgie orthopédique et traumatologique de l'H.G.T. octobre 2001- septembre 2002.

Thèse médecine. Bamako 2003 ; n°89

[17] SALEH TUMEH D.

Treatment of multiresistant *Salmonella typhi* with intravenous ciprofloxacin

The Pediatric Infectious Disease journal .

[18] PIERRE G, SERGE H, JEAN CHARLES P.

Fièvre typhoïde.

Traité de médecine ; 4^e ed P 1756.

[19] PERELMAN CLAIRE D et al.

Infection à *Salmonella* – Salmonelloses.

Pédiatrie pratique II – Maladies infectieuses :

1325 – 1338

[20] NGO LISSOM REBECCA MARLYSE

Fréquence des maladies rencontrées au CSCom de COULOUBA

Thèse de médecine, Bamako 2007

[21] NDJOMGANG YOLANDE

Évaluation de la qualité des soins au CSCom de l'Hippodrome

Thèse de Médecine, Bamako 2008

[22] KOLI DOUKOU L.A .

«Prévalence des consultations du paludisme au CSCOM de Koulouba »

Thèse pharmacie, Bamako, 2006.

[23] DJEUMEN NANA M.A .

« Aspect socio démographique et clinique du paludisme, de la fièvre typhoïde dans un CSCOM de Bamako »

Thèse médecine, Bamako, 2005.

[24] HAIDARA A.Y .

« Place du paludisme dans les syndromes fébriles en médecine interne à l'hôpital du Point- G »

Thèse médecine, Bamako, 1989.

[25] CHEICK HAMALA SISSOKO .

Paludisme sévère et compliqué chez l'adulte au courant de l'année 2003 au service de réanimation de l'Hôpital Gabriel Touré.

Thèse médecine, Bamako, 2005

[26] KONIBA DIABATE .

« Fréquence et modalités de prise en charge du paludisme grave et compliqué (Intérêt de l'Optimal I T dans le diagnostic du paludisme) en unité de soins intensifs de l'Hôpital National du Point G.

Thèse médecine, Bamako, 2004.

[27] ADAMA FOFANA.

« Connaissances, attitudes et pratiques des mères faces aux maladies diarrhéiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le service de Pédiatrie de l'Hôpital Gabriel Touré.

Thèse médecine, Bamako, 2004.

[28] DOUMBIA M.N.

« Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant dans le service de Pédiatrie de l'Hôpital Gabriel Touré.

Thèse med, Bamako, 2001, 119.

[29] Madame FATOUMATA DIALLO.

Etude de l'utilisation de la réhydratation orale dans le poste de référence du Centre d'Application en Santé Familiale et Nutritionnelle.

Thèse médecine, Bamako, 1988.

[30] DIAGNE J ,CAMARA B, DIOUF S et al.

Diarrhées infantiles en pratiques hospitalière. L'expérience du Service de Pédiatrie du CHU de Dakar.

Médecine Afrique Noire 1993 ; 40, 5 : 349-353.

[31] CRUZ J R, BARTLETT A V, MENDEZH et al.

Epidémiologie de la diarrhée persistante chez les enfants du Guatemala rural.

Acta pédiatric(suppl.) 1992 ; 381 : 22-26.

[32] KANKI B, CURTIS V, MERTEUS th, TRAORE E, COUSENS S, TALL Fr,"et al".

Des croyances aux comportements : diarrhée et pratiques d'hygiène au Burkina-Faso.

Cahier Santé 1994 ; 4 : 359-66.

[33] DUBOZ P, LAFRANCE N, VAUGELADE J, SANKARA M .

Maladies diarrhéiques chez les enfants de 0 à 4 ans et attitudes des mères concernant ces maladies et la technique de réhydratation orale.

Ouagadougou, UNICEF , 1988 : 19-193 .

[34] BATISTA D.O et coll.

Injury Diagnosis quality of life among motorcyclists, victims of traffic accidents at Maringera(Brazil)

Revue latino-américaine Enfermagen 2003, Novembre-décembre, 11(6) : 749-756

[35] PANG Y. et coll.

Accidents characteristics of injured motorcyclists in Malaysia

Med. J Malaysia. Vol 55 n°1, March 2000

[36] BAPA EMILIA SOPHIE

Etude Epidemio-clinique des Accidents de la Voie Publique lies aux engins à deux roues au service de chirurgie orthopédique et traumatologique de l'Hôpital Gabriel Touré de janvier à juin 2003

Thèse médecine, Bamako, 2004.

[37] ICHIKAWA M et coll.

Effect of the helmet act for motorcyclists in Thailand, Accident analysis and prevention 35 (2003) p 183-189,

www.elsevier.com/locate/ap

[38] KHANTE DJIBRILLAH

Etude médico-légale des coups et blessures volontaires dans le Service de traumatologie-orthopédique(HGT).1999-2000,

106 ;(01M23) : 39

[39] DIOP S.M

Coups et blessures volontaires par arme blanche au Sénégal.

Thèse méd, Dakar, 1991 ; 16 P 10.

[40] BOMOU YAMADOU

Coups et blessures graves

Aspect épidémiologique et clinique dans le service des urgences chirurgicales de l'Hôpital Gabriel Touré au Mali.

Thèse médecine, Bamako, 2006.

[41] DIALLO. O

Epidémiologie des coups et blessures au CHU Gabriel Touré

1996-1997 ; 214 ; (98M34) : 32

**[42] KOROBELNIK J.K. , CETIXEL B. , FRAU E. , CHAUVAUD D. ,
POULIQUEN Y.**

Lésions oculaires par pistolets à grenailles : Etude épidémiologique de 160 patients.

Journal Français d'Ophtalmologie 1993 ; 16 ; (8-9) : 453-457

[43] ADAMA KANTE

Paludisme grave et compliqué chez l'adulte au CSCOM de N'Tominkorobougou

Thèse médecine, Bamako, 2005.

**[44] SYNOPTIQUE DE PRESENTATION DE LA COMMUNE II ET
DE SA MAIRIE**

FICHE D'ENQUETE

N° fiche

Nom et prénom :

Résidence : /_ /

1=Hippodrome 2=Hors hippodrome

Sexe : /_ /

1=Masculin 2=Féminin

Age: /_ /

1= [0-11mois] 2= [6ans-20ans] 3= [21ans-40ans] 4=plus de 40ans

Ethnie : /_ /

1=Bambara 2=Sarakolé 3=Dogon 4=Malinké 5=Bobo 6=Peulh 7=Tamashek

8=Bozo 9=Sonrhaï 10=Senoufo 11=Maure 12=Autres :

Profession / _ /

1=Commerçant 2=fonctionnaire 3=Paysan 4=Ouvrier 5=Elève /Etudiant

6=Sans profession 8=Ménagère 9=Enfant non scolarisé 10=Autres

Traitement médical /__ /

1=Antibiotique 2=antipaludéens 3=antalgique 4=Autres

Diagnostic /_ /

1=Paludisme 2=Diarrhée 3=Bronchite 4=pneumopathie 5=Traumatisme

6= Autres

Décision thérapeutique /_ /

1=Locale 2=Référence

FICHE SIGNALÉTIQUE

NOM : MOUGANG NGONGANG

PRENOM : Eliane

TITRE : FREQUENCE DES PATHOLOGIES RENCONTREES AU CSCom
DE L'HIPPODROME

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odontostomatologie de Bamako

PAYS D'ORIGINE : Cameroun

PERIODE D'ETUDE : 1^{er} juillet 2008 - 31 décembre 2008

SECTEUR D'INTERET : Santé publique

VILLE/PAYS DE SOUTENANCE : Bamako /Mali

RESUME :

Nous avons mené une étude rétrospective couvrant la période du 1^{er} juillet 2008 au 31 décembre 2008 au CSCom de l'Hippodrome.

Cette étude avait pour but d'étudier la fréquence des pathologies rencontrées au centre de santé dans la charge de travail du CSCom. Cette étude a concerné 5324 malades dont 1760 consultés pour paludisme, soit 30,05% ; 584 consultés pour traumatismes, soit 10,96% ; 428 consultés pour bronchite, soit 8,03% ; 404 consultés pour pneumopathies, soit 7,58% et 356 consultés pour diarrhées soit 6,68%.

On a pu noter et une prédominance masculine avec un sexe ratio de 1,04 et un taux élevé de patient dans la tranche d'âge de 1 à 20 ans (53,9%)

Au cours de cette étude, nous avons observé que les enfants non scolarisés étaient les plus touchés (33,54%)

Mots clés : Pathologies rencontrées, CSCom Hyppodrome

SERMENT D'HIPOCRATE

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

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

Admise 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.

Respectueuse et reconnaissante 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 couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

JE LE JURE!