

Connaissances, attitudes et pratiques des mères et diagnostic du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT

REPUBLIQUE DU MALI

SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE

UN PEUPLE- UN BUT- UNE FOI

SCIENTIFIQUE



UNIVERSITE DE BAMAKO

THÈSE

ANNEE 2010 - 2011

THESE

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES MÈRES ET
DIAGNOSTIC DU PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE 0 à 5 ANS
DANS LE CENTRE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE
DE NIARELA (BONIABA) DISTRICT DE BAMAKO.

N°°

*Présentée et soutenue publiquement le 26 /02 /2011 devant
la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie*

Par

Monsieur Issa Kéké Déké KONE

Pour obtenir le grade de docteur en Médecine (DIPLOME D'ETAT)

JURY

Président : Pr Sékou Fantamady TRAORE

Membre : Mr Samba DIARRA

Co-directeur: Dr Mamadou CISSOUMA

Thèse de médecine

Issa Kéké Déké KONE

Directeur: Pr Samba DIOP

DEDICACES

-A Dieu le Père très saint et tout-puissant, par le Christ et l'Esprit-saint qui m'a conduit à l'accomplissement de ce travail, je te rends gloire et t'offre moi-même ; fait que le résultat de ce travail soit pour moi une arme d'amour pour mon prochain.

-A mon père Kékédéké : Cher papa voici le moment venu pour que s'accomplisse ta parole. Réjouis toi de ton courage, c'est l'heure de ta joie. Je sais que tu es très heureux, dans l'allégresse. Ton amour pour moi est sans fin. Je t'aime moi aussi. Puisse DIEU le tout puissant t'accorder une longue vie pleine de santé. Merci papa.

-A ma mère Patouma DIARRA : Très chère maman ce travail est le fruit de ton amour inestimable pour moi. Tendre maman je te garde à l'esprit pour toujours. Que Dieu te bénisse et accorde longue vie.

-A mes frères : Akim, Kizito et Bazourou Charles qu'il est bon pour des frères d'être ensemble (psaume 133). **Grand Frère**, tu as toujours été pour moi un modèle dans la vie. Depuis mon bas âge j'ai toujours en l'esprit de devenir comme toi. Merci de ton dévouement à mon égard ; Ce vœu ci cher « être Médecin »te revient !

-A mes sœurs Sama, Jasso, Gnoubouéré Cathérine, Marie Jeanne : Votre amour, votre générosité, votre modestie et votre soutien ne m'ont jamais manqués. Doxologie à Dieu pour cette unité !

-A la femme de mon frère Aimée Dembélé : tous mes remerciements.

-A la mémoire de mes grand-mères : que votre prière s'accomplisse pour moi ! Dormez en paix.

-A la mémoire de Paul Dégrange et sa femme ; que Dieu vous accueille dans sa maison. Dormez en paix.

remerciements

-**A mon tuteur Mohamed Maïga** : tu es pour moi un frère. Tu m'as toujours soutenu. Merci pour toute l'aide que vous m'avez apportée pour l'accomplissement de ce présent travail.

-**A Bazin DEMBELE et sa famille** : Je suis devenu votre fils. Merci infiniment !

-**A mes oncles et tantes** : merci pour tous vos soutiens.

-**A mes**

cousins et cousines : merci pour tous vos soutiens ; surtout à Madoubé Josué KONE.

-**A mes amis et camarades Koniba DIASSANA, Amadou BA , Marie René DAKOUO, Mamadou Sylvain KOÏTA, Oumar TANGARA, Yiliba DIARRA, Sékou kéita, Moussa GOÏTA, Elie DIOMA, Yacoro DIARRA, Toukani David THERA, Sirima TRAORE, Siaka GOÏTA, Bakary COULILY, Koniba COULIBALY, Karamoko COULIBALY, Souleymane DEMBELE , Saliabé Habib DIARRA Dami David DIARRA, Alimatou ZEBRE et tous les autres amis** : Que notre amitié soit comme un arbre planté au bord d'une source d'eau qui ne perd jamais son feuillage. **A**

toi ma chérie : tu es un don de Dieu pour moi, entrée dans ma vie, tu es source de joie. J'ai nommé **Dr Caroline KONE**. Je te demande courage pour les études.

A ma belle famille : je suis fier de vous pour le respect et la confiance que vous m'aviez placé en m'offrant la main de votre fille. Que Dieu vous accorde longue vie. **A mes Belles-sœurs et Beaux-frères**: trouvez ici l'expression de mon affection, de mon respect et toute ma reconnaissance. Vous m'avez donné plus que je ne mérite.

A tout le personnel du C SCOM de BONIABA : plus particulièrement nos très chères sages femmes, les infirmiers, le laborantin et tous les autres. Merci pour l'enseignement dont nous avons bénéficié auprès de vous.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et président du jury Pr. Sékou Fatamady TRAORE **-PhD en Entomologie médicale**
en Entomologie médicale à la FMPOS **-Maitre de conférence**
d'Entomologie du MRTC/FMPOS **-Directeur du Département**
la FMPOS **-Enseignant de biologie cellulaire à**
- 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

Thèse de médecine
Issa Kéké Déké KONE

Connaissances, attitudes et pratiques des mères et diagnostic du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans

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 : Samba DIARRA

-Diplômé en sociologie

-Auxiliaire de recherche en sociologie de la santé

en santé publique à la FMPOS.

Cher Maître ;

Nous vous remercions de la confiance que vous nous avez faite en acceptant de juger ce Travail. Votre simplicité, votre abord facile, votre rigueur dans le travail, vos qualités d'homme de science font de vous un maître exemplaire.

Recevez cher maître, l'expression de notre profond respect.

A notre maître Docteur Mamadou CISSOUMA médecin chef du centre de santé de BONIABA et Co-directeur de thèse

Cher maître

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de codiriger ce travail.

Votre sens élevé de l'enseignement, votre rigueur scientifique, votre disponibilité permanente et vos qualités humaines et intellectuelles remarquables forcent notre admiration.

Soyez rassurer, Cher maître, de notre reconnaissance infinie pour tout ce que nous avons appris a vos cotés.

Thèse de médecine

Issa Kéké Déké KONE

Connaissances, attitudes et pratiques des mères et diagnostic du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans

**A notre maître et Directeur de thèse le Professeur Samba Diop
chercheur en anthropologie médicale.**

-Enseignant

-Spécialiste en écologie humaine ,anthropologie ,bioéthique et éthique de santé publique.

**-Responsable du cours « Ethique et Sciences » au DEA d'anthropologie, ISFRA,
Université de Bamako.**

-Responsable de la section

« Sciences humaines ; sociales et bioéthique » de SEREFO,VIH et TB / FMPOS-NAD.

**-Responsable du réseau « Chantier jeune » à la FMPOS/ ISFRA- Université de Bamako/
laboratoire de démographie-Université Genève (suisse).**

-Membre du comité d'éthique de la FMPOS.

Cher maître

Nous ne saurions jamais vous témoigner avec exactitude ce que nous ressentons. Nous avons été témoins des qualités exceptionnelles d'un homme modeste, simple, mais rigoureux, soucieux de notre bonne formation, du travail bien fait et aussi en quête permanente de la perfection. Aussi nous avons été émerveillés par vos conseils si précieux ainsi que votre appui constant. Nous prions l'Éternel qu'il vous donne longue vie.



I-INTRODUCTION9

SOMMAIRES

I-1-Intérêt10

II- OBJECTIFS DE L'ETUDE.....14

II-1- Objectif général.....15

II-2- Objectifs spécifiques.....15

III- CADRE THEORIQUE.....16

III-1-Définition.....17

Thèse de médecine

Issa Kéké Déké KONE

Connaissances, attitudes et pratiques des mères et diagnostic du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans

III-2- Historique.....	17
III-3 -Agent pathogène.....	19
III-4- physiopathologie.....	19
III-5 - Prise en charge du paludisme simple.....	21
III-5-1- Diagnostique du paludisme simple.....	21
III-6- Moyens.....	22
III-7- Traitement	22
III-8- Prise en charge des cas du paludisme grave et compliqué...25	
IV- METHODOLOGIE.....	28
IV-1- Cadre d'étude.....	29
IV-2-Lieu d'étude.....	29
IV-3 Type d'étude.....	30
IV-4-Période d'étude.....	30
IV-5-Population d'étude.....	30
IV-6-Critères d'inclusion.....	30
IV-7-Critères de non inclusion.....	30
IV-8-Déroulement de l'étude.....	31
IV-9-Problèmes d'éthique.....	31
V-RESULTATS.....	33
VI-COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	54
VII- CONCLUSION-RECOMMANDATIONS.....	63
VIII- BIBLIOGRAPHIE.....	66
IX- FICHE D'ENQUETE.....	70

Thèse de médecine

Issa Kéké Déké KONE

LISTE DES ABREVIATIONS

ASACO : Association de Santé Communautaire
Degrés Celsius

Connaissances, Attitudes, Pratiques

CIVD : Coagulation Intra-Vasculaire Disséminée
Centre de Santé Communautaire
de Référence

d'Epidémiologie et des Affections Parasitaires

F+ : Fièvre $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$

Médecine de Pharmacie et D'Odontostomatologie

GE- : Goutte Epaisse Négative

GE+ : Goutte Epaisse Positive

IM : Intramusculaire

directe

Mg/kg : Milligramme par Kilogramme

MI : millilitre

Research and Training Center (MRTC).

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

falciparum : Plasmodium falciparum

$^{\circ}\text{C}$:

CAP :

CSCOM :

CSRéf : Centre de Santé

DEAP : Département

F- : Fièvre $\leq 37,5^{\circ}\text{C}$

FMPOS : Faculté de

GE : Goutte Epaisse

IVD : Intraveineuse

IVL : Intra veineuse lente

MRTC : Malaria

P.

P. malariae :

Thèse de médecine

Issa Kéké Déké KONE

Connaissances, attitudes et pratiques des mères et diagnostic du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans

Plasmodium malariae

P. vivax : *Plasmodium vivax*

Programme National de Lutte contre le Paludisme

Populaire du Mali

International Children Emergency Fund

Sérologie de Widal Félix négative

Sérologie de Widal Félix positive

P.ovale : *Plasmodium ovale*

PNLP :

PPM : Pharmacie

UNICEF : United Nations

W- :

W+ :

Thèse de médecine

Issa Kéké Déké KONE

I-INTRODUCTION

Le paludisme est une maladie très ancienne et on pense que l'homme préhistorique a du en souffrir. La maladie est probablement originaire d'Afrique et a suivi les migrations humaines vers les côtes de la méditerranée, jusqu'en Inde et en Asie du Sud-est. Dans le passé, le paludisme était fréquent dans les marais Pontins, autour de Rome et son nom a été tiré de l'italien malaria = mauvais air. Il était aussi connu sous le nom de fièvre romaine.

I.1-Intérêt

Le paludisme sévit dans la ceinture de pauvreté du monde et représente la maladie parasitaire la plus répandue dans le monde. D'après les estimations de l'OMS, un enfant africain meurt toutes les 30 secondes de paludisme [18]. La maladie entrave également la scolarisation et le développement social des enfants. Il est cause des atteintes neurologiques permanentes et autres conséquences des accès palustres graves. Elle a un impact direct sur les ressources humaines futures de l'Afrique [2]. Le paludisme constitue de nos jours un problème majeur de santé publique dans les pays en voie de développement. Environ 2,4 milliards de personnes y sont exposées soit 40% de la population mondiale. Le paludisme est endémique dans 103 pays et territoires dont 45 se trouvent en Afrique. Selon l'OMS on note 300 à 500 millions de cas de paludisme par an et 1,5 à 2,7 millions de décès avec un coût direct de plus d'un milliard 800 millions us [3]. Selon l'OMS, plus de 2 milliards de personnes sont exposées à l'infection palustre, soit 30% de la population mondiale et environ 112 millions de cas de paludisme par an. On estime à 1 décès par paludisme toutes les 20 à 25 secondes dans le monde [4].

Connaissances, attitudes et pratiques des mères et diagnostic du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans

En Afrique, 4 millions de bébés meurent par an au cours des 4 premières semaines de vie, 10000 par jour, 450 toutes les heures [14]. L'Afrique sub-saharienne avec ses 530 millions d'habitants, est la région où le taux d'infection est le plus élevé avec plus de 90% de cas. Le paludisme tue au moins 1 million de personnes par an. La proportion de porteuse asymptomatique du plasmodium est de 275 millions de personnes dans cette zone d'endémie (Curtis, 1996). Il est estimé que 4 enfants africains meurent du paludisme toutes les minutes et les spécialistes estiment qu'en l'absence de stratégies efficaces d'intervention contre le paludisme, le nombre de cas d'accès palustre va doubler durant les 20 prochaines années [5].

Le Plasmodium falciparum, l'agent pathogène le plus redoutable est responsable d'environ 14 à 20% de la mortalité infanto-juvénile en Afrique de l'Ouest [6].

Au Mali le paludisme tue à lui seul chaque année 1 à 2 millions de personnes notamment les enfants de 0 à 5 ans et les femmes enceintes : 80 à 90% sont porteurs de plasmodium pendant la saison des pluies [Programme National de Lutte contre le Paludisme/Département d'Epidémiologie et des Affections Parasitaires (PNLP/DEAP)]. Il serait responsable d'une invalidité temporaire de 3,5 jours par personne et par an [19]. Il représente également la première cause des convulsions fébriles de l'enfant et du nourrisson soit 49,07% en milieu pédiatrique bamakois [7].

I.2- Faciès épidémiologiques de transmission palustre

1.2.1-Les différents faciès épidémiologiques en Afrique

Le continent africain est immense, par conséquent, différents faciès épidémiologiques se dégagent (Carnaval & al):

- La strate équatoriale, constituée par la forêt des savanes humides post- forestière, elle est caractérisée par un énorme volume et une bonne répartition des précipitations permettant une transmission pérenne.
- La strate tropicale, intéresse les savanes humides et semi-humides ou les précipitations vont de 800 à 1500mm d'eau par an et réparties en une seule saison de 4 à 8 mois pendant laquelle se produit l'essentiel de la transmission.
- La strate désertique et semi-désertique encore appelée strate sahéenne ou sahélo-saharienne, la pluviométrie est inférieure à 700mm d'eau par an. Il s'agit du Nord africain et du désert du Kalahari (Niger, Nord malien)
- La strate montagnarde intéresse surtout l'Afrique de l'Ouest. C'est la zone des vallées des hautes terres.

Thèse de médecine

Issa Kéké Déké KONE

Connaissances, attitudes et pratiques des mères et diagnostic du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans

- La strate australe avec les plateaux d'altitude au sud du bloc forestier centrafricain, c'est la strate lagunaire (Centrafrique).

Les Iles du Comores et Madagascar réunissent sur leur territoire la plupart des différents faciès africains.

I-2-2 Les différents faciès épidémiologiques rencontrés au Mali

Au Mali, le

paludisme est endémique à transmission saisonnière, avec cinq faciès épidémiologiques : [21]

- La zone de transmission saisonnière longue de 4 à 6 mois: elle correspond à la zone soudano-guinéenne. Le paludisme y est holoendémique avec un indice plasmodique supérieur à 85 % de Juin à Novembre.

- La zone de transmission saisonnière courte de 3 à 4 mois. Ce sont les zones 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, l'indice plasmodique est inférieur à 5 %.

- Le delta inférieur du fleuve Niger et les 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 rizicoles. 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%. Cette hypo-endémicité expose les enfants des citadins aux formes graves et compliquées du paludisme, souvent à un âge avancé par rapport aux enfants des zones rurales [8; 9]. 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.

L'initiative <<faire reculer le paludisme>> lancée en 1998 en partenariat avec l'OMS, l'UNICEF, la Banque Mondiale, de nombreux pays d'Afrique, d'Asie et d'Amérique, certains membres du secteur privé et les ONG ont pour objectif principal de réduire de moitié le taux de mortalité causé par le paludisme dans le monde d'ici 2010. Grâce à une meilleure disponibilité auprès de nos populations les plus pauvres d'une gamme de produits antipaludiques efficaces [7]. Plus de 80% des cas de paludisme sont pris en charge au sein des communautés en automédication en dehors de tout centre de santé. Selon l'OMS avec le risque d'anticiper la survenue de la résistance du parasite à ces médicaments. De favoriser le non respect de la durée du traitement ou de la posologie, d'augmenter les risques d'intoxication suite à des surdosages [10].

Thèse de médecine

Issa Kéké Déké KONE

1-3-Hypothèses

Le programme national de lutte contre le paludisme au Mali (PNLP) a été créé en 1993. Il a pour but de coordonner les activités de contrôle du paludisme au plan national. Les stratégies du PNLP sont issues de la stratégie globale recommandée par l'O.M.S.

Les composantes essentielles de cette lutte sont :

- 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. C'est dans ce but que nous menons notre étude, afin de déterminer la connaissance, l'attitude, le comportement des femmes face au paludisme amenant leurs enfants de 0 à 5 ans en consultation dans le centre de santé communautaire de Niaréla (BONIABA).

II- OBJECTIFS

II -1 Objectif général

- Etudier le comportement des mères dans la prise en charge du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans dans le centre de santé communautaire de Niaréla (BONIABA) district de Bamako.

II-2 Objectifs spécifiques

-Mesurer la prévalence de la fièvre chez les enfants de 0 à 5 ans consultant dans le centre de santé communautaire BONIABA en début de saison de transmission palustre.

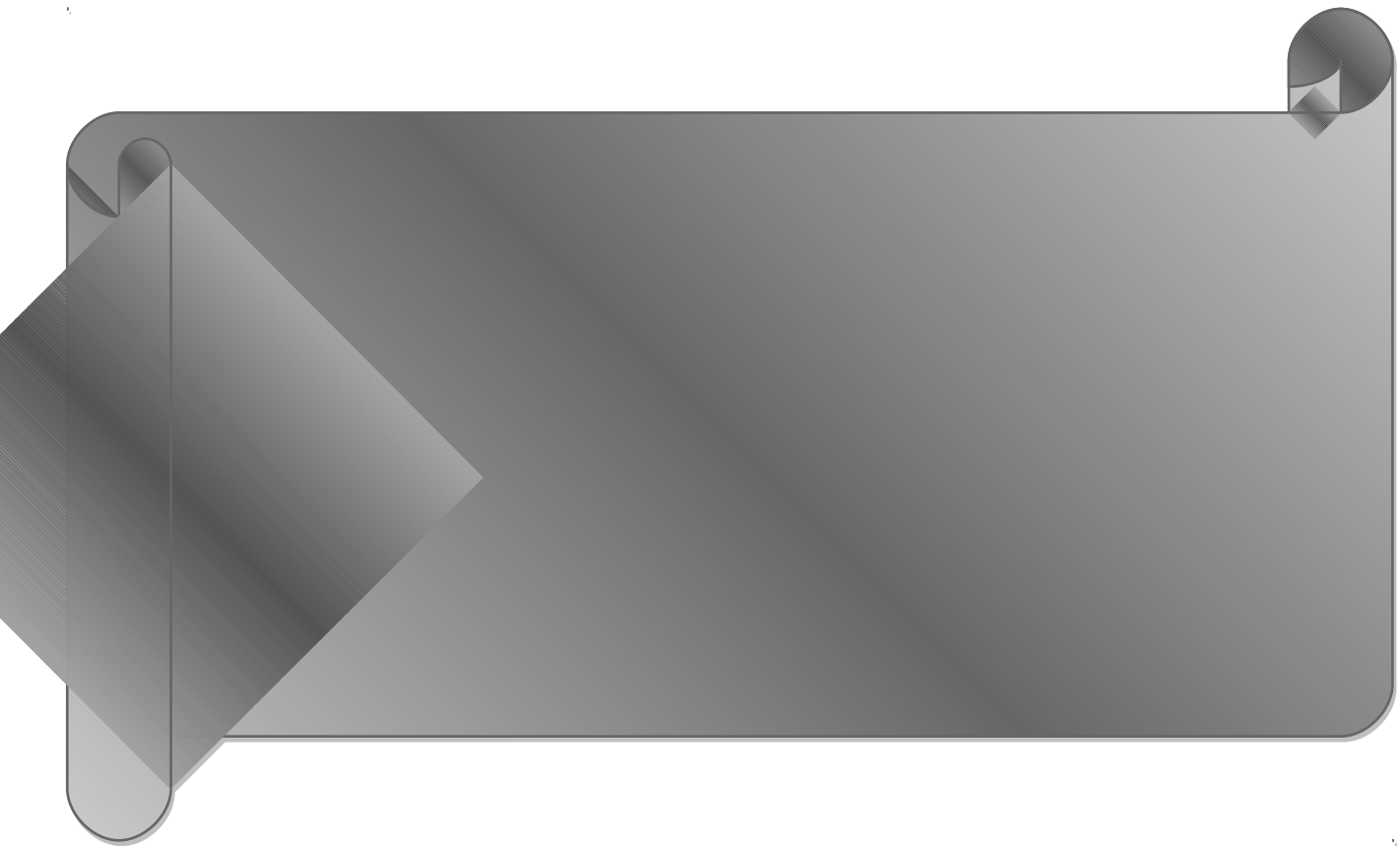
-Mesurer la prévalence du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans consultant dans le centre de santé communautaire BONIABA en début de saison de transmission palustre.

-Décrire les différentes pathologies fébriles chez les enfants de 0 à 5 ans consultant dans le centre de santé communautaire BONIABA.

-Décrire la prise en charge médicale des enfants de 0 à 5 ans consultant dans le centre de santé communautaire BONIABA.

-Décrire les connaissances, attitudes et pratiques des mères qui amènent leurs enfants de 0 à 5 dans le centre de santé communautaire BONIABA en matière de prise en charge du paludisme simple et grave.

Connaissances, attitudes et pratiques des mères et diagnostic du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans



Thèse de médecine
Issa Kéké Déké KONE

III- CADRE THEORIQUE

III-1-Définition

Le paludisme est une érythrocytopathie fébrile et hémolysante. Qui est due à la présence, au développement et à la multiplication dans le foie puis dans les hématies d'un hématozoaire du genre plasmodium. Il est transmis par la piqûre infectante d'un moustique l'anophèle femelle.

III-2-Historique

Le paludisme est une affection parasitaire connue de très longue date. Des [fièvres](#) mortelles dont probablement le paludisme, ont été rapportées depuis les premiers écrits. On trouve ainsi des références à des périodes de fièvre paludique dès 2 700 avant J.C. en Chine. Le plus ancien écrit concernant les infections dues à un parasite est le Papyrus Ebers rédigé à [Louxor](#) en 1 500 avant Jésus -Christ. La découverte dans les [momies](#) de cette époque d'œufs calcifiés d'[helminthes](#) confirme le bien fondé des observations. Ces manifestations cliniques sont décrites avec précision depuis des millénaires avant Jésus Christ par des praticiens chinois [17]. Ainsi les principaux signes ont été attribués à trois démons [11] :

- Le premier tient un marteau (céphalée)
- Le deuxième tient un four chaud (hyper pyrexie)
- Le troisième tient un sceau d'eau (sueur froide).
- Hippocrate observait déjà la relation entre les fièvres intermittentes et la présence des marais et marécages ; notion reprise par des médecins Romains de la république [8]. Avec Aristote, on classait les fièvres en fonction de la promiscuité des marais.

L'histoire du paludisme peut être résumée en trois étapes :

Thèse de médecine

Issa Kéké Déké KONE

Connaissances, attitudes et pratiques des mères et diagnostic du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans

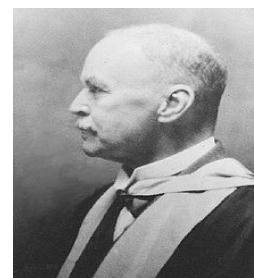
-étape clinique : Hippocrate [1] dans son traité des airs, des eaux et des lieux, opposa fièvre périodique et fièvre intermittente. La notion de fièvre intermittente se dégagait dans les régions où l'on trouvait des eaux stagnantes marécageuses (palus) et les zones où l'air était vicié (malaria) d'où le nom du paludisme ou malaria;

-période des découvertes thérapeutiques : en 1630 Don Francisco Lopez apprend des indiens du Pérou les vertus de l'écorce du quinquina. A l'aube de cette époque les fièvres ont été divisées selon leur sensibilité à cette drogue.

-étape des découvertes biologiques : en 1820, Pelletia et Couwenton isolent du quinquina l'alcaloïde actif: la quinine que Maillot utilisera au cours de la campagne d'Algérie en 1830. La cause de la maladie [17] a été découverte le 6 Novembre 1880 à l'hôpital militaire de Constantine(Algérie) par un médecin de l'armée française, Alphonse Laveran. Il reçut le prix Nobel de physiologie ou médecine en 1890. Marchiafana et Goglu décrivent les trois espèces de Plasmodium, parasites de l'homme:

- *Plasmodium falciparum*,
- *Plasmodium malaria*,
- *Plasmodium vivax* [1]

Ronald Ross [17]



Entre 1895 et 1897 Ross suspecta la transmission de la maladie par un moustique du genre Anophèles avant que la confirmation ne soit faite par Grassi en 1898. En 1922, une quatrième espèce (Plasmodium ovale) a été découverte par Stephans [1]

C'est d'un pays tropical et plus précisément du continent sud-américain que vient le premier médicament antipaludique actif : l'écorce de quinquina en 1960, connu des Indiens d'Amérique par ses qualités fébrifuges.

Les fièvres furent ainsi classées en deux groupes :

- fièvres sensibles à la quinine
- fièvres résistantes à la quinine

Les premiers essais de vaccination contre le paludisme remontent aux années 1910. C'est à cette époque, que les frères Sergent en Algérie et Celli

Thèse de médecine

Issa Kéké Déké KONE

Connaissances, attitudes et pratiques des mères et diagnostic du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans

en Italie tentèrent sans succès de mettre au point un vaccin efficace à partir des sporozoïtes [20]. Actuellement trois types de recherche de deuxième

génération sont basées sur les [antigènes](#) issus des différents stades du cycle évolutif parasitaire [17] :

-vaccins anti-stade exo-érythrocytaire : ils visent à empêcher le sporozoïte de pénétrer ou de se développer dans les cellules hépatiques; -vaccins anti-stade sanguin asexué (antimérozoïte) : ils empêchent les mérozoïtes de pénétrer ou de se développer dans les hématies ; -vaccins bloquant la transmission : ils induisent des [anticorps](#) empêchant la maturation des stades sexués du parasite chez l'anophèle.

Au Mali, le centre de recherche et de formation sur le paludisme (MRTC) du département d'épidémiologie, des affections parasitaires (DEAP) de la FMPOS à l'Université de Bamako dirigé par le professeur Ogobara DOUMBO s'est investi dans une stratégie de développement clinique d'un candidat vaccin (FMP/ASO2A) dont des récentes études sur la tolérance et l'immunogénicité chez les adultes à Badiangara a donné des résultats prometteurs [20].

III-3-

AGENT PATHOGENE :

Le Plasmodium est un protozoaire qui se développe pendant une partie de sa vie dans les hématies, d'où son nom d'hématozoaire. Quatre espèces plasmodiales sont inféodées à l'homme : il s'agit du P. falciparum responsable de la quasi-totalité des décès dus au paludisme. Il représente 85-90% de la formule parasitaire au Mali, du P. malariae représentant 10-14%, du P. ovale avec moins de 1%. [12]. Quant au P. vivax, sa présence a été confirmée en transmission autochtone au nord du Mali dans nos populations leucodermes en 1988.

III-4- PHYSIOPATHOLOGIE [15]

III-4-1 - La transmission du paludisme

Le paludisme nécessite 3 acteurs : -le parasite : Plasmodium, -le moustique : l'anophèle femelle, -l'homme.

III-4-2- Le cycle s'enclenche lorsqu'un anophèle femelle dont les glandes salivaires contiennent une forme du parasite appelée sporozoïte pique l'homme et les injecte à sa victime.

Thèse de médecine

Issa Kéké Déké KONE

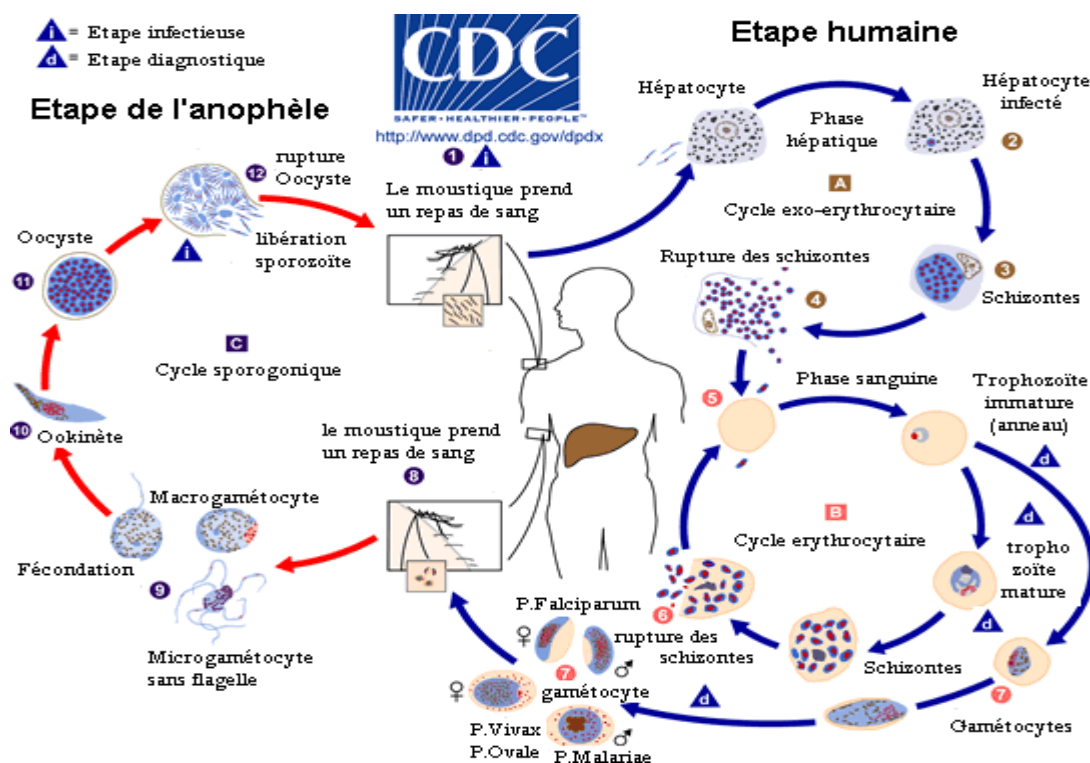
Connaissances, attitudes et pratiques des mères et diagnostic du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans

III-4-3- Ces sporozoïtes circulent dans le sang, se disséminent au niveau du foie, se multiplient et évoluent vers une forme sexuellement prédéterminée : les gamétocytes mâles et femelles. Ces gamétocytes, présents dans la circulation sanguine de la personne infectée, sont infectieux pour le moustique qui viendra la piquer lors d'un prochain repas sanguin.

III-4-4- Dès lors, au sein de l'organisme du moustique, un nouveau cycle de transformation s'effectue jusqu'à la constitution d'oocystes (œufs). Parvenus à maturité, ces œufs libèrent des sporozoïtes qui migrent dans Les glandes salivaires de l'anophèle femelle.

III-4-5- Ces sporozoïtes seront transmis à l'homme lors du prochain repas de l'insecte.

Figure du cycle biologique de transmission du Plasmodium falciparum [17].



III-5-PRISE EN CHARGE DU PALUDISME NON COMPLIQUÉ

La

prise en charge en découle des composantes de la stratégie contenue dans la déclaration mondiale de lutte contre le paludisme. Qui s'est déroulée en 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 correct 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

Thèse de médecine

Issa Kéké Déké KONE

Connaissances, attitudes et pratiques des mères et diagnostic du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans

manifestations cliniques par la mère. 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 les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA).

III-5-1 Diagnostic du paludisme simple de l'enfant

III-5-1-1- 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.

III-5-1-2- Au niveau communautaire :

Le

paludisme non compliqué se définit en tenant compte des connaissances du paludisme par la communauté. Les mères connaissent généralement les manifestations de l'accès palustre (fièvre, maux de tête, courbature, nausées, vomissements, frissons, diarrhées, toux chez l'enfant, 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, sport, radio et TV, séance de sensibilisation).

L'agent de santé communautaire constitue la personne de recours après les ménages pour la prise en charge du paludisme simple. A ce niveau, le diagnostic doit être simple, tout accès de fièvre (température > 37,5°C) ou de corps chaud sans autre cause apparente doit être retenu comme accès palustre et traité comme tel.

Les signes de gravité doivent être reconnus, aussi bien pour la mère que pour l'agent de santé communautaire, afin que le malade soit référé à temps à l'échelon supérieur. Les signes de gravité à rechercher sont : impossibilité 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 ictère.

III-5-1-3-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, accès palustre simple peut être retenu devant tout cas de fièvre >37,5°C ou des signes suivants : céphalées, frissons, chaleur, courbature en absence de signe de gravité ou d'autres pathologies fébriles.

Dans les structures disposant de laboratoire fonctionnel, le diagnostic doit être confirmé par un examen microscopique.

Thèse de médecine

Issa Kéké Déké KONE

Connaissances, attitudes et pratiques des mères et diagnostic du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans

III-5-1-4-Niveau 3 : Hôpital de référence :

A ce niveau le patient doit être examiné au moins par un médecin sinon un spécialiste. Les examens de laboratoire seront approfondis à la recherche d'autres causes de fièvres.

En principe, tous les cas admis à l'hôpital doivent être des cas graves en absence d'autres pathologies (examens cliniques et para-cliniques négatifs). L'accès palustre simple peut être posé selon les critères cités plus haut.

III-6- MOYENS [15]

Tableau I :

Principaux antipaludiques :

Connaissances, attitudes et pratiques des mères et diagnostic du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans

Antipaludiques naturels ou d'hémisynthèse	-quinine -artémisine ou quinghaosou et dérivés	Schizontocides endoérythrocytaires actifs sur les trophozoites endoérythrocytaires des divers plasmodies (absence d'expérience des dérivés de l'artémisine sur P.vivax, malaria et ovale)	
Antipaludiques de synthèse	-amodiaquine	Schizontocides sur les formes	
Combinaisons	Recommandation par l'OMS	Combinaison fixe	
Arteméter+lumefantrine	-primaquine	Oui	Gamétocides, Schizontocides
Artésunate+amodiaquine	-taféloquine	Oui	sur les formes hépatiques
Artésunate+méfloquine	Oui	Oui	et érythrocytaires
Amino-alcools	-halofantrine -lumefantrine -méfloquine	Schizontocides sur les formes endoérythrocytaires de P.falciparum P.vivax, 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	
Hydrocynaphtoquinone	-atovaquone	Inhibe le transport des électrons dans la mitochondrie, donc la synthèse d'ATP	
Antibiotiques *cyclines *Macrolides	-tétracycline -doxycycline -clindamycine -spiramycine -azithromycine	Schizontocides Schizontocides	
Classes	Molécules	Sites et modes d'action	

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

Connaissances, attitudes et pratiques des mères et diagnostic du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans

Tableau III : Molécules antipaludiques recommandés par le PNLP

Dénomination Commune Internationale (DCI)
1. Quinine
2. Sulfadoxine – Pyriméthamine
3. Artesunate + Amodiaquine
4. Artémether + Luméfantrine

Tableau IV : Combinaison thérapeutiques à base Artemether recommandé par OMS

Comprimés	d'artésunate		plus amodiaquine	
	4,5 à 8kg (2 à 11mois)	9 à 17kg (1 à 5ans)	18 à 35kg (6 à 13ans)	Supérieur à 36kg (plus de 14ans)
Comprimés	25 /67 ,5mg	50/135mg	100/270mg	100/270mg
Jour1	1comprimé	1comprimé	1 comprimé	2 comprimés
Jour2	1comprimé	1 comprimé	1 comprimé	2 comprimés
Jour3	1comprimé	1 comprimé	1 comprimé	2 comprimés

III-7- TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE

- Fièvre :utiliser un antipyrétique pour que l'enfant se sente bien :
-Paracétamol ou Ibuprofène
-Aliments et liquides : les donnés en petites quantités fréquemment renouvelées, surtout tant que l'enfant présente un mauvais état général.
- Anémie : évaluer le niveau et donner une supplémentation en fer plus folates, ainsi qu'un traitement antihelminthique.

III-8- DIAGNOSTIC DU PALUDISME GRAVE ET COMPLIQUE DE L'ENFANT :

Thèse de médecine

Issa Kéké Déké KONE

Connaissances, attitudes et pratiques des mères et diagnostic du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans

III-8-1- Définition : Le paludisme grave et compliqué est dû à l'infestation par *Plasmodium falciparum* après un épisode palustre simple non traité ou mal traité. Selon Warrell.al. 1990, le paludisme grave est défini comme étant la présence d'hématozoaires au stade asexué dans le sang associé à un ou plusieurs des signes suivants [16] :

- neuropaludisme : coma profond, réactif aux stimuli nociceptifs, à l'exception des autres causes d'encéphalopathies (l'hypoglycémie, les méningo-encéphalites, l'éclampsie et les comas métaboliques), des convulsions spontanées, répétées plus de deux fois par 24 heures malgré des mécanismes de refroidissement,
- un œdème pulmonaire ou syndrome de détresse respiratoire
- un collapsus circulatoire qui se manifeste par une tension artérielle systolique inférieure à 50 mm de mercure
- une anémie sévère : se traduisant par un taux d'hématocrite inférieur à 15% et un taux d'hémoglobine inférieur à 5 g/dl en dehors de toute autre cause d'anémie,
- Une hypoglycémie avec une glycémie inférieure à 2,2 mmol/l soit 0,4 g/l,
- une insuffisance rénale avec une excrétion urinaire inférieure à 2 ml/kg / 24 heures et une créatininémie sérique supérieure à 265 micro- mol/l soit 3 g / 100 ml,
- des hémorragies spontanées diffuses ou CIVD,
- une acidémie avec un pH artériel inférieur à 7,25 et l'acidose avec un taux plasmatique de bicarbonate inférieur à 15 mmol/l
- une hémoglobinurie macroscopique.

En dehors des signes majeurs, il existe des critères mineurs de paludisme grave :

- *un coma de stade I : prostration ou faiblesse sans autre cause,
- *un hyper parasitisme avec une densité un hyper parasitisme avec une densité parasitaire supérieure à 10% (Supérieure à 500 000 trophozoïtes / micro litre de sang)
- *un ictère clinique ou une élévation de la bilirubine totale à 50 micromoles
- *une hyperthermie majeure $\geq 40^{\circ}\text{C}$ ou une hypothermie

III-8-2-Traitement du paludisme grave et compliqué

Les médicaments de choix recommandés : Quinine en dose de charge. Le traitement de choix est la perfusion veineuse de quinine base et jamais en bolus. Le but de la dose de charge est d'obtenir rapidement une quininémie supérieure ou égale à 10 mg/l considérée comme dose thérapeutique. Cette quininémie est difficilement obtenue dans les 2 premiers jours d'un traitement sans dose de charge. En cas de perfusion impossible surtout chez les enfants : faire

Thèse de médecine

Issa Kéké Déké KONE

Connaissances, attitudes et pratiques des mères et diagnostic du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans

une dose de charge de Quinine en IM. Dilution de la quinine à 60mg/ml; répartition de cette dose entre les cuisses si le total dépasse 3ml. Les dérivés de l'artémisinine tel que l'Artémether peut être utilisé à la posologie 3,2mg (0,2 ml/5 kg) comme dose de charge le premier jour et 1,6mg le reste des 4 jours suivants. L'Artésunate par voie IV ou IM en raison de 2,4mg/kg dose charge ; 1,2 mg/kg à 12 heures et 24 heures ; puis 1,2 mg/kg fois 2 par jour jusqu'à ce que le patient puisse être traité par voie orale ; passer alors à une cure complète per os par une association contenant d'un dérivé de l'artémisinine.

III-8-3-Traitement spécifique de quelques manifestations cliniques

a. Fièvre

- moyens physiques : enveloppement humide

- Paracétamol 15 mg/kg/prise ou salicylé 10-15 mg/kg/prise.

b.

Convulsions : Diazépam 0,5 mg/kg en IR à répéter 30 min à 1 heure

Etat de mal convulsif : Phénobarbital 10 - 15 mg/kg en IM renouvelable plusieurs jours.

Clonazépam : nourrisson et enfant: ¼ à ½ amp. IVL ; > 15ans 1amp IVL.

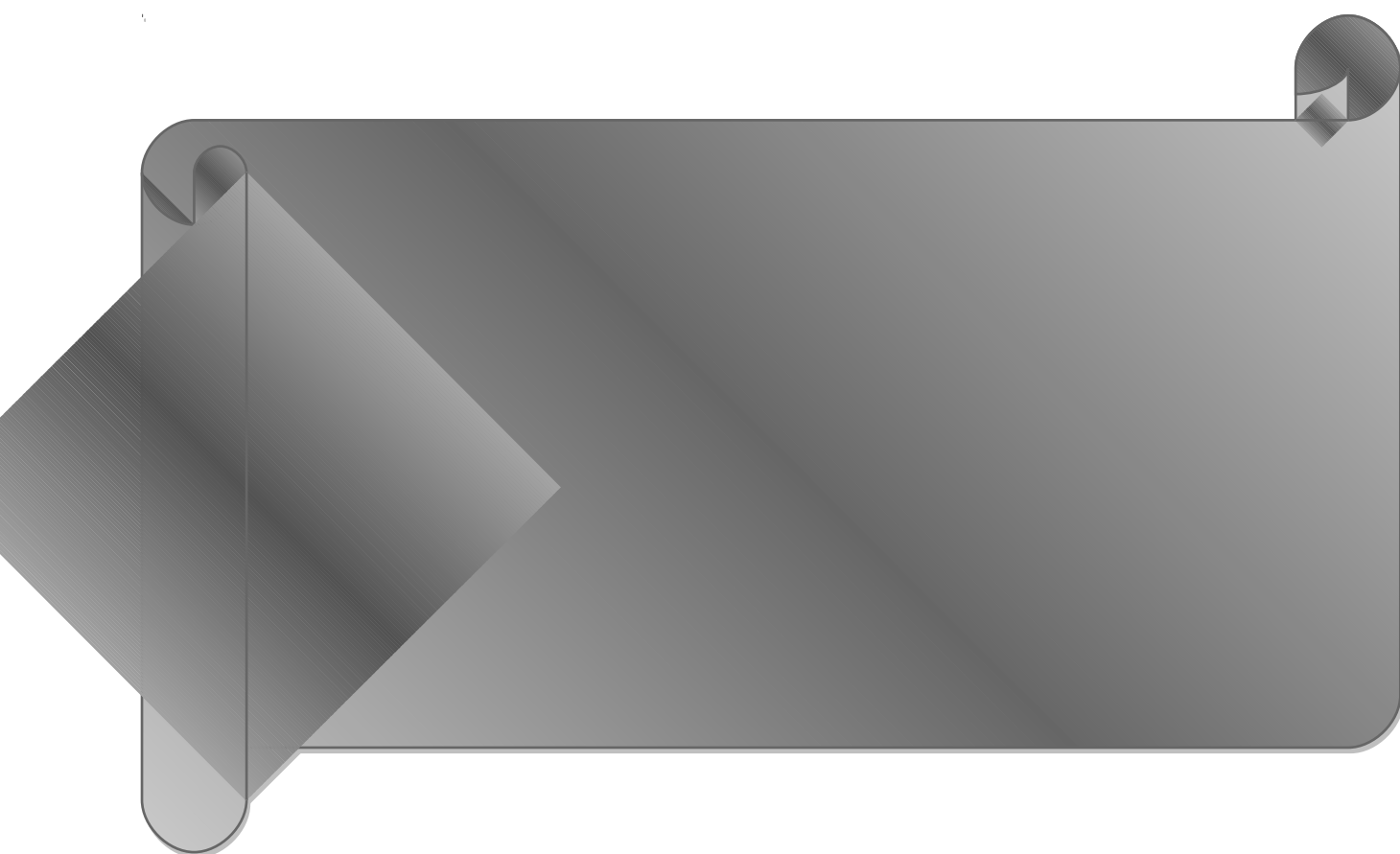
c. Hypoglycémie: SG 30% : 1 ml/kg en bolus ou SG 10% : 250 ml très rapidement sur 2 heures.

d-Anémie sévère :

Transfuser 10 – 15 ml/kg de culot globulaire ou 20 – 25 ml/kg de sang total.

e-Hémoglobinurie: Proscrire la quinine et les salicylés, utiliser les dérivés de l'artémésinine, bien réhydrater. Faire un bilan rénal à la recherche d'une insuffisance rénale.

d-Insuffisance rénale: Furosémide à 8 – 10 mg/kg en 6 à 8 injections par 24 heures. Si non amélioration transférer dans un centre de dialyse (pronostic bon après 2 à 3 séances).



IV- METHODOLOGIE

IV-1-Cadre d'étude

Notre étude a été réalisée au centre de santé communautaire de Niaréla (CSCOM de BONIABA) créé en 1994 par les partenaires d'Angers.

L'histoire de Niaréla se confond avec celle de la ville de Bamako. En effet la ville de Bamako a été créée vers le XVIème siècle par les Niakatés, actuel Niarés, originaires du Kaarta dans le Cercle de Nioro. C'est ainsi qu'il fut le premier quartier de Bamako. L'aire de santé de BONIABA est de 229 ha. Niaréla, est limité au sud par le fleuve Niger, au nord par le quartier de Bagadadji et Quinzambougou, à l'Ouest par Bozola, à l'Est par le quartier du TSF, et au Sud-est par le quartier du Cité du Niger

Sa population est estimée à 16 649 habitants en 2008 [Monographie BONIABA]. Elle abrite deux marchés dont celui des antiquaires et celui des légumes. Il a aussi une gare, des caniveaux à ciel ouvert et une production excessive de déchets. L'hygiène est défectueuse due à une importante population flottante. Il est excentré par rapport au goudron et entouré de grands magasins favorisant le stationnement anarchique des remorques sur la voie d'accès du centre.

IV-2-Lieu d'étude

Le CSCOM de BONIABA dispose de deux médecins généralistes qui assurent les consultations quotidiennes tous les jours ouvrables et le service de garde est assuré en dehors des heures officielles de travail. La prévalence de la prise en charge des enfants de moins de 5 ans en matière de fièvre présumée d'origine paludiques était de 879 dont 15 cas de paludisme grave et celle des enfants de 5 à 9 ans était de 372 plus 6 cas de paludisme grave en 2008 [Monographie BONIABA]. Le paludisme occupe le premier rang de consultation. L'approvisionnement se fait en première intention et essentiellement à la PPM. On note une disponibilité du personnel.

IV-3-Type d'étude

Thèse de médecine

Issa Kéké Déké KONE

Connaissances, attitudes et pratiques des mères et diagnostic du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans

Il s'agit d'une étude transversale prospective et exhaustive car, elle a pris en compte tous les enfants de 0 à 5 ans et leurs mamans (biologiques ou adoptives) ayant consulté le médecin d'étude.

IV-4- Notre étude a lieu Période

du 15 Juillet au 30 Octobre 2010 donc une période de 3 mois et 2 semaines.

IV-5-Population cible

Elle est constituée :

- des enfants de moins de 5 ans résidant dans l'aire de santé de Niaréla et d'ailleurs,
- du personnel sanitaire chargé de la prise en charge du paludisme dans le CSCOM de BONIABA pendant la période d'étude,
- les mères (biologiques ou adaptives) et leurs enfants de 0 à 5 ans.

IV-6-Critères d'inclusion

- les enfants de 0 à 5 ans consultant le médecin de 8 heures à 15 heures,
- le personnel sanitaire consultant les enfants.

IV-7- Critères de non inclusion

- les enfants d'âge supérieure à 5 ans et ceux dont les mères ne désirent pas participer à l'étude,
- les enfants non vus par le médecin d'étude,
- les enfants admis les jours fériés, et après 15 heures,
- l'accompagnant différent de la mère biologique ou adoptive de l'enfant de 0 à 5 ans.

IV-8- Déroulement de l'étude

Les enfants munis de ticket de consultation étaient accueillis dans la salle de consultation. Le poids était pris par un pèse-bébé sensible pour les petits enfants et les grands enfants à l'aide d'un pèse-personne sensible. b-La température a été prise par un thermomètre électrique sensible placé sous axillaire. La fièvre était définie par une température $>37.5^{\circ}\text{C}$. c-La goutte épaisse était réalisée chez les enfants suspects paludéens.

Thèse de médecine

Issa Kéké Déké KONE

Connaissances, attitudes et pratiques des mères et diagnostic du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans

Technique de la goutte épaisse : le matériel nécessaire : une boîte OMS pour la collecte des lames, les lames neuves, des vaccinostyles, l'alcool de 90°, une solution de Giemsa, du coton hydrophile, un microscope binoculaire, un râtelier, une minuterie, un cahier d'enregistrement, des gants en polyvinyle, un apier hygiénique, un bac de coloration, comprimé tampon buffer tablet Ph = 7,2 (1 comprimé pour un litre d'eau).

IV-8-2-Mode opératoire de la goutte épaisse

La GE était réalisée à partir du sang prélevé sur l'un des doigts de la main. Le doigt était désinfecté avec un tampon d'alcool. A l'aide d'un vaccinostyle à usage unique, une ponction capillaire était faite sur la pulpe du doigt désinfecté.

La première goutte était éliminée avec du coton sec. La seconde goutte déposée au milieu d'une lame avec l'angle d'une deuxième lame, la défibrillation mécanique était faite par des mouvements circulaires qui partaient du centre à la périphérie de la lame de manière à étaler le sang dans un cercle d'environ 1 cm de diamètre.

Les lames étaient séchées à la température de la salle de prélèvement à l'abri de la poussière, du soleil et des mouches. Les lames ont été colorées avec du colorant Giemsa 3 % dilué dans l'eau tamponnée à Ph = 7,2 pendant 30 minutes puis rincées et séchées.

IV-9- Problème d'éthique

L'inclusion nécessitait un accord préalable de l'accompagnante. Le contenu du protocole leur a été clairement expliqué.

IV-10-Variables étudiées :

- les caractéristiques démographiques, socio-économiques et les CAP des mères sur le paludisme
- la fréquence du paludisme chez enfants de 0 à 5 ans

IV-11- Collectes des données :

- Le recueil des données a été effectué à l'aide de questionnaire individuel (fiches d'enquête) porté en annexe.
- L'analyse des données a été effectuée sous les logiciels : Microsoft Word, Spss 12.0 et Excel 2007.

Thèse de médecine

Issa Kéké Déké KONE

Connaissances, attitudes et pratiques des mères et diagnostic du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans

Thèse de médecine
Issa Kéké Déké KONE

V- 1- Résultats de l'enquête chez les mères

Pendant notre étude, nous avons interrogé 310 femmes (dont 4 mères adoptives et 306 mères biologiques).

V-1-1-Résultats sociodémographiques des mères

Tableau V : Répartition des mères par classes d'âge

Age en année	Fréquence absolue	Fréquence relative%
15 à 19	43	13,9
20 à 29	149	48,1
30 à 39	64	20,6
40 à 49	12	3,9
≥50	2	0,6
Ne sait pas	40	12,9
Total	310	100

Les mères de 20 à 29 ans étaient les plus représentées avec 48,1%.

Tableau VI :

Répartition des mères en fonction du statut matrimonial

Statu matrimonial	Fréquence absolue	Fréquence relative%
Mariées	295	95,2
Célibataires	7	2,3
Fiancées	5	1,6
Divorcées	1	0,3
Veuves	2	0,6
Total	310	100

La majorité des mères était mariée dans 295 cas, soit 95,2%.

Tableau VII : Répartition des mères selon leur lieu de résidence

Résidence	Fréquence absolue	Fréquence relative%
Niaréla	100	32,2
Bagadadji	48	15,5
TSF	22	7,1
Bozola	18	5,8
N'golonina	53	17,1
Autres*	69	22,3
Total	310	100

Autres* : Quinzambougou, Yilimadjo, Sabaribougou, Sébénikoro, Bankoni, Missira, Molibabougou, Koulouba, Kalambankoura, Lafiabougou, etc....

Les mères de Niaréla étaient les plus représentées avec 32,2%.

Tableau VIII : Répartition des mères en fonction du nombre d'enfants de moins de 6 ans vivant dans le ménage

Nombre d'enfants	Fréquence absolue	Fréquence relative%
1	149	48,1
2	148	47,7
3	13	4,2
Total	310	100

La majorité des mères avait au moins deux enfants de moins de 6 ans vivant avec elle dans 161 cas, soit 51,9. Le nombre moyen d'enfants par ménage était de 1,56.

Tableau IX : Répartition des mères selon que le père de l'enfant soit présent ou non dans le ménage

Pères	Fréquence absolue	Fréquence relative %
Présents	278	89,7
Absents	32	10,3
Total	310	100

Le père de l'enfant vivait dans 89,7% des cas dans le foyer conjugal.

V-1-2-Résultats socio-économiques

Tableau X : Répartition des mères selon leur niveau d'instruction

Connaissances, attitudes et pratiques des mères et diagnostic du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans

Niveau d'instruction	Fréquence absolue	Fréquence relative %
Aucun	175	56,4
Primaire	42	13,6
Second-cycle	30	9,7
Secondaire	25	8,1
Supérieure	15	4,8
Medersa	23	7,4
Total	310	100

Plus de la moitié des mères n'avaient aucun niveau d'instruction dans 175 cas, soit 56,4%.

Tableau XI : Répartition des pères selon leur niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Fréquence absolue	Fréquence relative %
Aucun	115	37,1
Primaire	41	13,2
Second cycle	40	12,9
Secondaire	30	9,8
Supérieure	23	7,4
Medersa	41	13,2
Ne sait pas	20	6,4
Total	310	100

Les pères ayant un niveau d'instruction étaient les plus représentés avec 56,5%.

Tableau XII : Répartition des mères selon leur profession

Thèse de médecine

Issa Kéké Déké KONE

Connaissances, attitudes et pratiques des mères et diagnostic du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans

Activités	Fréquence absolue	Fréquence relative %
Femmes au foyer	237	76,5
Petites commerçantes	30	9,7
Elèves et Etudiantes	10	3,2
Diplômées sans emploi	5	1,6
Fonctionnaires	15	4,8
Autres*	13	4,2
Total	310	100

Autres* : coiffeuses, menuisières, teinturières, etc.....

Les femmes au foyer étaient les plus observées avec 76,5%.

Tableau XIII : Répartition des pères selon leur profession

Activités	Fréquence absolue	Fréquence relative %
Commerçants détaillants	59	20,5
Commerçants grossistes	14	4,9
Ouvriers non qualifiés	92	31,9
Fonctionnaires	38	13,2
Diplômés sans emploi	3	1
Chauffeurs	23	8
Gardiens	16	5,5
Autres*	43	15
Total	288	100

Autres* : électriciens, mécaniciens d'automobiles ou motos, maçons, etc....

La plupart des pères exerçaient dans le secteur informel. Les plus représentés étaient les ouvriers non qualifiés avec 31,9%.

Thèse de médecine

Issa Kéké Déké KONE

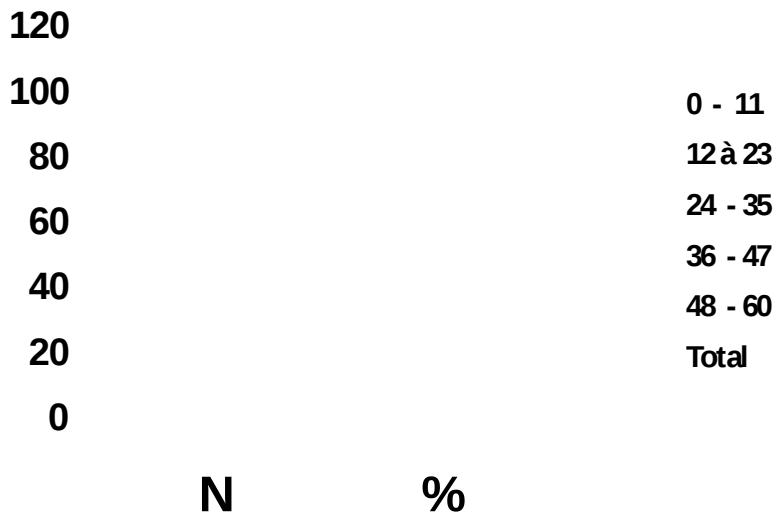
Connaissances, attitudes et pratiques des mères et diagnostic du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans

Remarque : *Ouvriers non qualifiés constituait les paysans, les blanchisseurs, les charretiers, les coiffeurs, etc....

V-2-Résultat de l'enquête chez les enfants

V-2-1-Résultats sociodémographiques des enfants_

Connaissances, attitudes et pratiques des mères et diagnostic du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans



Graphique 1: Répartition des enfants par classe d'âge

Le CSCOM de BONIABA était plus fréquenté par les enfants de moins de 12 mois dans 111 cas, soit 35,4%.

Tableau XIV : Répartition des enfants selon le sexe

Sexe	Fréquence absolue	Fréquence relative %
Masculin	166	52,9
Féminin	148	47,1
Total	314	100

Les garçons étaient les plus représentés avec 52,9%. Le sexe ratio était de 1,1.

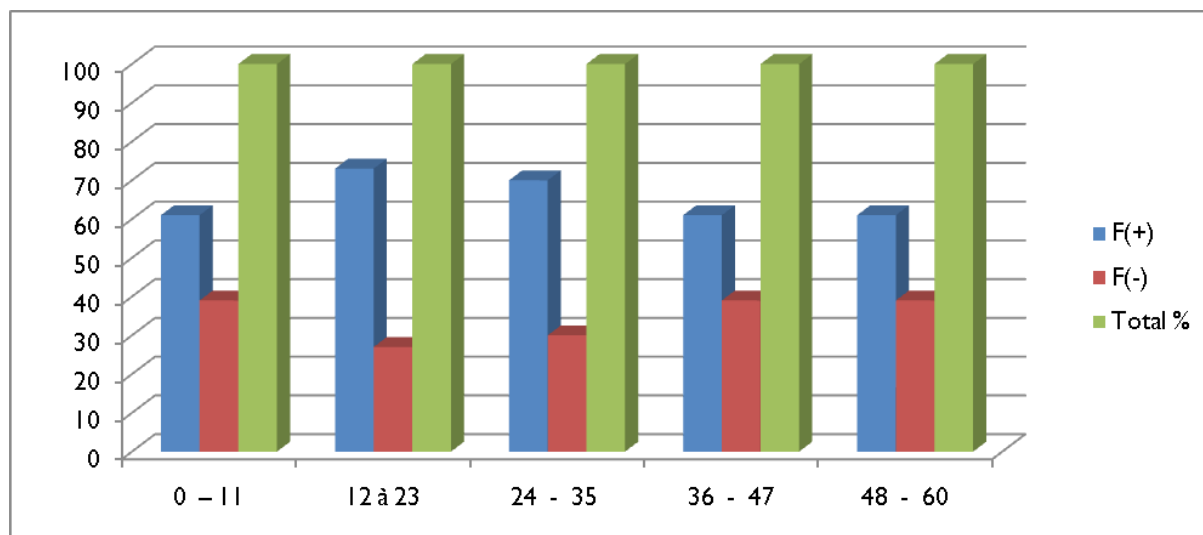
V-3-Résultats cliniques

Tableau XV : Prévalence de la fièvre chez les enfants consultant le médecin

Température	Fréquence absolue	Fréquence relative %
>37.5°C	204	65%
≤37.5°C	110	35%
Total	314	100

La fièvre était retrouvée dans 65% des cas.

Connaissances, attitudes et pratiques des mères et diagnostic du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans



Graphique 2: Répartition des enfants selon la température et par classes d'âge

Les enfants de 12 à 23 mois étaient les plus fébriles avec 72,7%.

Tableau XVI : Répartition des enfants fébriles selon leur lieu de résidence

Résidence	Fièvre(+)	Fréquence relative %
Niaréla	70	34,3
Bagadadji	33	16,2
N'golonina	35	17,15
TSF	15	7,35
Bozola	12	5,9
Autres*	39	19,1
Total	204	100

Autres* : Quinzambougou, Yilimadjo, Sabaribougou, Sébénikoro, Bankoni, Missira, Molibabougou, Koulouba, Kalambakoura, Lafiabougou, etc....

La fièvre était plus fréquente chez les enfants de Niaréla soit 34,3%

Tableau XVII : Répartition des enfants fébriles en fonction du sexe

Thèse de médecine

Issa Kéké Déké KONE

Connaissances, attitudes et pratiques des mères et diagnostic du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans

Sexe	Fièvre(+)	Fièvre(-)	Fièvre(+) %	Total
Masculin	109	57	65,7	166
Féminin	95	53	64,2	148
Total	204	110	65	314

Odds Ratio= 1,1 .

Chez les enfants fébriles, les garçons étaient les plus observés avec 65,7%. Statistiquement il n'existait pas une variation significative de survenue de la fièvre selon le sexe.

Tableau XVIII : Répartition des enfants de 0 à 5 ans en fonction de la température et selon la goutte épaisse.

Température	GE (+)		GE (-)		Total	
	N	%	N	%	N	%
Température ≤37,5°C	39	75	13	25	52	100
Température >37,5°C	144	83,7	28	16,3	172	100
Total	183	81,7	41	18,3	224	

OR=1,7 Khi deux=2,1 ddl=1 p=0,1 Une température >37,5°C et une goutte épaisse positive étaient observées dans 83,7% chez les enfants. Statistiquement il n'existait pas une grande variation des résultats de la GE selon la température.

Tableau XIX : Répartition des enfants de 0 à 5 ans en fonction de la goutte épaisse et la sérologie Widal Félix

Analyse	W(+)		W(-)		Total
	N	%	N	%	
GE (+)	17	65,4	9	34,6	26
GE (-)	4	66,7	2	33,3	6
Total	21	65,6	11	34,4	32

Connaissances, attitudes et pratiques des mères et diagnostic du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans

OR=0,9 Khi deux=0,009 ddl=1 P=0,9

Le paludisme et la fièvre typhoïde cohabitaient dans 65,4% des cas. Statistiquement la survenue du paludisme n'était pas liée à la fièvre typhoïde.

Tableau XX : Répartition des différentes hypothèses émises par le médecin chez les enfants consultants

Diagnostics	Fréquence absolue	Fréquence relative %
Accès palustre :	169	56,7
Fièvre Typhoïde	12	4
Accès palustre + Typhoïde	24	8,1
Gastro-entérite	11	3,7
Broncho- Pneumopathie	29	9,7
Mycose	8	2,7
Dermatose	31	10,4
Infection ORL	5	1,7
Malnutrition	6	2
Infection urinaire	3	1
Total	298	100

L'accès palustre était le plus évoqué comme diagnostic avec 56,7% des cas par le médecin.

NB : *Broncho-pneumopathies regroupaient l'asthme, les autres allergies et les infections bactériennes et virales des voies respiratoires.

Tableau XXI : Répartition des résultats de la goutte épaisse en fonction des tranches d'âge(en mois)

Connaissances, attitudes et pratiques des mères et diagnostic du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans

Age en mois	GE(+)	GE(-)	GE(+) %	Total
0 - 11	50	25	66,7	75
12 - 23	40	8	83,3	48
24 - 35	28	3	90,3	31
36 - 47	29	2	93,5	31
48 - 60	36	3	92,3	39
Total	183	41	81,7	224

Khi deux=82 ddl=4 P<0,001

La GE(+) était plus observée dans la tranche de 36 à 47 mois avec 93,5%.

Statistiquement il existait une variation significative de survenue du paludisme selon l'âge.

Tableau XXII : Répartition des cas de paludisme chez les enfants selon le sexe

Goutte épaisse	Garçons		Filles		Total N
	N	%	N	%	
GE(+)	103	82,4	80	80,8	183
GE(-)	22	17,6	19	19,2	41
Total	125	100	99	100	224

Odds Ration=1,1. Khi deux=0,06 ddl=1 P=0,9

Le sexe masculin avait une goutte épaisse l'égerment dominante sur celle des filles avec 82,4% contre 80,8%. Statistiquement il n'existait pas une variation significative de survenue du paludisme selon le sexe.

Tableau XXIII : Répartition des cas de paludisme chez les enfants en fonction de leur lieu de résidence

Connaissances, attitudes et pratiques des mères et diagnostic du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans

Résidence	GE(+)	GE(-)	%GE(+)	Total
Niaréla	63	12	84	75
Bagadadji	26	9	74,3	35
N'golonina	29	8	78,4	37
TSF	11	5	68,8	16
Bozola	8	3	72,7	11
Autres*	46	4	92	50
Total	183	41	81,7	224

Khi deux=19,6 ddl=5 P=0,001

Le paludisme était plus fréquent, soit 92% chez les enfants venant de divers quartiers de Bamako. Statistiquement il n'existait pas une grande variation de survenu du paludisme selon le lieu.

NB :*Autres représentent divers quartiers de Bamako.

Connaissances, attitudes et pratiques des mères et diagnostic du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans

V-4-Connaissances, attitudes et pratiques des mères dans la prise en charge du paludisme de l'enfant.

V-4-1-Diagnostic du paludisme par les mères

Tableau XXIV : Répartition des mères selon leur connaissance des signes du paludisme.

Nom donné par Les mères	Fréquence absolue	Fréquence relative (%)
Palu	51	16,4
Sumaya	158	51
Kolobo	35	11,3
Ne sait pas	50	16,1
Autres*	16	5,2
Total	310	100

Autres* : angine, pneumonie, konoyoli (bambara), etc....

Les mères connaissaient les signes du paludisme dans 67,4%des cas. _

V-4-2-Traitement du paludisme

Connaissances, attitudes et pratiques des mères et diagnostic du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans

Tableau XXV : Répartition des mères selon les différents recours en cas de paludisme chez l'enfant

Recours	Fréquence absolue	Pourcentage (%)
Centre de santé	161	52
Automédication moderne	65	21
Automédication plante	69	22,2
Automédication traditionnelle et moderne	10	3,2
Autres*	5	1,6
Total	310	100

Autres* : enveloppement humide, éviter le soleil, port d'habits lourds, etc...

Plus de la moitié des mères avaient recours au centre de santé avec 52% des cas.

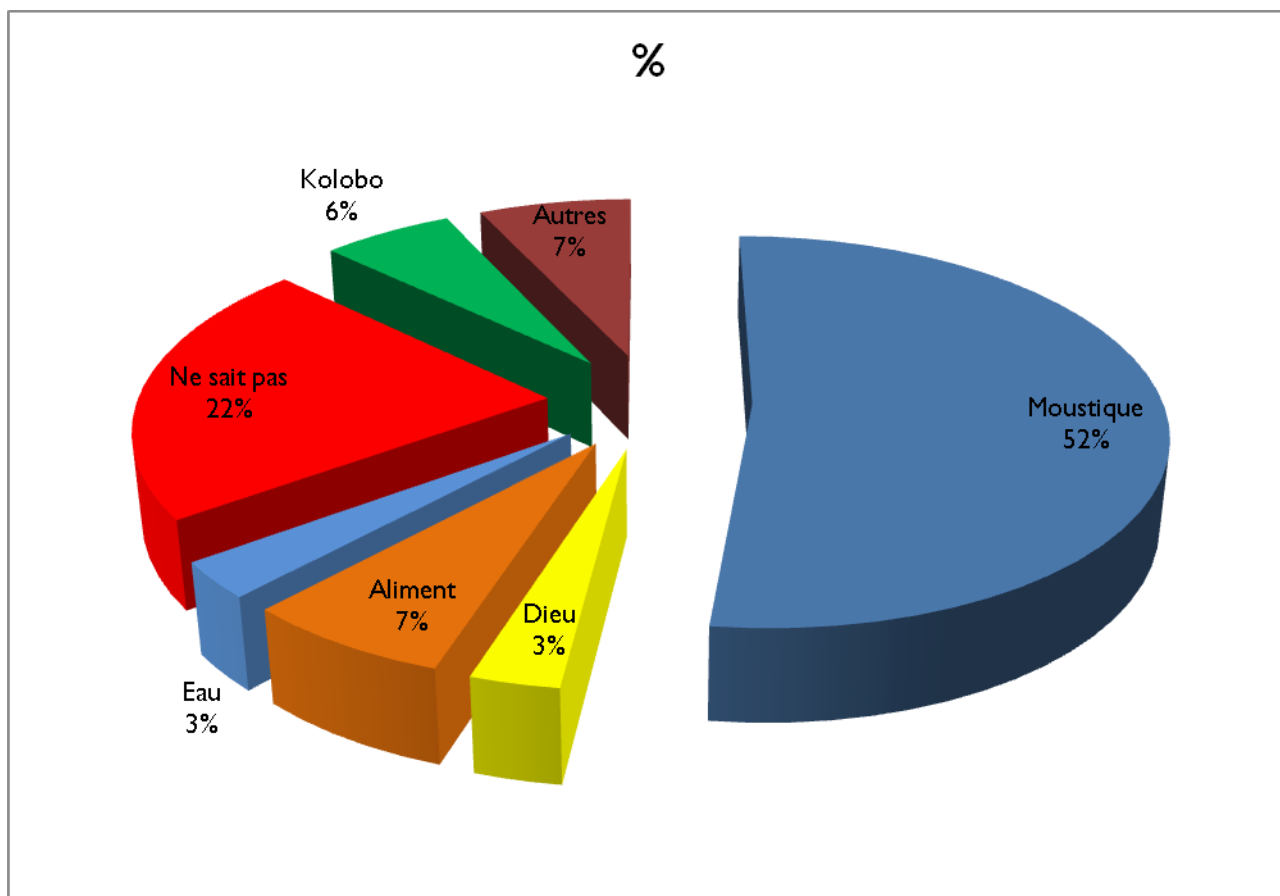
Connaissances, attitudes et pratiques des mères et diagnostic du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans

Tableau XXVI : Répartition du niveau d’instruction des mères selon que la dose curative de l’antipaludique soit correcte ou non

Niveau d’instruction	Correcte		Surdosage		Sous dosage		Ne sait pas		Total N
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Aucun	3	25	0	0	9	75	0	0	12
Primaire	2	66,7	0	0	1	33,3	0	0	3
Second cycle	0	0	0	0	3	100	0	0	3
Secondaire	0	0	0	0	1	100	0	0	1
Supérieure	1	50	0	0	1	50	0	0	2
Medersa	0		0	0	2	100	0	0	2
Total	6	26,1	0		17	73,9	0		23

Les antipaludiques étaient utilisés à dose correcte dans 26,1%.

V-4-3-Causes du paludisme



Graphique 3: Répartition des mères selon les causes présumées du paludisme

Les mères connaissaient le vecteur du paludisme dans 52%.

Remarque : Autres* : soleil, fatigue, pluie, vent, froid, temps....

*Aliments : œuf, lait, aliment sucré, aliment gras, mangue....

*Kolobo mot

bambara qui signifie dentition

Tableau XXVII : Répartition des mères en fonction de la possibilité d'une prévention ou non du paludisme

Connaissances, attitudes et pratiques des mères et diagnostic du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans

Réponses des mères	Fréquence absolue	Fréquence relative (%)
Oui	202	65,2
Non	46	14,8
Ne sait pas	62	20
Total	310	100

Plus de la moitié des mères savaient que le paludisme pouvait être prévenu avec 65,2%.

Tableau XXVIII : Répartition des enfants de 0 à 5 ans selon le motif de Consultation

Signes	Fréquence absolue	Fréquence relative (%)
Fièvre	66	21
Vomissements	5	1,6
Fièvre+Toux	33	10,5
Anorexie	3	1
Dermatoses	22	7
Diarrhée	21	6,7
Fièvre + Diarrhée	38	12
Fièvre + Vomissements	43	13,7
Fièvre + Vomissements Diarrhée	41	13,1
Autres*	42	13,4
Total	314	100

Autres* : plaies, morsures animales et les plaintes associant plusieurs symptômes ou signes en dehors de ce tableau.

La fièvre était le grand motif de consultation des enfants dans 21% des cas.

Tableau XXIX : Répartition des mères en fonction de leurs pratiques prophylactiques du paludisme dans leur foyer

Thèse de médecine

Issa Kéké Déké KONE

Connaissances, attitudes et pratiques des mères et diagnostic du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans

Moyens utilisés	Fréquence absolue	Fréquence relative %
Moustiquaire imprégnée d'insecticide	172	54,8
Moustiquaire + Insecticide	14	4,4
Automédication moderne	16	5,1
Automédication plante	32	10,2
Automédication moderne + Automédication plante	4	1,3
Aucun	26	8,3
Autres*	50	15,9
Total	314	100

Autres* : se laver avec de l'eau chaude, éviter les fruits, le soleil, œufs saleté etc....

La moustiquaire était utilisée comme moyens de prévention chez les enfants dans 54,8%.

Remarque : Moustiquaire + Insecticide correspondaient aux moustiquaires non imprégnées et autres insecticides.

Tableau XXX : Répartition selon les différents médicaments reçus par l'enfant avant d'arriver au centre

Connaissances, attitudes et pratiques des mères et diagnostic du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans

Médicament	Fréquence absolue	Fréquence relative(%)
Antipyrétique	66	21,1
Antibiotique	6	1,9
Automédication plante	56	17,8
Antipaludique	23	7,3
Antipyrétique+Antibiotique	8	2,6
Antipaludique+ Antipyrétique	3	1
Antipaludique+ Antipyrétique+ Antibiotique	2	0,6
Automédication plante et moderne	22	7
Autres*	13	4,1
Aucun	115	36,6
Total	314	100

Autres* : antihistaminiques, antitussifs, mu colitiques, etc....

Les antipyrétiques étaient les plus utilisés dans 21,1% des cas.

Tableau XXXI : Répartition des mères selon celui qui décide de l'envoi de l'enfant en consultation

Réponse des mères	Fréquence absolue	Fréquence relative (%)
Père	202	65,2
Mère	93	30
Autres*	15	4,8
Total	310	

Autres* : grand frère, tante, beau frère, etc....

La décision d'amener l'enfant au centre venait du père dans 65,2% des cas.

Tableau XXXII : Répartition selon les réponses des mères celui qui finance les frais médicaux

Thèse de médecine

Issa Kéké Déké KONE

Connaissances, attitudes et pratiques des mères et diagnostic du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans

Réponse des mères	Fréquence absolue	Fréquence relative (%)
Père	237	76,4
Mère	51	16,5
Père et mère	17	5,5
Autres*	5	1,6
Total	310	100

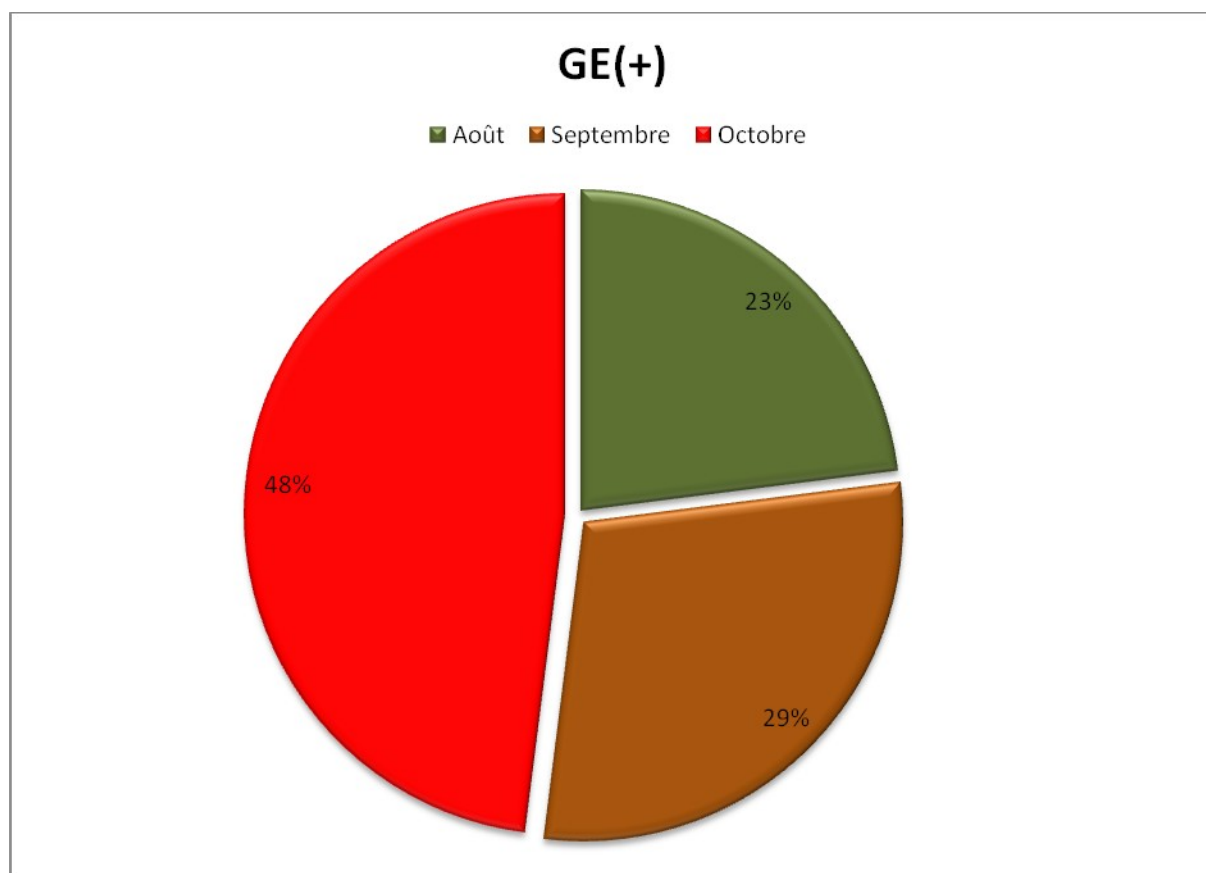
Autres* : grand frère, tante, beau frère, etc....

Les dépenses liées à la santé de l'enfant étaient prises en charge par le père dans 76,4% des cas.

Tableau XXXIII: Répartition des enfants selon le temps mis entre le début des premiers symptômes et leur présentation au centre

Temps mis	Fréquence absolue	Fréquence relative (%)
Moins de 24 heures	6	1,9
24 heures	40	12,7
48 heures	39	12,4
72 heures	42	13,4
Plus de 72heures	167	53,2
Ne sait pas	20	6,4
Total	314	100

Plus de la moitié des enfants consultant étaient vus au centre après un temps de plus de 72 heures avec 53,2% des cas.



Graphique 4: Représentation de la GE(+) selon les mois

L'analyse de ce graphique montre que le paludisme était plus fréquent au mois d'Octobre avec 48% des cas.

CHAPITRE VI COMMENTAIRES & ET DISCUSSION

VI-COMMENTAIRES DISCUSSIONS :

VI-1-Prise en charge des maladies de l'enfant au centre de santé communautaire de Niaréla (BONIABA) :

Thèse de médecine

Issa Kéké Déké KONE

VI-1-1-

Méthodologie

Il s'agit d'une étude transversale allant du 15 Juin au 30 Novembre, période de transmission massive du paludisme. L'objectif principal était d'estimer l'incidence du paludisme, d'écrire sa prise en charge médicale et le comportement des mères en matière de paludisme.

Au cours de notre étude, nous avons essayé de décrire les différentes étapes intervenant dans la prise en charge d'un enfant malade admis au centre de santé communautaire BONIABA.

Le ticket de la consultation de l'enfant coûtait 600Fcfà pour les parents non adhérents au système de l'ASACO et 300Fcfà pour ceux adhérents.

Ensuite les mères se mettaient en rang par ordre d'arrivée devant la salle de consultation du médecin.

VI-1-2-Accueil : toutes les accompagnantes et leurs enfants étaient reçus de la même manière sans distinction. Deux chaises étaient réservées pour les mères et leurs enfants. La salutation était habituelle.

Le ticket était exigé pour l'enregistrement du nom de l'enfant dans le registre.

VI-1-3-Interrogatoire : était dirigée, centrée sur les informations sociodémographiques de l'enfant, le motif de consultation et histoire de la maladie. Les antécédents familiaux et médicaux étaient également demandés. Interrogatoire dépassait rarement une dizaine de minutes.

VI-1-4-L'examen physique : se faisait sur la table de consultation, patient assis ou couché tors nu. Il comprenait :

- l'inspection : constituait à voir l'état général surtout une déshydratation. Les conjonctives à la recherche de signes d'anémie, la peau, les phanères et la cavité buccale à la recherche d'infection cutanéomuqueuses.

-Palpation : l'abdomen était palpé à la recherche d'une hépatosplénomégalie et d'une défense.

Thèse de médecine

Issa Kéké Déké KONE

Connaissances, attitudes et pratiques des mères et diagnostic du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans

- Auscultation : elle était surtout cardiaque et pulmonaire.

Par ailleurs d'autres examens étaient menés de façons plus spécifiques : tel que celui des oreilles et de la bouche avec une source lumineuse.

VI-1-5-Diagnostic : le diagnostic clinique ou hypothèse diagnostic était porté dans le registre de consultation.

La goutte épaisse a été demandée chez tous les enfants suspects porteurs de plasmodium.

Toutes les mères étaient informées des résultats de la goutte épaisse et le mode de transmission du paludisme.

VI-1-6-Traitement : tous les enfants recevaient gratuitement du CTA (combinaison thérapeutique à base de dérivés de l'artémisinine).

Les antipyrétiques surtout le paracétamol et certains antibiotiques comme le cotrimoxazole, l'amoxicilline et l'érythromycine étaient généralement prescrits.

Certains enfants recevaient un kit de paludisme grave dans les cas urgents où les parents n'étaient pas à mesure d'assurer les frais de la référence.

Tous les enfants qui étaient diagnostiqués paludéens, avaient bénéficié gratuitement d'une moustiquaire imprégnée d'insecticide. Nous avons référé 4 cas de paludisme graves au CHU Gabriel Touré et 2 cas a été prise au CSCOM.

VI-1-7-Résultats

VI-1-7-1-Caractéristiques sociodémographiques :

Notre étude menée dans le CSCOM de Niaréla(BONIABA) a porté sur 310 femmes (dont 4 mères adoptives et 306 mères biologiques).

La tranche d'âge de 20 à 29ans était la plus représentée avec 149 cas, soit 48,1% [Tableau V].

La plus jeune mère était de 15 ans et la plus âgée 52 ans.

Ces résultats sont semblables à ceux de KONE A. qui avait trouvé 48,7% ; une jeune maman de 15 ans et la plus âgée de 51 ans.

KONE M. avait trouvé 46 ans [23].

Thèse de médecine

Issa Kéké Déké KONE

Connaissances, attitudes et pratiques des mères et diagnostic du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans

Dans la plus part de nos sociétés africaines, le mariage constitue le cadre privilégié de la procréation. Les normes qui le régissent varient d'une population et d'une culture à une autre. Nous avons considéré comme étant mariée toute femme qui cohabitait régulièrement avec le père des enfants.

Les femmes mariées représentent la majorité des mères des enfants avec 95,2% contre une minorité de célibataires 2,3%, fiancées 1,6%, divorcées 0,6% et de veuves 0,3% [Tableau VI].

DEMBELE B. trouvait que les parturientes mariées étaient plus représentées avec 91,1% contre 8,9% des célibataires [24].

Les mères venaient de Niaréla dans 32,25% [Tableau VII]. Cela s'explique par le lieu du centre de santé dans ce quartier.

La majorité des mères avaient au moins deux enfants de moins de 6 ans vivant avec elle dans 51,9% des cas et 4,2% de mères avaient 3 enfants [Tableau VIII].

KONE M. avait trouvé 53,5% et une seule femme avait 4 enfants avec elle [23]. Dans 89,7% des cas le père était présent dans le foyer conjugal [Tableau IX].

VI-1-7-1-Résultats socio-économiques

Le Mali est un pays en voie de développement avec un niveau d'instruction faible de la population notamment les femmes.

La majorité des femmes n'était pas alphabétisée, soit 56,4% contre 36,2% de celles qui étaient instruites à l'école française.

Certaines avaient un niveau d'instruction arabe (medersa) avec 7,4% [Tableau X]. Ces résultats sont comparables à ceux de KONE M. qui avait trouvé dans son étude que 52,6% des mères n'avaient aucun niveau d'instruction [23]. Par contre le niveau d'instruction des hommes était acceptable avec 56,5% à l'école française et 6,4% à l'école arabe (medersa). Moins de la moitié des pères n'avaient pas fréquenté l'école dans 37,1% [Tableau XI].

Sur le plan professionnel, 76,5% des femmes s'occupaient du ménage et 9,7% exerçaient dans le petit commerce. Les élèves et étudiantes représentaient 3,2%. Seulement 4,8% des mères étaient des fonctionnaires [Tableau XII].

Thèse de médecine

Issa Kéké Déké KONE

Connaissances, attitudes et pratiques des mères et diagnostic du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans

A l'opposé, la plus part des pères exerçaient dans le secteur informel. Les ouvriers non qualifiés avec 31,2% étaient les plus représentés, suivit des commerçants avec 25,4% et 13,2% de fonctionnaires salariés [Tableau XIII].

Au cours de notre étude, a été inclus 314 enfants de 0 à 5 ans. Cela s'expliquait par la présence de jumeaux et les mères amenant souvent deux enfants. La tranche d'âge de 0 à 11 mois prédominait dans cette étude avec 35% [Graphique 1].

Le sexe masculin prédominait avec 53%. Le sexe ratio était de 1,1 [Tableau XIV]. Cette prédominance masculine est comparable à l'étude faite par KONE A qui avait trouvé 58% [24].

VI-1-7-2-CARACTERISTIQUES PARASITO-CLINIQUES :

Au total sur les 314 enfants de 0 à 5 ans inclus dans notre étude, 204 avaient présenté une température $>37,5^{\circ}\text{C}$ soit 65% [Tableau XV].

Cette prévalence est semblable à celle de KONE M. 79% [23], de KONE A 70% [22] et inférieure à celle de MAIGA S. A. 98,1%.

Cela s'expliquait par le fait que notre étude a coïncidé avec la période de haute transmission palustre.

Mais aussi avec la recrudescence d'autres pathologies fébriles cohabitant avec le paludisme.

C'est le cas de la fièvre typhoïde, des broncho-pneumopathies et des gastro-entérites et d'autres infections virales.

Ce qui expliquait une

proportion élevée des cas de fièvre avec une goutte épaisse positive dans 81,7% des cas.

La tranche d'âge la plus fébrile représentait les enfants de 12 à 23 mois dans 73%

[Graphique 2].

La fièvre était

plus fréquente chez les enfants de Niaréla soit 34,3%

[Tableau XVI].

Cela pouvait s'expliquer par le nombre élevé des consultations au centre de leurs enfants de moins de 5 ans sous un antipyrétique seulement. L'absence des mesures préventives (utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide) et surtout une hygiène précaire (des caniveaux à ciel ouvert et une production excessive des déchets).

Thèse de médecine

Issa Kéké Déké KONE

Connaissances, attitudes et pratiques des mères et diagnostic du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans

Par rapport au sexe, il n'existait pas une différence de variation de la fièvre, soit 65,7% pour les garçons et 64,2 pour les filles. [Tableau XVII]. La survenue

de la fièvre était la même dans les deux sexes. Odds Ratio=1,1. La majorité des enfants était porteur de plasmodium falciparum associé en général à la fièvre dans 83,7% [Tableau XVIII].

DIASSANA M. avait trouvé dans son étude 76,8% [25]. L'absence de la fièvre chez les enfants qui avaient une goutte épaisse positive pouvait s'expliquer par la prise d'antipyrétiques et autres automédications. Les

signes cliniques du paludisme et de la fièvre typhoïde sont souvent incertains. L'hypothèse diagnostique du paludisme était retenue par le médecin dans 56,7% et l'association accès palustre et fièvre typhoïde dans 8,1% [Tableau XX].

Cela nous amenait à faire la sérologie de Widal Félix et de la goutte épaisse chez les grands enfants. Les deux cohabitaient dans 65,4% des cas. [Tableau XIX].

La variation de la positivité de la goutte épaisse au niveau des tranches d'âges n'était pas remarquable. Les enfants de 36 à 47 mois étaient les plus infectés avec un total de 31 cas, soit 93,5% et les enfants de 0 à 11 mois les moins atteints avec un total de 75 cas, soit 66,7% [Tableau XXI]. Le mode de

survenu du paludisme est la même dans les deux sexes. Une légère prédominance était observée chez les garçons. Odds Ration=1,1 [Tableau XXII].

Le paludisme était fréquent dans 92% chez les enfants venant de divers quartiers de Bamako, suivit de ceux de Niaréla avec 84% [Tableau XXIII].

L'explication pouvait être due la présence d'un grand nombre de vecteurs psalmodiques dans leur lieu d'habitation et la non prévention du paludisme.

VI-2-Résultats CAP des mères

VI-2-1-Diagnostic du paludisme

Les mères connaissaient les signes du paludisme (vomissement, courbature, anorexie, diarrhée, frissons,...) dans 74,4% dont 16,4% pour l'appellation palu (français) et 51% pour l'appellation sumaya (bambara). Les mères attribuaient dans 11,3% des cas les signes du paludisme à la dentition (kolobo en bambara) [Tableau XXIV].

Diallo avait trouvé un diagnostique de sumaya dans 90% chez les femmes de Sikasso [26].

Une étude faite par Yeneneh auprès de 300 femmes de six communautés choisies de façon aléatoire en Ethiopie a montré que, 85% pouvaient identifier les signes du paludisme [28].

Thèse de médecine

Issa Kéké Déké KONE

Connaissances, attitudes et pratiques des mères et diagnostic du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans

Plus de la moitié des parents s'étaient adressés dans 52% des cas au centre santé contre 22,2% pour le traitement médicale plante, 21% pour l'automédication moderne et une association était retrouvée dans 3,2% [Tableau XXV].

Le niveau d'instruction des mères n'avait pas d'influence en matière de traitement du paludisme en automédication à domicile. Les mères du premier cycle avaient utilisé dans 66,7% à dose correcte les antipaludiques. La reprise d'une prescription antérieure par un médecin donnait tout son sens à cette explication [Tableau XXVI].

Dans notre étude, les mères connaissaient le vecteur du paludisme dans 52% [Graphique 3]. Ce résultat confirme une nette évolution de la connaissance du mécanisme de la transmission du paludisme. En ville le message commence à passer. KONE M. avait trouvé dans son étude 42%. Chez les bozos de Sélingué, les moustiques étaient cités comme cause de fièvre palustre dans 2% seulement [27]. Dans l'étude faite à Banconi par KONE M. 17,2% avaient pu citer le moustique pour cause du paludisme. Dans notre

étude, 65,2% des mères savaient que le paludisme pouvait être prévenu [Tableau XXVII].

La majorité des femmes amenaient leurs enfants au CSCOM afin de bénéficier d'une moustiquaire et antipaludique gratuitement. Cela contribuait à l'amélioration de la connaissance des mères sur le paludisme: DIALLO M. dans son étude trouvait que l'utilisation des moustiquaires n'était pas effective par le fait de la pauvreté [29].

Certaines mères prévenaient déjà le paludisme par l'utilisation de moustiquaires dans 54,8% des cas et associées à des insecticides dans 4,4%. L'automédication moderne était utilisée dans 5,1% et l'automédication plante dans 10,2%. Peu de parents utilisaient les deux pour la prévention de leurs enfants du paludisme, soit 1,3%. Dans 8,3% des cas certains enfants ne recevaient aucune prophylaxie [Tableau XXIX].

MAIGA S.A. avait trouvé dans son étude que 30,60% des patients ayant présenté un paludisme simple prétendaient dormir toujours sous moustiquaire [30]. La diarrhée, la toux, les vomissements associés à la fièvre motivait beaucoup de mères à amener leurs enfants en consultation au CSCOM dans plus de 70,3% des cas. La fièvre à elle seule occupait 21% de consultation suivit de fièvre plus vomissement : 13,7% ; fièvre plus diarrhée plus vomissement : 13,1% ; fièvre plus diarrhée : 12% et fièvre plus toux 10,5% [Tableau XXVIII]. La fièvre observée dans 100% des cas des patients paludéens dans une étude menée par KANTE A [31].

La plus part des enfants reçus en consultation recevaient déjà un traitement à base d'antipyrétique dans 21,1%. L'automédication plante était utilisée dans 17,8%. Les antipaludiques venaient au deuxième

Thèse de médecine

Issa Kéké Déké KONE

Connaissances, attitudes et pratiques des mères et diagnostic du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans

rang avec 7,3%. Les antibiotiques étaient moins utilisés, soit 1,9%. En tout 63,4% des enfants étaient sous traitement en automédication avant leur arrivée au CSCOM

[Tableau XXX].

En Afrique et surtout au Mali, toute exécution d'une décision dans la famille doit passer obligatoirement par le chef de famille.

C'est ainsi que 65,2% des

femmes déclaraient que le fait d'amener l'enfant au centre venait du père **[Tableau XXXI].**

DIALLO M. avait trouvé le contraire que la décision d'envoyer l'enfant au centre de santé relève surtout de la mère.

Le Mali est un pays en voie

de développement, peu de femmes exercent une activité génératrice de revenu d'où la charge de la famille revient au père. Les dépenses liées à la santé de l'enfant étaient prise en charge par le père dans 76,45% des cas **[Tableau XXXII].**

Le revenu du malien est souvent faible influençant ainsi la prise en charge de la famille en matière de dépense. La majorité des parents mettaient leurs enfants sous observation, en pensant que la guérison serait spontanée ou sous automédication. Cela expliquait le retard de consultations de plus de 72 heures des enfants avec 53,2% des cas **[Tableau XXXIII].**

Dans notre étude, le mois d'Octobre correspond à la haute prévalence du paludisme avec 48% des cas de goutte épaisse positive.

Le mois de Septembre était

représenté avec 29% et le mois d'Aout avec 23% **[Graphique 4].**

VII-1-CONCLUSION :

Notre étude sur le paludisme chez les femmes et leurs enfants de 0 à 5 ans, avait concerné 310 femmes et 314 enfants dans le CSCOM de Niaréla (BONIABA). Les femmes de 20 à 29 ans étaient dominantes, soit 48,1% et la plus jeune maman avait 15 ans. La majorité des mères avait au moins 2 enfants. Plus de 95,2% des mères étaient mariées.

Les femmes sans niveau d'instruction étaient de 56,4%, plus de la moitié faisaient le ménage, soit 76,5%. Les mères connaissaient le vecteur du paludisme dans 52% des cas. Le sexe masculin était prédominant soit 53%. La tranche d'âge de 0 à 11 mois constituait la classe la plus nombreuse avec 35%. La fièvre était présente dans 65% chez les enfants inclus dans notre étude. Les enfants de 0 à 11mois avaient la plus faible goutte épaisse positive. La

Thèse de médecine

Issa Kéké Déké KONE

Connaissances, attitudes et pratiques des mères et diagnostic du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans

survenue du paludisme était la même dans les 2 sexes. Odds Ratio=1. Le mois d'Octobre correspondait à la haute transmission du paludisme avec 48,2%. Chaque enfant avait reçu après la guérison, une moustiquaire imprégnée d'insecticide. Aucun échec de traitement n'avait été noté dans notre étude. Le paludisme était meso-endémique dans la zone de notre étude avec 42,6%.

VII-RECOMMANDATIONS :

VII-1-Aux autorités sanitaires :

- Equiper ou installer des laboratoires dans tous les centres de santé du Mali.
- Planifier des ateliers de recyclage du personnel sur le diagnostic et la prise en charge du paludisme en utilisant des supports préparés à partir des données de cette étude.
- Diffuser le schéma simple de prise en charge du paludisme simple et du paludisme grave et compliqué dans tous les centres de santé du Mali.
- Rendre disponible les médicaments indispensables pour la prise en charge des formes simples grave du paludisme dans tous les centres de santé du Mali.
- Rendre le coût accessible par toutes les classes sociales, l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticides.
- Assurer la gratuité des antipaludiques et moustiquaires imprégnées d'insecticides dans tous les centres de santé du Mali.
- Stériliser les gîtes des vecteurs et une distribution gratuite d'insecticides à tous les parents d'enfants de 0 à 5 ans.
- Former ou recycler les techniciens de laboratoire pour la qualité des examens para cliniques.
- Encourager surtout les chercheurs en matière de santé à atteindre leurs objectifs.

VII-2-Au personnel sanitaire :

- Expliquer le mécanisme de la transmission du paludisme aux mères et la dose correcte des médicaments.
- Animer des séances d'IEC à la radio locale, à la télévision et dans toutes les écoles primaires et second-cycles.

VII-3-A la population :

- Assurer une consultation précoce dans les centres de santé.

Thèse de médecine

Issa Kéké Déké KONE

Connaissances, attitudes et pratiques des mères et diagnostic du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans

- Eviter d'aller directement à la pharmacie en cas de fièvre.

-

Assainir les lieux d'habitation.

- Dormir sous moustiquaire
insecticides

- Utiliser les

thèse de médecine

Issa Kéké Déké KONE

VIII-REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1-Gentillini M ; J. P. Nozais- : Historique du paludisme in “paludisme” univ franco .UREF Ellipses1991, p:17-23

2-Assimidi J. K., Ayadom Ategbo S. Y. Atakouma, D. Y. Tatouga P. et Begue P. : Aspects clinique et thérapeutique du neuropaludisme au CHU de Lomé Tonkoin. Med. Digest Vol 18-1992-Supplément N°01

3-OMS : Fiches modèles d’information à l’image des prescripteurs, Médicaments utilisés en parasitologie. 2° édition- Genève, 1997

4-OMS : 1990. Formes graves et compliquées de paludisme. I. Trop. MED. and Hug.1990.84 (2):7

5-Bremen J.: (2001) the ears of the hippopotamus: manifestation, determinants of the malaria burden. Am J. Trop. Med. Hyg 64(1, 2) S, 1-11

6-Assimidi J. K., Ayadom Ategbo S. Y. Atakouma, D. Y. Tatouga P. et Begue P. : Aspects clinique et thérapeutique du neuropaludisme au CHU de Lomé Tonkoin. Med. Digest Vol 18-1992-Supplément N°01.

7-RBM : cadre pour la surveillance des progrès et l’évaluation des résultats et de l’impact. OMS, Genève 2000. WHO/CDS/RBM/2000.25

Thèse de médecine

Issa Kéké Déké KONE

Connaissances, attitudes et pratiques des mères et diagnostic du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans

8-Kouma D : contribution à l'étude de l'association palu et grossesse dans le centre de santé de la commune II.

Thèse de Médecine, Bamako 1992 n11 p87.

9-Dunn, F.L. : Le rôle du comportement humain dans la lutte contre les maladies parasitaires, Bulletin de l'OMS, (1979), 57 : 6, 887 – 902 .

10-OMS : Rapport d'un groupe scientifique de l'OMS "Pratiques de la chimiothérapie du paludisme", OMS, Genève 1990.

11-Sissoko M.: Approche épidémiologique de la mortalité maternelle liées à la gravido-puerpuralite à Bamako 1975-1979. Thèse de Med.

Bamako.1980 n26 p190.

12-Doumbo O, Sankare O, Toure YT. : Le paludisme dans le sahel: l'exemple du Mali. Mal Trop Trnsm, Ed, AUPELLF-UREF, John Libbey Eurotex. Paris 1989 :11-32.

13- Parise M.B. et al.: Efficacy of Sulfadoxine P; for prevention of placenta malaria in a area of Kenya with a high prevention of malaria human immunodeficiency virus infection .Am-J- Trop. Med Hyg.1998 Novembre; 59 (5); 813 – 22.

14-Traore F.M. : Aspects Epidemio-cliniques de l'accouchement prématuré au CSRéf CII du district de Bamako. Thèse Méd. 2006 ; n85 p 303.

15-Bouchaud O, Doumbo O, Gaye O, Mbacham W, Ogutu B, Soumare M, Talisuna A : Mémento thérapeutique du paludisme en Afrique 2008(1^{er}édition) ; p(24-25). **16- Warrell D.A.** : Physiopathologie *du paludisme grave cahier de santé*1993 ; (3) : P (276 – 279)

17-[http://fr.wikipedia.org/wiki/paludisme\(28/07/2010\)](http://fr.wikipedia.org/wiki/paludisme(28/07/2010))

18-

Décennies des Nations Unies pour faire reculer le paludisme.

19-Anonyme. : Evaluation de la situation sanitaire de "Kéniéba Bafoulabé Kita"1981.

20-Le Bras M, Denis Malvy. : Vaccination antipaludique : acquis et controverses. Rev. Prat. (Paris) 1998. Feb1. 48(3) : 291-295

21- Doumbo O. : Epidémiologie du paludisme au Mali : étude de la Chloroquino résistance essai de contrôle basée sur l'utilisation des rideaux imprègnes de permutation associe au traitement systématique des accès fébriles.

Thèse de doctorat (science biologique), Université de Montpellier2, 1992.

22- KONE A. : Prise en charge du paludisme présumé simple dans le district de Bamako chez les enfants de moins de 5 ans. *Thèse de Méd.,*

Bamako, 2002 ; P 35

Thèse de médecine

Issa Kéké Déké KONE

Connaissances, attitudes et pratiques des mères et diagnostic du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans

23-KONE M.T.: Connaissances, attitudes, pratiques des mères et diagnostic du paludisme chez les enfants de 0 à 5ans dans le CSCOM DE Bankoni. *Thèse de Méd., Bamako, 2000 N°128 ; P (73 - 75)*

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

25-DIASSANA M. : Place du paludisme dans l'origine des accès fébriles observés au CSREF de la commune VI du District de Bamako. *Thèse de Méd., Bamako, 2006. N°129 ; P 60*

26-DIALLO F B. : Représentation, saisonnalité et prise en charge du paludisme simple : le cas des femmes sénoufo de Sikasso, Mali. *Thèse de doctorat, Université de Montréal, juillet 1998 ; P63*

27-TOURE Y. T. : Génétique, écologie et capacité vectorielle du complexe Anophèles gambiae sl au Mali. *Thèse des sciences Aix Marseille III 1985.*

28-SteKetée. RW et al.: Developing effective strategies for malaria Prevention program for pregnant African women. *J Trop med 1996; 55: 95-100.*

29- DIALLO M. Prévention et contrôle du paludisme chez les femmes enceintes et les enfants de 0 à 5 ans dans les cercles de BOUGOUNI, Kolondiéba et Yanfolila. *Thèse de Méd., Bamako, 2008 ; N°62 ; P 49*

30-MAIGA S. A. Attitudes et comportements des populations face au paludisme dans l'aire de santé de Kendé (Cercle de Bandiagara)

Thèse de Méd., Bamako, 2004 ; N°82 ; P 68

31-KANTE A. Paludisme grave et compliqué chez l'adulte au CSCOM de N'tomikorobougou.

Thèse de Méd., Bamako, 2005 ; N°231 ; P 38

FICHE D'ENQUETE

1-Numéro..... 2-date d'enquête..... 3-
enquêteur.....
4-date de saisie.....

Mère

5-Nom de la mère.....6-Résidence de la mère.....

7-Nombre d'enfants de moins de 6 ans dans le ménage.....

8-Age de la mère..... 9-Ethnie de la mère [] 1-Bambara; 2-Dogon;
3-Mossi; 4-Bella; 5-Bobo; 6-Malinké; 7-Peulh; 8-Maure; 9-Rimabe; 10-Bozo;
11-Senoufo; 12-Minianka; 13-Somono; 14-Sonrhai; 15-Sarakolé/Marka/Soniké;
16-Autres (à préciser)....

10-Statu matrimonial [] 1-Mariée; 2-Célibataire; 3-Divorcée; 4-Séparée; 5-Fiancée;
6-Veuve; 7-Autres (à préciser)

11-Niveau d'instruction de la mère [] 0-Aucune; 1-Premier cycle; 2-Second
cycle; 3-secondaire;4-Supérieur; 5-Coranique; 6-Alphabétisée: 6-1-français; 6-2-bambara;
6-3-arabe; 7-Autres (préciser).....

12-Activité principale de la mère [] 1-Ménagère; 2-Salariée; 3-
Jardinage; 4-Petite Commerçante détaillante; 5-Grande commerçante détaillante; 6-Elève;
7-Etudiante; 8-Autres (à préciser)

Thèse de médecine

Issa Kéké Déké KONE

Connaissances, attitudes et pratiques des mères et diagnostic du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans

20-Voie Administration de la plante [] 1-Bain et boisson; 2-Fumigation; 3-Massage
4-
Autres (à préciser).....

21-Si automédication moderne, par quel médicament ? [] 1-Amodiaquine; 2-
Quinine/Quinimax; 3-Paracétamol; 4-Antibiotique (à préciser) :4-1..... 4-
2..... 4-3..... 5-Autres (à préciser)

22- Quelles sont les causes de cette maladie ? [] 0-Ne sait pas; 1-Dieu; 2-
Destin; 3-Vent; 4-Sorcier; 5-Diable ou Jinè; 6-Aliment sucré; 7-Aliment gras;8-Fruits
sucrés; 9-Mouche; 10-Moustiques; 11-Eaux stagnantes; 12-Saletés; 13-Autres (à préciser)
.....

23-Peut-on l'éviter ? [] 0-Ne sait pas; 1-Oui; 2-Non

24-Si oui, comment peut-on l'éviter ?.....

25-Traitement le plus habituel de cette maladie [] 1-Amodiaquine; 2-
Quinine/Quinimax; 3-Paracétamol; 4-Antibiotique (à préciser) : 4-1.....
4-2..... 4-3.....5-Automédication; 6-Marabout; Autres (à préciser).....

26-Pour l'antipaludique utilisé, quel est la posologie correcte chez l'enfant ? []
0-Ne sait pas; 1-Nombre de comprimés ou cuillerées par jour..... 2-Nombre de jours
de Traitement

27-Chez qui pouvant trouver les antibiotiques dans votre quartier ? [] 1-Vendeur
ambulant; 2-Commerçant du quartier; 3-Tradithérapeut; 4-Centre de santé; 5-
Pharmacie; 6-Autres (indiquer chez qui).....

28- Qui prend la décision de traiter l'enfant ? [] 1-Le père; 2-La mère; 3-Les deux 4-Autres
(à préciser).....

29- Qui finance les frais ? [] 1-Le père; La mère; 2-Les deux; 3-Autres (à préciser)
.....

30-Quand l'enfant faisait de la fièvre la dernière fois, quel traitement a-t-il reçu ? [] 0-Ne
sait pas; 1- Amodiaquine; 2-Quinine/Quinimax; 3-Paracétamol; 4-Antibiotique (à
préciser) :4-1..... 4-2..... 4-3.....

5-Automédication; 6-Marabout; Autres (à préciser).....

Thèse de médecine

Issa Kéké Déké KONE

Connaissances, attitudes et pratiques des mères et diagnostic du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans

31-La dernière fois, combien de temps s'est-il écoulé entre le début de la fièvre et administration du médicament ? [] 0-Ne sait pas/Ne souvient pas 1-Moins de 12heures; 2-12heures à 24heures; 3-25heures à 36heures; 4-37heures à 48heures; 5-49heures à 72heures; 6-Plus de 72Heures

32-Si l'enfant n'est pas malade, est-ce que vous faites quelques choses pour le prévenir du ? [] 0-Ne sait pas; 1- Non; 1-Oui; Que faites vous ?.....

33-Faites-vous confiance au traitement du paludisme par les médicaments modernes ? [] 1-Oui; 2-Non; Pourquoi ?.....

ENFANT

34-Nom de l'enfant..... 35-Sexe de l'enfant.... 36-Age de l'enfant.....

36-Résidence de l'enfant..... 37-Quels sont les motifs de consultation ? [] 1-Fièvre; 2-Raideur de la nuque; 3-Céphalée/maux de tête; 4-Sensation de froid ou frisson; 5-Diarrhée; 6-Courbature; 7-Vomissements; 8-Dyspnée; 9-Eruption cutanée; 10-Toux 11- Autres (préciser).....

39-Combien de temps s'est-il écoulé entre le début des symptômes et la présentation de l'enfant au centre ? [] 0-Ne sait pas/Ne souvient pas; 1-Moins de 12heures; 2-12heures à 24heures; 3-25heures à 36heures; 4-37heures à 48heures; 5-49heures à 72heures; 6-Plus de 72Heures

40-Quel est le traitement reçu avant d'arriver au centre santé ? [] 0-Aucun traitement particulier; 1-Antipyrétiques; 3-Antibiotiques; 4-Traitement traditionnel; 5-Antipaludiques : 5-1-Amodiaquine; 5-2-Quinimax/ Quinine 5-3-Autres (à préciser)..... 6-Voie d'administration []

V1-Voie orale; V2-Voie parentérale; V3-Voie rectale V4-Autres (à préciser) 7-Posologie utilisée [] P1- Nombre de cuillerées ou de comprimés utilisés par jour... P2-Nombre de comprimés utilisés par jour P3-Ne sait

Connaissances, attitudes et pratiques des mères et diagnostic du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans

pas/Ne souvient pas P4-Nombres de jours de traitement..... P5-Autres (à préciser).....

41-Est-ce que vous avez achetez médicaments ? [] 1-Non; 2-Oui; 3-
Ou ?.....

4-le cout ?..... 5-Raison de la gratuité

Médecin

42- Quels sont les symptômes de l'enfant ? [] 1-Fièvre entre; 2-Raideur de la nuque; 3-
Céphalée/maux de tête; 4-Diarrhée; 5-Courbature; 6-Vomissements; 7-
Dyspnée; 8-Eruption cutanée; 9-Toux; 10-Autres (préciser).....

43-Poids de l'enfant 44-Température de l'enfant 45 Le médecin a-t-il
examiné l'enfant ? [] 1-Non; 2-Oui; 3-Quel examen clinique a-t-il
fait ?.....

46-Quelles sont les hypothèses diagnostiques ? [] 1..... 2.....
3.....

47-Le médecin a-t-il recours à des examens complémentaires ? [] 1-Oui; 2-Non (sauter à question 50)

48-Quels sont ces examens complémentaires ? [] 1-Goutte Epaisse sur place; 2-Qui a
payé la goutte sur place ? [] 1- la mère; 2-Autres (préciser).....
3-Autres examens complémentaires (préciser et sauter à question 50)

49-Quel est le résultat de la goutte Epaisse ? [] 1-Positif 2 : Négatif

50-Quels sont les médicaments prescrits et leur cout ?

Médicaments	Cout
1-	
2-	
3-	

Connaissances, attitudes et pratiques des mères et diagnostic du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans

4-	
5-	
6-	

COUT TOTAL :

51-Est-ce que les médicaments sont achetés sur place ? [] 1-Oui; 2-Par qui a acheté les médicaments sur place ? [] 1-La mère; 2-Autres(préciser)..... 3-Non; 4-Si non pourquoi ?.....

Fiche signalétique

Nom : KONE

Prénom : Issa Kéké Déké

Nationalité : Malienne

Thèse de médecine

Issa Kéké Déké KONE

Connaissances, attitudes et pratiques des mères et diagnostic du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans

Date de soutenance : le

Ville de soutenance : Bamako

Titre : Connaissances, attitudes et pratiques des mères et diagnostic du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans dans le CSCOM de Niaréla (BONIABA).

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie de l'Université de Bamako

Secteur d'intérêt : anthropologie et parasitisme.

Résumé : Nous avons réalisé une enquête chez les femmes et chez leurs enfants afin de déterminer leur attitude comportementale face au paludisme. Elle a concerné 310 femmes et 314 enfants. Les femmes de 20 à 29 ans étaient les plus nombreuses et les enfants de moins de 11 mois. Les mères connaissaient le vecteur du paludisme dans 52% des cas. Les mères, savaient que le paludisme pouvait être prévenu dans 65,2%. La moustiquaire était utilisée comme moyens de prévention chez les enfants dans 54,8%. La décision d'amener l'enfant au centre venait du père dans 65,2% des cas. Le mois d'Octobre était le mois de haute transmission du paludisme dans 48%.

Last name: KONE

names : Issa Kéké Déké

Mothers knowledge, attitudes, practices and
Community Health Center of Bamako/Mali (Niarela), in children from 0 to 5 years old.

Defense date: Saturday, February 26, 2011

defense: Bamako

Point of discharge: Library of the Faculty of Medicine of Pharmacy and Odonto-

First

Title of the thesis :

Malaria diagnoses at BONIABA

Town of

Country of origin : Mali

Thèse de médecine

Issa Kéké Déké KONE

Connaissances, attitudes et pratiques des mères et diagnostic du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans

Stomatology of Mali

Sector of interest:

Parasitism and Anthropology

Summary:

We carried out a survey in women and children in order to determine their attitude and behaviour towards malaria. It included 310 women and 314 children. Women of 20 to 29 years old were dominant as well as children under 11 months old. Mothers were aware of the malaria vector in 52% cases. 65.2% of mothers knew that malaria is preventable. Bed nets were used as prevention means in children in 54.8% of cases. In 65.2% the decision to take the children to the health centre was made by the father. October was the month of peak in transmission with 48% of malaria cases.

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 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.

Thèse de médecine

Issa Kéké Déké KONE

Connaissances, attitudes et pratiques des mères et diagnostic du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans

Admis a l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ma

langue taira les secrets qui me seront confies et mon état ne servira pas a

corrompre les mœurs, ni a favoriser le crime

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation de race,

de partie politique ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon

devoir et mon patient

Je garderai le respect absolu de la vie humaine des 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 a mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Je le jure !