

Evaluation de la qualité de la prise en charge de la fièvre chez les enfants de 0 à 59 mois par les agents de santé communautaire(ASC) dans l'aire de sante de Yirimadio en commune VI du district de Bamako

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple- Un But -Une Foi



FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année Universitaire 2017 – 2018

Thèse N° _____/Med

TITRE

**EVALUATION DE LA QUALITE DE LA PRISE
EN CHARGE DE LA FIEVRE CHEZ LES
ENFANTS DE 0 À 59 MOIS PAR LES AGENTS
DE SANTE COMMUNAUTAIRE DE YIRIMADIO
EN COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO**

THESE

Présentée et soutenue publiquement, le / / 2018

Devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

PAR :

Mr. DAGNOKO SEYDOU

Pour l'obtention du grade de Docteur en MEDECINE (Diplôme d'état)

JURY

Président : Pr. Boubacar TOGO

Membre : Dr. Ibrahim CISSE

Directeur de thèse : Pr. Boubacar MAIGA

Co-directeur: Dr. Kassoum KAYENTAO

NOKO

DEDICACES

Au nom d'ALLAH, le TOUT MISERICORDIEUX, le TRÈS MISERICORDIEUX.

Louange à ALLAH seigneur de l'univers, l'omnipotent, l'omniscient,

L'omniprésent qui m'a permis de mener à bien ce travail. Je dédie ce travail à :

Dieu, le Clément et Miséricordieux pour sa grâce

DIEU

Donne à mes yeux la lumière pour voir ceux qui ont besoins de soins

Donne à mon cœur la compassion et la compréhension ;

Donne à mes mains l'habilité et la tendresse ;

Donne à mes oreilles la patience d'écouter ;

Donne à mes lèvres les mots qui réconfortent ;

Donne à mon esprit le désir de partager ;

Donne – moi Allah, le courage d'accomplir ce travail ardu et fait que j'apporte un peu de joie dans la vie de ceux qui souffrent.

Amen !

A notre Prophète MOHAMED ; paix et salut sur LUI, à toute sa Famille, tous ses Compagnons, et à tous ceux qui Le suivent jusqu'au jour du jugement.

Mon PERE : FAFING DAGNOKO

Pour le soutien sans faille, pour l'éducation exemplaire, et surtout le sens du devoir et du travail bien fait : en ce jour de gloire, je suis fier de vous

exprimer toute ma gratitude. Papa chéri, reçoit à travers ce travail fini, l'expression des efforts consentis durant ces longues années d'étude.

Ma MERE : BEYA SIDIBE

Ta douceur et ton courage m'ont toujours fascinés; merci pour tout l'amour, la disponibilité, la générosité et les sacrifices.

Tu as su cultiver en nous le sens de la tolérance et de l'amour ; que DIEU te donne longue vie pour que tu puisses jouir du fruit de ce travail qui est le tien.

Maman tu es unique, je t'adore. Trouve ici le témoignage de mon éternelle reconnaissance.

A MON EPOUSSE : DJENEBOU DIAKITE

Chère épouse, reçois ici toutes mes reconnaissances pour la confiance que tu as placée à ma modeste personne, ta présence à mes côtés a fait de moi un homme fier déterminé à tout pour affronter des difficultés de nature que ce soit. Nous venons de franchir une étape et la plus dure est à venir. Espère que le degré de patience et de compréhension dont tu as toujours fait preuve ne feront pas défaut. Ce travail est le tien.

MES FRERES:

TIEKOROBA DAGNOKO, ABOU OUSMANE BACOU KARIM DAGNOKO Sachez que rien de beau, rien de grand n'est possible sans l'union dans la famille .Votre Compréhension, disponibilité, attention, soutien moral, physique et matériel ne m'ont jamais fait défaut. C'est l'occasion pour moi de vous remercier très sincèrement .Ce travail est le vôtre .Que DIEU nous accorde longévité, santé et succès dans nos entreprises

MA UNIQUE SŒUR :

SAFIATOU DAGNOKO,

Evaluation de la qualité de la prise en charge de la fièvre chez les enfants de 0 à 59 mois par les agents de santé communautaire(ASC) dans l'aire de sante de Yirimadio en commune VI du district de Bamako

L'union, la complicité et la joie de vivre qui ont toujours existé dans notre famille m'ont galvanisé dans la bonne réalisation de ce travail. Seul le travail est souverain pour éviter l'humiliation et vaincre l'ennemi. Ce travail est le vôtre. Que DIEU vous accorde longévité, santé et succès dans nos entreprises.

MES TANTES ET ONCLES :

Vous vous êtes toujours souciés du devenir scolaire de vos enfants. Aucun mot ne saurait exprimer ce que je ressens pour vous. Je prie DIEU pour qu'il vous prête longue vie afin que vous jouissiez de vos œuvres.

A MES COUSINS, COUSINES, NEUVEU ET NIECE DE LA FAMILLE DAGNOKO

La vraie richesse d'une famille, c'est l'union. Recevez ce travail comme gage de mon attachement à cet idéal.

Evaluation de la qualité de la prise en charge de la fièvre chez les enfants de 0 à 59 mois par les agents de santé communautaire(ASC) dans l'aire de sante de Yirimadio en commune VI du district de Bamako



REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

Cette thèse m'offre l'heureuse opportunité d'adresser mes remerciements à toutes les mainsvisibles et invisibles qui ont contribué à sa réalisation.

Mes sincères remerciements vont à :

Tous mes grands-frères : Souleymane DAGNO, Dramane DAGNOKO, Famory, Tahirou DAGNOKO, Diakaridia et Abdou DAGNOKO.

***Tout le personnel de la FMOS, particulièrement au corps Professoral.**

***Au Président et à tous les membres de l'ASACOYIR.**

***A tout le personnel du CSCOM de l'ASACOYIR.**

***Aux Familles :DAGNOKO (BAMAKO, FASSIGALA, DIOILA, BOUGOUNI, BAGUINEDA), la famille SAMBOU SIDIBE AU POINT-G**

- A mes grand frères et sœurs Docteurs : Dr DIALLO HAMED, Dr OUOLEGUEM DOURO,Dr BOUBOU TRAORE, Dr NOUHOUM SOW, Dr SALIF TRAORE, DR MOUSSA DIARRA, Dr MAGANE SAMBOU, Dr DOUCARA, Dr SANOU CLEMENCE.

-A mes frère académique:Dr KASSOGUE HAMADY, Dr HAIDARA ABOUBACAR, Mr MOHAMED DIARRA, Dr SOMBORO AMADOU, Dr ISSA GUINDO, Dr KAMPO BOKARY, Dr KOKOU ABDOUL AZIZ, Mr ISSA NATOUME, Dr KEMESSO BOUBACAR.

-A mes jeunes frère académique:Mr. SAMAKE SOUMAILA, Mr. KEITA, Mr. ADAMA TRAORE, Mr. BOUARE, AISSATA DOUMBIA, DIAKARIDIA TOGOLA

Evaluation de la qualité de la prise en charge de la fièvre chez les enfants de 0 à 59 mois par les agents de santé communautaire(ASC) dans l'aire de sante de Yirimadio en commune VI du district de Bamako



**HOMMAGES AUX MEMBRES
DU JURY**

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

➤ **A notre Maître et Président du Jury**

Pr Boubacar TOGO

=

Professeur titulaire en pédiatrie à la FMOS

Chef du Département de Pédiatrie du CHU-Gabriel TOURE

Enseignant-chercheur

Membre de l' AMAPED

Cher Maître,

Nous avons été touchés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté d'être Présidente du Jury, malgré vos multiples occupations.

Votre grande culture scientifique, vos qualités pédagogiques, votre amour du travail bien fait, expliquent l'estime que Vous portent tous les étudiants de la faculté.

Veillez accepter cher Maître, l'expression de notre profond respect.

Evaluation de la qualité de la prise en charge de la fièvre chez les enfants de 0 à 59 mois par les agents de santé communautaire(ASC) dans l'aire de sante de Yirimadio en commune VI du district de Bamako

Evaluation de la qualité de la prise en charge de la fièvre chez les enfants de 0 à 59 mois par les agents de santé communautaire(ASC) dans l'aire de sante de Yirimadio en commune VI du district de Bamako

➤ A notre maître et directeur de thèse

Pr. BOUBACAR MAIGA

Maître de conférences en Immunologie à la FMOS

Enseignant-chercheur

Cher Maître,

Les mots me manquent pour vous remercier des efforts que vous avez déployés pour que ce travail puisse se concrétiser.

Votre modestie, vos qualités scientifiques et pédagogiques, votre rigueur et dynamisme font de vous un maître tant apprécié.

Vous constituez une référence pour la jeunesse de ce pays en quête de repère.

Permettez – moi cher maître de vous adresser l'expression de ma vive reconnaissance et de mon profond respect.

Evaluation de la qualité de la prise en charge de la fièvre chez les enfants de 0 à 59 mois par les agents de santé communautaire(ASC) dans l'aire de sante de Yirimadio en commune VI du district de Bamako

➤ A notre maitre et juge

Dr Ibrahim CISSE

Médecin, Directeur Technique du CSCOM de Yirimadio

Cher Maître,

Cher maître, nous sommes très fiers, à l'honneur que vous nous faites en nous acceptant dans votre service. Votre sens élevé de l'humanisme m'a émerveillé durant ma formation à vos côtés. Votre encadrement plein de modération, votre enseignement clair et concis font de vous un homme aux qualités recherchées.

Cher maitre, puisse ce travail me permettre de vous témoigner toute ma reconnaissance, mon profond respect et mon attachement.

Qu'Allah vous accord longue vie et santé afin que vous puissiez continuer à contribuer pour la réussite de la médecine au Mali et en Afrique toute entière.

Evaluation de la qualité de la prise en charge de la fièvre chez les enfants de 0 à 59 mois par les agents de santé communautaire(ASC) dans l'aire de sante de Yirimadio en commune VI du district de Bamako

➤ **A notre maitre et co-directeur**

Dr Kassoum KAYENTAO

Enseignant-chercheur à la FMOS.

Cher Maître,

Nous vous remercions de la confiance que vous nous avez faite en nous acceptant dans votre service.

Votre façon particulière d'établir un rapport basé sur la confiance entre le maître et son élève faite et rempli d'affection, de rigueur et d'exigences scientifiques à orienter tout notre dévouement vers le chemin de la science.

Vous êtes pour nous plus qu'un maître mais un père.

Recevez cher maître toute notre gratitude et notre profonde considération.

Sigles et abréviations

-ASACO : Association de sante communautaire

-ASC : agent de santé communautaire

-CCC : communication pour le changement de comportement

-CMV: cytomegalovirus

-CPN : consultation prénatale

-CSCOM: Centre de santé communautaire

-CTA : combinaison thérapeutique à base d'artémisinine

-GIE: groupement d'intérêt économique

-IEC : information education communication

-IRA : infection respiratoire aigue

-JNV : journée nationale de la vaccination

-MAM : malnutrition aigüe modérée

-OMS : organisation mondiale de la santé

-ONG : organisation non gouvernementale

-ORL: otorhinolaryngologie

- PCIME : prise en charge intégré des maladies de l'enfant

-PF: planning familial

-SEC : soins essentiels communautaires

-SIAN : semaine intensive des activités nutritionnelles

-TDR : test de diagnostic rapide

-URENI : unité de récupération d'éducation nutritionnelle intensive

-VAD: visite à domicile

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Physiopathologie de la fièvre

Liste des tableaux

Tableau I :Répartition des enfants selon la tranche d'âge

Tableau II :Répartition des enfants selon le sexe

Tableau III :Répartition des enfants selon l'ethnie

Tableau IV :Répartition des enfants selon le niveau d'instruction et la profession

Tableau V :Répartition des enfants selon le type de visite par l'ASC, début de la fièvre et le degré de la température à la consultation

Tableau VI :Répartition des enfants selon la présence de signes de danger

Tableau VII :Répartition des enfants fébriles selon l'utilisation du TDR

Tableau VIII :Répartition des enfants selon la conduite à tenir devant un résultat de TDR positif au Plasmodiumfalciparum

Tableau IX :Répartition des enfants selon la conduite à tenir devant un résultat de TDR négatif

Tableau X :Répartition des enfants selon la cause de la fièvre diagnostiquée par les ASC

Tableau XI : Administration des CTA selon le résultat du TDR

Evaluation de la qualité de la prise en charge de la fièvre chez les enfants de 0 à 59 mois par les agents de santé communautaire(ASC) dans l'aire de sante de Yirimadio en commune VI du district de Bamako

Tableau XII :Répartition selon le type de type de visite et début de la prise en charge de la fièvre par les ASC

Tableau XIII :Répartition du résultat du TDR selon les autres pathologies de la fièvre

Tableau XIV :Répartition du résultat du TDR selon le niveau d'instruction

Tableau XV : Répartition des enfants selon les signes de danger et le type de visite de l'ASC

Evaluation de la qualité de la prise en charge de la fièvre chez les enfants de 0 à 59 mois par les agents de santé communautaire(ASC) dans l'aire de sante de Yirimadio en commune VI du district de Bamako

SOMMAIRE

I.INTRODUCTION	1
1- Objectifs	5
II.Généralités	6
III. methodologie	22
IV. Résultats	30
V.Commentaires et discussion	38
VI-Conclusion ET RECOMMANDATIONS	42
VII. Références bibliographiques	45

Annexes :

Questionnaire

Fiche signalétique

Serment d'Hippocrate

Evaluation de la qualité de la prise en charge de la fièvre chez les enfants de 0 à 59 mois par les agents de santé communautaire(ASC) dans l'aire de sante de Yirimadio en commune VI du district de Bamako



INTRODUCTION

I. Introduction

La fièvre est un motif fréquent de consultation en milieu pédiatrique et reste une inquiétude des parents. Elle représente 15% du total des consultations en médecine générale dans une étude en Europe [1].

Les fièvres d'origine infectieuses sont les plus fréquentes soit 40% des causes en Europe et 90% des causes en Afrique [2,3]. En Afrique surtout dans les milieux ruraux, la fièvre de l'enfant est considérée comme banale et ne nécessitant pas de soins dans une formation sanitaire. Les formes graves sont perçues comme une manifestation des mauvais yeux et n'iront à l'hôpital qu'au bout de la chaîne d'itinéraire thérapeutique [2,4].

Le poids de la mortalité attribuable à la fièvre pèse de plus en plus sur les enfants vivants dans les pays en voie de développement. Dans la PCIME /OMS 2002 (Prise en Charge Intégrée des Maladies de L'Enfant et Organisation Mondiale de la Santé), il existe cinq maladies qui sont les causes de plus de 70% de décès chez l'enfant de moins de 5 ans : la pneumonie, la diarrhée, le paludisme, la rougeole, et la malnutrition et toutes ces maladies peuvent s'accompagner d'une fièvre [5].

La fièvre constitue le premier motif de consultation et d'hospitalisation en pratique pédiatrique en Afrique [6]. Les décès pour maladies fébriles seraient de l'ordre de 60 % en Afrique centrale chez les enfants de moins de cinq ans [7]. Au Congo, comme partout ailleurs en Afrique, la fièvre est le plus souvent assimilée à un paludisme, situation qui peut s'expliquer par le fait que ce dernier constitue la première cause des affections fébriles [8]. La prise en charge des fièvres à domicile passe par un diagnostic précoce, et un traitement adapté. En Afrique sub-saharienne, l'OMS conseille devant tout syndrome fébrile de prescrire un traitement présomptif avec un antipaludique usuel [9].

Selon l'Enquête Démographique et de Santé du Mali V 2012-2013 environ un enfant sur dix meurt avant d'atteindre l'âge de 5 ans. Le risque de mortalité

Evaluation de la qualité de la prise en charge de la fièvre chez les enfants de 0 à 59 mois par les agents de santé communautaire(ASC) dans l'aire de sante de Yirimadio en commune VI du district de Bamako

néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile rapporté dans cette enquête est respectivement de 35%, 23%, 42%, 58%, 42%, et 98%, ainsi la prévalence de la fièvre estimée au cours de l'enquête diminue avec l'âge de l'enfant, de 13 % parmi ceux de moins de 12-23 mois à 10 % parmi ceux de 24-35 mois et à 7 % parmi ceux de 48-59 mois. C'est parmi les enfants de moins de 12 mois que la prévalence de la fièvre est la plus faible (6 %)[10].

Au Mali, jusqu'en 2009, les actions pour la santé communautaire étaient ciblées essentiellement sur la promotion et la prévention (JNV, SIAN, lutte contre l'onchocercose, le ver de Guinée et la schistosomiase).

Dès 2008 le Ministère de la Santé du Mali avec l'appui de ses partenaires a mis en place un processus de réflexion à travers une analyse de la situation des relais communautaires, suivie en Mars 2009 par la tenue du forum national sur « l'amélioration de l'accès aux Soins Essentiels dans la Communauté (SEC) ».

Les recommandations issues de ce forum ont mis l'accent sur la nécessité d'harmoniser les approches communautaires et de mettre l'accent sur les aspects curatifs (Fièvre, paludisme, diarrhée, Infections Respiratoires Aigües...). Pour ce faire, la problématique des ressources humaines au niveau ménages et communauté se devait d'être résolue par la mise en place d'un Agent de Santé Communautaire en plus du relais. Cet Agent de Santé Communautaire aura en charge les aspects curatifs simples, préventifs et promotionnels. Les outils pour la mise en œuvre d'une stratégie de Soins Essentiels au niveau de la Communauté (SEC) ont été élaborés. Les interventions proposées à travers le guide ont contribué à augmenter la couverture et l'accès aux services curatifs, préventifs et promotionnels au sein de la communauté et dans les ménages [11].

Ces ASC offrent à la population le paquet de soins essentiels communautaires (fièvre, diarrhée, IRA, paludisme simple et malnutrition aiguë modérée, PF)

Evaluation de la qualité de la prise en charge de la fièvre chez les enfants de 0 à 59 mois par les agents de santé communautaire(ASC) dans l'aire de sante de Yirimadio en commune VI du district de Bamako

Malgré ces efforts aucune étude sur la fièvre n'a été élaborée en milieu communautaire sur les ASC de Yirimadio. C'est dans un souci d'amélioration de la prise en charge que nous avons jugé nécessaire d'évaluer la qualité de la prise en charge de la fièvre chez les enfants de 0 à 59 mois par les agents de santé communautaire(ASC) dans l'aire de sante de Yirimadio en commune VI du district de Bamako.

Evaluation de la qualité de la prise en charge de la fièvre chez les enfants de 0 à 59 mois par les agents de santé communautaire(ASC) dans l'aire de sante de Yirimadio en commune VI du district de Bamako

1. Objectifs :

1.1. Objectif général :

Évaluer la qualité de la prise en charge de la fièvre chez les enfants de 0 à 59 mois par les agents de santé communautaire dans l'aire de santé de Yirimadio en commune VI du district de Bamako.

1.2. Objectifs spécifiques :

- ✓ Identifier des enfants ayant consultés dans les 24 heures pour début de fièvre par l'ASC ;
- ✓ Déterminer les éléments de la prise en charge de la fièvre par les ASC ;
- ✓ Déterminer le nombre d'enfants référés au cscom pour fièvre par les ASC ;
- ✓ Identifier les causes les plus fréquentes de ces fièvres

Evaluation de la qualité de la prise en charge de la fièvre chez les enfants de 0 à 59 mois par les agents de santé communautaire(ASC) dans l'aire de sante de Yirimadio en commune VI du district de Bamako



GENERALITES

II. GENERALITES

1- HISTORIQUE [12].

Depuis l'antiquité, la recherche de la fièvre a toujours fait partie de l'examen des malades. Les hommes se fiaient à leurs sens pour fournir les indices qualitatifs de la température. Ceux-ci s'avéraient souvent trompeurs. Il a fallu attendre la fin du XV^{ème} siècle pour voir apparaître les premiers thermomètres médicaux. C'est le médecin et philosophe italien Santorio de Padoue qui, le premier utilisa le thermos opium ou thermoscope afin d'estimer la fièvre de ses patients. Il a rompu ainsi avec la vieille méthode hippocratique de reconnaissance par la simple pose de la main sur le corps du malade.

Reprenant une idée ancienne de héron, il conçut un thermomètre à air. Cet appareil était composé d'une petite boule de verre, surmontée d'un tube en verre, long et étroit qui plongeait dans un vase plein d'eau. Le malade introduisait la petite boule de verre dans sa bouche ou le tenait dans le creux de la main. Santorio signale son instrument dans une publication en 1612 et le décrit en 1630. Entre-temps il l'avait doté d'une graduation comportant deux repères ou points fixes obtenus l'un en refroidissant la petite boule de neige, l'autre en la chauffant à la flamme d'une bougie. Ainsi en 1654 le grand-duc de Toscane Ferdinand II entreprit de perfectionner l'instrument de Santorio de manière à réduire cette dépendance. Son thermomètre contenait de l'alcool et comportait cinquante graduations.

D'autres hommes de sciences : Torricelli, Hooke, Römer apportèrent des modifications aux appareils eux-mêmes ou à l'étalonnage et Fahrenheit fabriqua en 1717 les premiers thermomètres à mercure. Il choisit 32°C pour la température de la glace fondante et 96°C pour la température normale du corps humain. Le physicien Suédois Celsius apportant en 1741 l'échelle centésimale que nous utilisons toujours sur nos thermomètres médicaux. L'ère du thermomètre à mercure était ouverte et devrait durer jusqu'au 1er mars

Evaluation de la qualité de la prise en charge de la fièvre chez les enfants de 0 à 59 mois par les agents de santé communautaire(ASC) dans l'aire de sante de Yirimadio en commune VI du district de Bamako

1999, date à laquelle la commission de sécurité des consommateurs conclut à la nécessité d'interdire le thermomètre à mercure en raison de la toxicité du mercure pour l'homme et l'environnement.

2-DEFINITION : [13].

La fièvre est définie par une élévation de la température centrale au-dessus de 38 °C, en l'absence d'activité physique intense, chez un enfant normalement couvert, dans une température ambiante tempérée ; ce n'est qu'à partir de 38,5 °C qu'il est éventuellement utile d'entreprendre un traitement. Il n'y a pas de consensus pour différencier les fièvres « modérées » ou « élevées » en fonction du niveau de température. Des fièvres, la plupart du temps très élevées (plus de 41 °C), peuvent s'accompagner exceptionnellement de défaillance multi viscérale, dans le cadre d'un syndrome « fièvre-hyperthermie » chez des enfants trop couverts. La fièvre est une composante de la réponse immunitaire primaire. L'organisme met naturellement en jeu tous les mécanismes qui peuvent contribuer au maintien de cette température élevée : fonctions métaboliques, vasoconstriction. Elle est donc d'abord un symptôme, extrêmement fréquent chez l'enfant, accompagnant de très nombreuses pathologies infectieuses.

L'objectif du traitement de la fièvre est avant tout de lutter contre l'inconfort de l'enfant

3- RAPPELS PHYSIOLOGIQUES [14].

3-1- La régulation thermique :

La température est régulière en permanence autour de 37°C grâce à une égalité constante entre la quantité de chaleur produite et la quantité de chaleur perdue par l'organisme.

3-2- La production de chaleur ou thermogénèse :

Elle provient de la combustion active des hormones (hypophysaire et thyroïdienne) et par l'activité musculaire, soit volontaire, soit involontaire (le frisson).

3-3- La déperdition de chaleur ou thermolyse :

Elle se fait par :

- la radiation,
- l'évaporation dépend de la respiration cutanée et pulmonaire. Mais surtout de la transpiration, la convection qui ne joue de rôle que chez le sujet dévêtu. La conduction un autre cas d'évaporation n'intervient que si le sujet est dans l'eau.

3-4- Les mécanismes régulateurs de l'homéothermie :

L'organisme peut augmenter sa production de chaleur par l'activité musculaire volontaire ou involontaire (frissons). Il peut l'augmenter via déperdition de chaleur par la vasodilatation cutanée, la transpiration cutanée et la polypnée.

Il peut diminuer sa déperdition de chaleur par la vasoconstriction cutanée. Les centres régulateurs situés dans le plancher du troisième ventricule sont sous la dépendance de deux ordres d'excitation : les impressions sensibles venues des corpuscules cutanés et la température du plancher du troisième ventricule.

4- PHYSIOPATHOLOGIE DE LA FIEVRE :

La fièvre est un des moyens de réponse de l'organisme aux infections [15]. Elle est également présente dans les maladies inflammatoires, la fièvre peut avoir un effet bénéfique lors d'infection invasive sévère (purpura infectieux, septicémie) et il a été observé que des infections graves non fébriles étaient associées à une augmentation de la mortalité [16].

4-1- Mécanisme général

La réaction fébrile est souvent une partie des réactions de défense face à des infections. Les causes non infectieuses de la fièvre sont plus rares. En simplifiant on peut représenter les stimuli divers (infectieux, toxiques, inflammatoires ou immunologiques) qui activent une réaction en chaîne (figure 1) avec production et libération des cytokines (nommés dans ce contexte souvent pyrogènes endogènes : IL-1, IL-6, TNF, IFN- α) qui finalement activent la cyclo-oxygénase produisant davantage des prostaglandines à partir de l'acide

Evaluation de la qualité de la prise en charge de la fièvre chez les enfants de 0 à 59 mois par les agents de santé communautaire(ASC) dans l'aire de sante de Yirimadio en commune VI du district de Bamako

arachidonique. On pense que c'est la prostaglandine E2 (PGE2) qui augmente la valeur cible du centre de thermorégulation hypothalamique. Ceci produit principalement une rétention de chaleur (vasoconstriction, modification du comportement [position corporelle, habillement] et parfois des mécanismes de thermogenèse (métabolisme, frissons). Ces réactions sont maintenues jusqu'à ce que la nouvelle valeur cible de la température corporelle soit atteinte.

Contrairement à l'hyperthermie il existe aussi des mécanismes de régulation (feedback négatif) qui limite la montée de la température corporelle. Après normalisation de la valeur cible (soit par une évolution spontanée de la maladie, soit induite par des antipyrétiques), la thermogenèse est réduite et la libération de chaleur par une vasodilatation, la transpiration et le comportement est augmentée.

La réaction fébrile à des stimuli divers n'est pas un phénomène physio génétiquement nouveau. Elle n'est pas seulement mise en évidence chez les mammifères, mais aussi chez les reptiles, les poissons, les amphibiens et même certains invertébrés.

La figure 1 le résume.

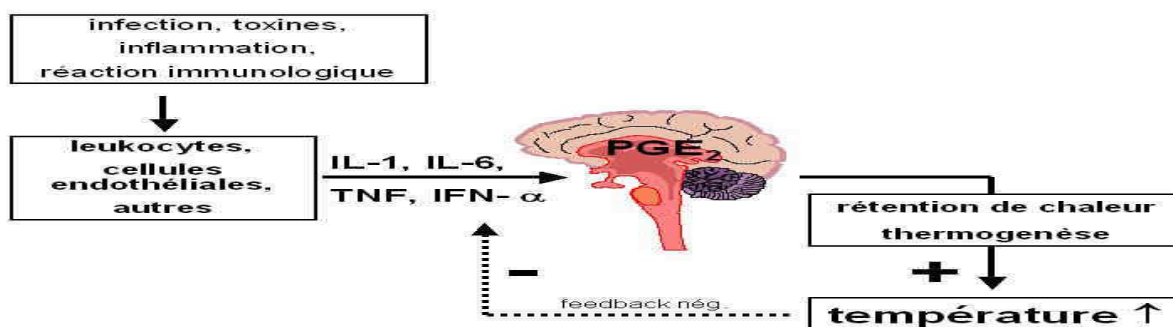


Figure 1 : Physiopathologie de la fièvre

Quand ce processus régulateur est débordé surviennent d'autres mécanismes [17] :

Evaluation de la qualité de la prise en charge de la fièvre chez les enfants de 0 à 59 mois par les agents de santé communautaire(ASC) dans l'aire de sante de Yirimadio en commune VI du district de Bamako

- Coup de chaleur : L'élévation importante de la température ambiante déborde le mécanisme régulateur.
- En cas de déshydratation : L'organisme est privé de son mécanisme régulateur majeur, cela se fait par l'évaporation.
- Dans les hyperthyroïdies : La fièvre s'explique par l'exagération des combustions.
- Au cours des maladies du système nerveux (encéphalites, tumeurs) c'est l'atteinte des centres du troisième ventricule qui est à l'origine de la fièvre.
- Au cours des efforts musculaires : L'augmentation de la combustion explique l'élévation de la température.

5- EVALUATION DE LA FIEVRE[17]

La sensation de fièvre est très subjective d'où la nécessité de contrôler la température avec un thermomètre à mercure ou électronique.

Le thermomètre à mercure ne doit plus être utilisé car s'il se brise, il y a risque d'exposition à cette substance toxique.

Il existe également le thermomètre à infrarouge qui est généralement utilisé par voie auriculaire et qui présente l'avantage d'un temps de prise très rapide (une seconde).

La température peut être prise :

- par voie rectale,
- par voie buccale,
- par voie axillaire,
- par voie tympanique

La méthode dépend de l'âge de l'enfant. Bien que la température prise sous l'aisselle ne soit pas très précise, elle peut indiquer l'état fébrile de l'enfant.

Le tableau suivant nous aide à choisir la méthode à privilégier [18].

Evaluation de la qualité de la prise en charge de la fièvre chez les enfants de 0 à 59 mois par les agents de santé communautaire(ASC) dans l'aire de sante de Yirimadio en commune VI du district de Bamako

Tableau 1 : Méthodes pour la prise de la température :

Agés	Techniques recommandées	
De la naissance à 2 ans	1er choix 2ème choix	Rectum (pour obtenir une lecture exacte) Aisselle
De 2 ans à 5 ans	1er choix 2ème choix	Rectum (pour obtenir une lecture exacte) Oreille, Aisselle
Plus de 5 ans	1er choix 2ème choix	Bouche (pour obtenir une lecture exacte) Oreille, Aisselle

Prise de la température : Une bonne technique est nécessaire pour avoir une température fiable.

Rectum :

- nettoyer le thermomètre à l'eau fraîche et savonneuse, puis rincer-le,
- couvrir le bout argenté de gelée de pétrole (comme la vaseline),
- placer l'enfant sur le dos, les genoux pliés,
- insérer doucement le thermomètre dans le rectum à une distance d'environ 2,5cm,
- au bout d'une minute environ, vous entendrez le signal sonore,
- retirer le thermomètre et lire la température,
- nettoyer le thermomètre.

Bouche :

Le thermomètre buccal n'est pas recommandé pour les enfants de moins de 5 ans qui ont la difficulté à le maintenir sous la langue assez longtemps :

- nettoyer le thermomètre à l'eau fraîche et savonneuse,

Evaluation de la qualité de la prise en charge de la fièvre chez les enfants de 0 à 59 mois par les agents de santé communautaire(ASC) dans l'aire de sante de Yirimadio en commune VI du district de Bamako

- rincer-le,
- placer soigneusement le bout du thermomètre sous la langue de l'enfant,
- rassurer vous que la bouche de l'enfant est bien fermée,
- laisser le thermomètre en place pendant une minute environ jusqu'au signal,
- retirer-le et lire la température,
- nettoyer le thermomètre.

Aisselle

La prise de la température axillaire permet de vérifier si un nouveau-né ou un nourrisson fait de la fièvre, mais elle n'est pas aussi précise que la prise rectale.

- nettoyer le thermomètre à l'eau fraîche et savonneuse,
- rincer-le,
- placer le bout du thermomètre au centre de l'aisselle,
- rassurer-vous que le bras de l'enfant soit bien collé sur le corps,
- retirer le et lire la température,
- nettoyer le thermomètre.

L'oreille

Bien que rapide à la lecture, il n'est pas aussi précis que la mesure rectale.

On distingue de façon générale différentes prises de température pour identifier un état fébrile [19]: température entre 36°C – 37,5°C : pas de fièvre, température entre 37, °C– 38,5°C : fièvre modérée température entre 38, °C – 40°C : forte fièvre température >40°C : risque de complication comme la convulsion, on parle d'hyperthermie maligne.

6- Etude clinique de la fièvre [20] :

Devant une fièvre de l'enfant, la conduite du diagnostic s'appuie comme devant tout symptôme sur la triple enquête représentée par l'étude des antécédents, l'histoire de la maladie, l'examen clinique.

6-1- Etude des antécédents :

L'étude des antécédents familiaux précise l'origine ethnique et géographique de l'enfant, tandis que l'étude des antécédents personnels renseigne sur l'existence d'une pathologie antérieure (cardiopathie congénitale, infection à répétition, terrain débile, rhumatisme articulaire aiguë, paludisme).

L'évaluation de l'état vaccinal doit être systématique.

6-2- Histoire de la maladie

L'histoire de la maladie est certainement l'un des éléments les plus importants du diagnostic. Elle doit être reconstituée avec une grande précision, en précisant : la durée de la fièvre, le mode d'installation de la fièvre qui peut être :

- * aiguë : Avec frisson évoquant une infection à pyogène ou une virose,
- * progressif : Sur quelques jours évoquant une salmonellose, une brucellose ou une infection tuberculeuse,
- * insidieux : D'installation non précise faisant penser à une tuberculose viscérale, une endocardite ou une affection maligne,
- * signes d'accompagnements : anorexie, asthénie, amaigrissement, vomissements, toux, etc.

- L'évolution de la fièvre : Celle-ci permet de tracer une courbe de température sur plusieurs jours ou semaines, on décrit classiquement plusieurs aspects :

- * une fièvre continue : Il s'agit d'une fièvre en plateau qui oriente vers une fièvre typhoïde, une septicémie, une tuberculose,
- * une fièvre rémittente : C'est une fièvre au cours de laquelle la température est normale le matin, s'élevant le soir à plus de 39°C faisant évoquer une septicopyoémie, une tuberculose viscérale parfois une brucellose ou une maladie de Still,
- * une fièvre intermittente : C'est une fièvre avec frisson, on a une élévation brutale de la température avec retour chaque jour à la normale. Celle-là fait

Evaluation de la qualité de la prise en charge de la fièvre chez les enfants de 0 à 59 mois par les agents de santé communautaire(ASC) dans l'aire de sante de Yirimadio en commune VI du district de Bamako

évoquer généralement un paludisme ou des épisodes de décharge des bactéries à gram négatif,

* une fièvre récurrente : C'est une fièvre alternant des phases hyper pyrétiques et des phases prolongées sans fièvre. Dans ce cas on pense à une borréliose.

Mais aussi à des infections urinaires,

* une fièvre ondulante : on constate une ascension thermique progressive sur quelques jours puis défervescence. Le cycle est d'une quinzaine de jours évoquant une hémopathie type maladie de Hodgkin ou une borréliose,

* une fébricule : Fièvre modérée ne dépassant pas 38,5°C évoquant une tuberculose ; une endocardite ; un collagénose ou une hémopathie.

Si l'aspect de la courbe de température peut faire évoquer certaines étiologies, il n'y a pas en fait d'aspect pathognomonique. Il faut toujours confronter la courbe de température et les autres données de la clinique.

6-3- L'examen physique[21]:

Il y a deux objectifs essentiels :

- Apprécier la tolérance de la fièvre,
- orienter la recherche étiologique.

La tolérance de la fièvre s'appréciera sur l'aspect de l'enfant, son comportement, son état hémodynamique.

Tableau 2 : Appréciation de la tolérance de la fièvre

	Bonne tolérance	Mauvaise tolérance
Faciès	Vultueux (yeux brillants)	Pale (petite cyanose péribuccale)
conscience	normale	somnolence
cris	vigoureux	plaintif
téguments	Arthrosiques et chaudes	Quelques marbrures, extrémité froides
Temps de recoloration	immédiat	Allonge >3 secondes

Evaluation de la qualité de la prise en charge de la fièvre chez les enfants de 0 à 59 mois par les agents de santé communautaire(ASC) dans l'aire de sante de Yirimadio en commune VI du district de Bamako

La recherche de signe d'appel s'appuiera sur un examen systématique appareil par appareil.

- Au niveau cutané et muqueux : Rechercher une éruption, une plaie, une effraction cutanée.
- Au niveau respiratoire : La fréquence respiratoire sera prise, seront recherchés également des crépitant, un épanchement pleural.
- Au niveau cardiovasculaire : La fréquence cardiaque doit être évaluée ainsi que la recherche d'un souffle cardiaque (en particulier d'un souffle continu sous claviculaire gauche).
- Au niveau abdominal : On recherche un point douloureux précis, une masse pathologique, une fosse lombaire anormale.
- Au niveau spléno-ganglionnaire : seront systématiquement recherchés : une splénomégalie, des adénopathies (toutes les aires ganglionnaires doivent être palpées).
- Au niveau ORL et dentaire : Une carie dentaire, une rhinorrhée purulente, une otorrhée, un tympan inflammatoire seront systématiquement recherchés.
- Au niveau neuro-méningé : L'état de conscience sera évalué selon les scores de Blantyre, une raideur méningée et d'autres signes de localisation seront aussi recherchés.
- Au niveau ostéo-articulaire : on recherche une arthrite, une déformation osseuse, rachidienne, etc.

7- ETIOLOGIES :

7-1- Infections bactériennes :

7-1-1- Les infections respiratoires (ORL et broncho-pulmonaires) :

Les infections ORL :

Elles sont très fréquentes chez le nourrisson et le petit enfant surtout. La fièvre est en règle secondaire à une infection virale. Ce qui justifie l'examen des tympans à la recherche d'une otite et aussi un examen radiologique des sinus à

la recherche d'une sinusite. Surtout en cas de toux nocturne, matinale et d'écoulement purulent pharyngé [17].

Les infections pulmonaires[22] :

Devant tous cas de fièvre avec suspicion d'infection pulmonaire, une radiographie pulmonaire est justifiée. Elle peut mettre en évidence une opacité localisée avec ou sans signe de rétraction. Une pneumopathie interstitielle fait craindre une pneumocystose qui pourrait révéler un déficit immunitaire. Certains germes : mycoplasme, légionelloses, chlamydiae peuvent être responsables d'atteinte respiratoire associée à une fièvre.

7-1-2- Les infections urinaires[23] :

Elles peuvent être une cause de fièvre surtout chez le nourrisson. Elles réalisent une fièvre fréquemment isolée souvent trompeuse avec stagnation pondérale. Elles s'associent à une diarrhée et une anorexie.

7-1-3- Les infections abdominales :

Il s'agit surtout des gastro-entérites, des cholécystites, des angiocholites, des abcès intra abdominaux, des abcès bactériens du foie [23].

7-1-4- L'endocardite :

Elle doit cependant toujours être évoquée chez un enfant porteur d'une cardiopathie. Elle est très exceptionnelle sur cœur sain. L'échocardiographie a grandement facilité son diagnostic [23].

7-1-5- L'ostéomyélite : Elle peut se présenter occasionnellement comme une fièvre isolée (infection des os pelviens). La scintigraphie a facilité son diagnostic [23].

7-1-6- Les fièvres typhoïdes et paratyphoïdes :

Elles doivent être recherchées systématiquement devant tout cas de fièvre prolongée associée à des signes digestifs : diarrhée, douleur abdominale surtout chez un enfant non vacciné. Il faut rechercher systématiquement un comptage (coquillage, pays endémique). Il faut pratiquer systématiquement le

sérodiagnostic spécifique, une hémoculture, une coproculture pour confirmer le diagnostic [23].

7-1-7- La tuberculose : elle fait partie des causes à rechercher systématiquement. La fièvre peut revêtir tous les types. Une fièvre élevée isolée est fréquente dans les tuberculoses extra pulmonaires. Il faut vérifier la vaccination par le BCG, rechercher un comptage, faire une radiographie du thorax et une intradermoréaction à la tuberculine [22].

7-1-8- La brucellose : Elle est exceptionnelle avant l'âge de 5 ans. Sa fréquence s'élève avec l'âge. La contamination peut être directe : infection de lait et de fromage frais [24]. Le sérodiagnostic de Wright permet de faire son diagnostic.

7-1-9- La leptospirose : Elle est également recherchée devant tous cas de fièvre. Le sérodiagnostic de Martin Petit est nécessaire pour son diagnostic [25].

7-2- Les infections virales [23] :

Les infections virales sont responsables de fièvres le plus souvent d'une durée brève. Parmi elle nous pouvons citer :

- La mononucléose infectieuse : La symptomatologie de cette pathologie se résume par une asthénie chronique ou récurrente très invalidante, des douleurs, des troubles neuropsychiques, des troubles du sommeil.
- L'infection à cytomégalovirus (CMV) : elle est cause de fièvre surtout chez les immunodéprimés.
- Les virus des hépatites, l'infection à VIH.

7-3- Les infections parasitaires [25] :

Le paludisme :

Il est le plus souvent responsable de fièvre récurrente. Le paludisme doit être envisagé devant tous cas de fièvre surtout en zone endémique, le diagnostic repose sur les signes cliniques classiques et non spécifiques (fièvre, frisson, asthénie, etc.) mais surtout la positivité de la goutte épaisse ou le TDR [24].

Evaluation de la qualité de la prise en charge de la fièvre chez les enfants de 0 à 59 mois par les agents de santé communautaire(ASC) dans l'aire de sante de Yirimadio en commune VI du district de Bamako

On peut citer également une autre parasitose cause de fièvre comme : La leishmaniose viscérale (Kala-azar) : Le diagnostic est surtout clinique.

Les signes cliniques sont entre autre :

L'anémie, la splénomégalie, mais également une notion de séjour dans une zone endémique (pourtour de la méditerranée). Le frottis de sang coloré au Giemsa apporte son aide pour le diagnostic.

7-4- Les infections fongiques :

Elles peuvent être responsables de fièvre surtout chez les sujets immunodéprimés.

7-5- Les causes hématologiques et tumorales[25] :

Les fièvres néoplasiques représentent environ 15% des fièvres sans granulocytopénie.

Les causes les plus fréquentes sont :

- * les leucémies aiguës,
- * la maladie de Hodgkin,
- * lymphome de Burkitt,
- * le néphroblastome.

7-6- La thermo pathomimie [23]:

Elle est une fièvre simulée et donc un diagnostic d'élimination. Elle est suspectée devant une fièvre modérée bien tolérée sans aucun signe clinique ni biologique chez un grand enfant.

Elle est due à des problèmes psychologiques en règle mineure. Son diagnostic est facile et repose sur la prise de la température contrôlée, le sujet en décubitus ventral ; les membres inférieurs en abduction.

8- TRAITEMENT :

Le traitement de tous cas de fièvre doit être en fonction de la cause signalée au préalable.

Tout traitement antibiotique ou anti-inflammatoire à l'aveugle doit être évité avant un diagnostic précis [26].

Par ailleurs, toute fièvre nécessite une recherche de sa cause, ce qui pourra conduire à un traitement spécifique, de plus, cette recherche peut apporter des éléments importants pour le choix du traitement symptomatique en identifiant, par exemple, une contre-indication éventuelle de tel ou tel antipyrétique.

8-1 Les antipyrétiques [27] :

Le paracétamol : Acétaminophène : [27]

C'est l'antipyrétique de première intention en cas de fièvre chez l'enfant. Il doit toutefois être prescrit à la dose de 60mg/kg/j répartie en 4 prises : c'est à-dire à la dose 15mg/kg/j toutes les 6 heures par voie orale ou rectale.

En effet le paracétamol a été évalué dans cette indication et présente une sécurité maximale. De plus son absence d'agressivité digestive chez l'enfant fébrile qui souvent refuse l'alimentation est un argument supplémentaire à son utilisation.

L'acide acétylsalicylique (AAS) : [27]

Il ne possède pas la sécurité du paracétamol et devrait être réservé en seconde intention, c'est-à-dire en cas d'échec ou de résultat insuffisant au paracétamol.

A noter qu'il n'est pas retenu comme antipyrétique dans certains pays anglophones. **La posologie recommandée est de 60 mg/kg/j répartie en 4 prises.**

L'Ibuprofène :

Réservé à l'enfant de plus de 6 mois. Il est utilisé comme antipyrétique mais ne possède pas la sécurité du paracétamol. Il est préconisé en seconde intention.

La posologie recommandée est de 20-30 mg/kg/j soit 7-10 mg/kg toutes les 6-8 heures par voie orale.

Evaluation de la qualité de la prise en charge de la fièvre chez les enfants de 0 à 59 mois par les agents de santé communautaire(ASC) dans l'aire de sante de Yirimadio en commune VI du district de Bamako

Au total il faut souligner que la fièvre n'est qu'un symptôme, qu'elle n'entraîne que très rarement des complications et qu'il n'existe pas de traitement préventif des convulsions. Il n'y a donc pas lieu de la craindre spécifiquement. La recherche de l'apyrexie ne constitue pas un objectif en soi et ne doit pas conduire à des traitements systématiques [28].

8-2 Les méthodes physiques : [29].

Elles reproduisent les échanges que l'organisme met naturellement en jeu avec le milieu extérieur pour assurer sa régulation thermique ; par radiation (déshabillage), par conduction (prise de boissons fraîche, bain frais, poche de glace...), par évaporation (brumisation, mouillage), par convection (utilisation d'un ventilateur).

Au total trois mesures simples en association au traitement médicamenteux sont à privilégier : Proposer à boire fréquemment, en préférant une boisson très fraîche qui n'entraînera au mieux qu'une baisse limitée de la température ; ne pas trop couvrir l'enfant ; aérer la pièce. L'utilité des autres mesures, en particulier le bain frais ou tiède, est remise en cause au regard de leurs inconvénients.

III. METHODOLOGIE

1.Cadre d'étude:

Notre étude s'est basée dans l'aire de santé de Yirimadio de la commune VI du district de Bamako.

1.1. Présentation sommaire de Yirimadio :

Le quartier de Yirimadio est situé à l'extrémité Est de la commune VI du district de Bamako, il est l'un des dix (10) quartiers de cette commune.

1.1.1. Historique :

Dans l'histoire, Yirimadio existe depuis le temps de MaridiéNiaré (premier chef de village de Bamako). Les fondateurs sont venus de Mouroudhja dans le cercle de Nara : ce sont les Diarra du Village.Il y a trois (03) familles qui composent Yirimadio, la chefferie est tenue par les Diarra. Plus tard ce fut la cohabitation avec les Traoré puis les Coulibaly.De sa création à nos jours une dizaine de chefs de village se sont succédé dont le premier fut Demba Diarra. Après lui, ce fut le tour de Dosson Diarra, Samory Diarra, Namissa Diarra, Saado Diarra, Siriman Diarra, Noumery Diarra décédé en Mai 1986, Négoussé Diarra qui est décédé après 9 mois en Décembre 1986, Lassana Dotié Diarra de 1987 à 2006, Youba Diarra de 2006 à 2012, et de N'TO Diarra de 2014 à nos jours.

1.1.2 Situation Géographique :

Avec une superficie de 350 hectares, Yirimadio est limité :

- A l'Est par le village de Niamana ;
- Au Nord par Missabougou ;
- Au Sud par le village de SirakoroMéguetana ;

A l'Ouest par BanankabougouFaladié

- **Relief:**

Yirimadio est situé dans une cuvette entourée par un chaînon de colline : au Nord Koulouba ; au Sud Doubakoulou ; à l'Ouest Famakoulouni et à l'Est Niamakoulou.

Evaluation de la qualité de la prise en charge de la fièvre chez les enfants de 0 à 59 mois par les agents de santé communautaire(ASC) dans l'aire de sante de Yirimadio en commune VI du district de Bamako

-Hydrographie :

Le village est traversé par un ravin qui draine les eaux hivernales au fleuve Niger.

-Climat :

Le climat est de type soudanais caractérisé par une saison de pluie (Juin-Septembre) et une saison sèche (Octobre- Mai).

1.1.3. Caractéristique démographique :

La population était de 67337 habitants en 2016, est composée de plusieurs ethnies (Bambara, Peulhs, Sonrhäi, Dogon, Sarakolé, Senoufo, Mienka, Bobo).

1.1.4. Activités économiques :

Les activités menées par cette population sont, l'agriculture, l'élevage, le commerce et l'artisanat.

1.1.5. Religion :

Les religions pratiquées sont, l'Islam (avec 15 Mosquées) le Christianisme (2 Eglises) et l'Animisme.

1.1.6. Education :

Yirimadio abrite plusieurs établissements d'enseignement primaire, secondaire, professionnel et l'Institut National de la Jeunesse et des Sport(INJS) au Stade du 26 Mars.

1.1.7. Partenaires au développement:

• **G I E :**

Il y a deux groupements d'intérêt économique (**Faso Damé et Sininyèsigui**) qui s'occupent de la salubrité et du transport des déchets biomédicaux.

• **ONG :**

-**World Vision**

-**ONG Muso**

Evaluation de la qualité de la prise en charge de la fièvre chez les enfants de 0 à 59 mois par les agents de santé communautaire(ASC) dans l'aire de sante de Yirimadio en commune VI du district de Bamako

1.1.8. Infrastructures Sanitaires :

- Hôpital du Mali
- **Centres de santé communautaires**

Il y a deux CSCOM :

ASACROYIR

ASACOCY

- **Centres de santé privés :**

Il y en a dix principaux à Yirimadio.

1.1.9. Genèse :

Le CSCOM de l'ASACROYIR a été créé en 1997 par ordonnance n° 383/MATS-DNAT et est inscrit au journal officiel.

Le bureau élu pour un mandat de 3 ans a eu trois renouvellements par assemblée générale. Le dernier renouvellement a été fait en Aout 2016, il se compose de 11 membres qui ont bénéficié de la confiance de la population pour un 2eme mandat. Deux nouveaux membres ont été ajoutés à la commission de surveillance.

Le CSCOM de l'ASACROYIR est l'un des 11 CSCOM de la commune VI. L'aire de santé de l'ASACROYIR est limitée au nord par l'aire de santé de Missabougou, à l'est et au sud par le cercle de Kati, à l'ouest par l'aire de santé de l'ASACOBABA de Banankabougou- Faladié.

1.1.10. La Structure du CSCOM :

Le centre comprend :

- ❖ **Une unité de médecine** composée de :
 - Quatre salles de consultations ;
 - Quatre salles d'observations (homme et femme) ;
 - Deux salles de soins infirmiers ;
 - Trois salles de dépôt des médicaments ;

Evaluation de la qualité de la prise en charge de la fièvre chez les enfants de 0 à 59 mois par les agents de santé communautaire(ASC) dans l'aire de sante de Yirimadio en commune VI du district de Bamako

- Un magasin ;
- Quatre toilettes ;
- Un hangar ;
- Une terrasse.

❖ **Une maternité** comprenant :

- Un bureau pour Sage –femme ;
- Deux salles de Consultation Périnatale, Consultation ;
- Une salle d'attente ;
- Une salle de planning familial servant aussi de salle de dépistage du cancer du col de l'utérus ;
- Une salle d'accouchement ;
- Une salle de suite de couche ;
- Une salle de consultation postnatale ;
- une salle d'échographie ;
- une salle de réunion ;
- Une salle de garde ;
- deux toilettes ;
- Un couloir ;
- **Un hangar** : utilisé pour les activités de vaccination, les séances de Communication pour le Changement de Comportement, de promotion nutritionnelle et de formation continue.

❖ **Une Unité de Récupération d'Education Nutritionnelle Intensive (URENI)** composés :

- Une salle de consultation
- Une salle d'hospitalisation
- Un magasin
- Une terrasse
- Un hangar

Evaluation de la qualité de la prise en charge de la fièvre chez les enfants de 0 à 59 mois par les agents de santé communautaire(ASC) dans l'aire de sante de Yirimadio en commune VI du district de Bamako

- ❖ **Un laboratoire**
- ❖ **Un bureau pour le Gestionnaire.**
- ❖ **Un magasin pour le stockage des intrants.**
- ❖ **Un logement pour le Gardien.**
- ❖ **Quatre toilettes externes.**

-Les activités du CSCOM:

Le paquet minimum d'activités comprend :

- les activités curatives qui couvrent la prise en charge des cas de maladies aiguës et chroniques et la référence de certains cas.
- les activités préventives qui portent sur la consultation prénatale (CPN), le planning familial (PF), la surveillance et la vaccination des enfants ainsi que les femmes en âge de procréer.
- les activités promotionnelles qui se résument essentiellement à la CCC (Communication pour le Changement de Comportement).

- **Le personnel du CSCOM:** Il est composé de 36 agents aidés par des médecins de garde et les stagiaires qui assurent le bon fonctionnement du centre

2.Type et Période d'étude :

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive qui s'est déroulée sur une période de 12 mois allant de 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2016 dans l'aire de santé de Yirimadio, au cours de laquelle des informations sur la qualité de la prise en charge de la fièvre ont été collectées chez les enfants de 0-5 ans.

3.Population d'étude :

L'étude a concerné tous les enfants âgés de 0-59 mois vivants dans l'aire du cscm de yirimadio vus par les agents santé communautaires (ASC) pour une température supérieure ou égale à 38°C.L'unité d'activité étant l'enfant fébrile de 0-59 mois vus par un ASC travaillant au compte du cscm.

4. Echantillonnage :

Nous avons d'abord procédé à une sélection de toutes les fiches concernant les enfants ayant une température supérieure ou égale à 38°C, puis avons fait un tirage aléatoire simple jusqu'à atteindre la taille de notre échantillon.

Un pas de sondage de 6 a été calculé sur la base de 2363 cas d'enfants fébriles au total pour l'année 2016.

Ce chiffre a été divisé par la taille de l'échantillon pour estimer le pas de sondage de 6 (**2363/394**).

Puis le chiffre quatre (04) a été pris au hasard entre un à six (1 à 6) pour déterminer les fiches des malades à inclure dans l'étude.

-Taille de l'échantillon :

La taille de notre échantillon a été 394 cas de fièvres chez les enfants de 0 à 59 mois

P : prévalence :37% ;

i :5% Précision; Z :1.96 l'écart réduit

Q :1-p :1-37% :63%

n : taille de l'échantillon

$n = \frac{(z\alpha)^2 \times q.p}{I^2} = \frac{1.96^2 \times 37 \times 63}{25} = 359$ cas.

I^2

n=359 ; 10% des dossiers non exploitables, donc n=359*10 /100+359=394 cas

Alors 394 fiches ont été enquêtées parmi toutes les fiches de l'année 2016 disponible à la Direction de Muso.

5. Critère d'inclusion :

- avoir la température supérieure ou égale à 38°C ;
- être âgé de 0-59 mois ;
- être dans l'aire de santé de Yirimadio ;
- être vu par l'ASC.

6. Critère de non inclusion :

- être âgé de plus de 5 ans ;
- avoir une température inférieure à 38°C ;
- être en dehors de l'aire de sante de Yirimadio.

7. Les variables :

Ont été recueillies : les variables sociodémographiques des enfants (âge, sexe, ethnie, résidence) ; les variables sociodémographiques des mères (niveau d'instruction, profession) ; les variables ayant permis de déterminer la prise en charge de la fièvre par les ASC sont : la température, le résultat du TDR, l'utilisation du CTA, bande de Shakir pour la malnutrition. Ces variables ont été étudiées à travers la fiche de suivi des enfants inclus disponible à la Direction du Muso

8. Collecte des données :

Les données ont été collectées d'abord par les ASC au cours de la visite qui mesure le degré de la fièvre avec le thermomètre, utilisent le TDR pour confirmer les cas de paludisme afin d'administrer du CTA, et dépiste les cas de malnutrition aigüe modérée avec bande de Shakir.

Ces ASC remplissent la fiche de suivi des enfants malades et déposent à la direction de L'ONG MUSO. A notre tour, nos données ont été collectées à travers cette fiche disponible à MUSO c'est-à-dire toutes les fiches concernant les enfants qui ont une température supérieure ou égale à 38°C.

9. Analyses des données :

Les fréquences des modalités pour les variables qualitatives ont été calculées en termes de pourcentage et les tableaux croisés ont été effectués pour déterminer la relation qui existe entre les variables.

Le seuil de probabilité utilisé a été de 5% pour signifier une relation statistiquement entre deux variables. Les données ont été saisies et analysées par le logiciel SPSS.20.0 ; le traitement de texte par Microsoft Word 2010.

Evaluation de la qualité de la prise en charge de la fièvre chez les enfants de 0 à 59 mois par les agents de santé communautaire(ASC) dans l'aire de sante de Yirimadio en commune VI du district de Bamako

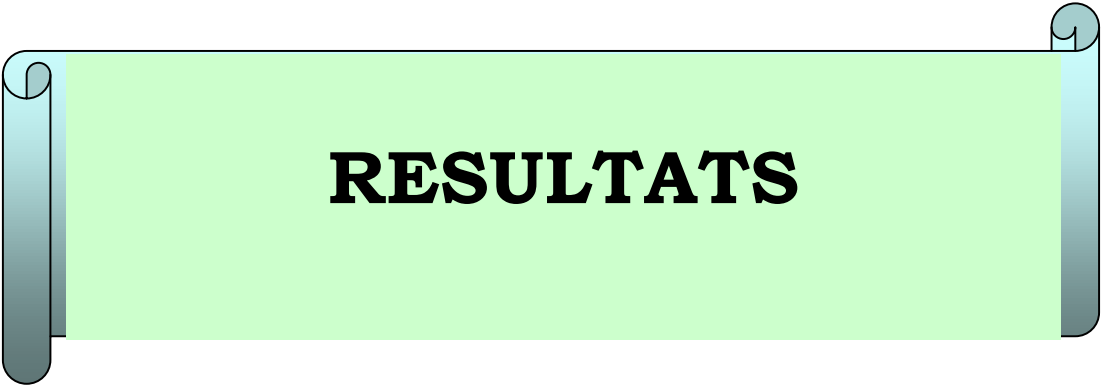
10.Considération Ethique :

Dans le cadre du respect et de la confidentialité du secret professionnel, nous avons gardé l'anonymat de tous les ASC et les enfants ;

Nous avons demandé le consentement et l'autorisation des responsables :

- le directeur du programme santé Muso ;
- le responsable des ASC ;
- le président de l'Asacoyir ;
- le directeur technique du centre de santé communautaire Yirimadio ;

Evaluation de la qualité de la prise en charge de la fièvre chez les enfants de 0 à 59 mois par les agents de santé communautaire(ASC) dans l'aire de sante de Yirimadio en commune VI du district de Bamako



RESULTATS

IV. RESULTATS

1.Caractéristiques sociodémographiques

1.1. Caractéristiques sociodémographiques des enfants malades

Tableau I : Répartition des enfants selon la tranche d'âge

Tranche d'âge en mois	Effectifs	Pourcentage
0 -11	75	19
12 -23	108	27
24-59	211	54
Total	394	100,0

La tranche d'âge de 24-59 mois était la plus représentée avec 54%.

Tableau II : Répartition des enfants selon le sexe.

Sexe	Effectifs	Pourcentage
masculin	200	51
féminin	194	49
Total	394	100,0

Le sexe masculin était prédominant soit 51% avec un sex-ratio de 1,03

Tableau III : Répartition des enfants selon l'ethnie.

ETHNIE	Effectifs	Pourcentage
Bambara	194	49,2
Peulh	62	15,7
Sonrhäi	24	6,1
Dogon	28	7,1
Malinké	23	5,8
Soninké	20	5,1
Autres*	43	10,9
Total	394	100,0

* Autres : bozo, mienka, sénoufo, dafing, bobo...

Le bambara était l'ethnie la plus représentée avec 49,2%.

1.2. Caractéristiques sociodémographiques des mères d'enfants malades

Tableau IV : Répartition des mères d'enfants selon le niveau d'instruction et la profession.

Variab les	Effectifs	Pourcentage
Niveau D'instruction		
sans instruction	292	74
Primaire+ école coranique	98	25
Secondaire+ supérieur	4	1,0
Profession		
fonctionnaire	1	0,3
ménagère	272	69,0
commerçante	121	30,7

Parmi les mères d'enfants enquêtées, 74% étaient sans niveau d'instruction et 69% étaient des ménagères.

Tableau V : Répartition des enfants selon le type de visite par l'ASC, le début de la fièvre, et le degré de la température à la consultation :

Variab les	Effectifs	Pourcentage
Type de visite de l'enfant malade		
Lors des visites à domicile	179	45
L'enfant amené chez l'ASC par ses parents	215	55
Début de la fièvre		
dans les 24 heures	270	69
dans les 48 heures	83	21
plus de 72 heures	41	10
Degré de la température à la consultation		
38-39°C	333	85
sup 39°C	61	15

La majorité des enfants est amené chez l'ASC par son parent avec 55%, la température de l'enfant était majoritairement entre 38-39°C soit 85% et 69% des enfants ont commencé la fièvre dans les 24 heures.

2. La prise en charge de la fièvre au niveau communautaire par les ASC :

Tableau VI : Répartition des enfants selon la présence des signes de danger.

Signes de danger	Effectifs	Pourcentage
Signe de danger	32	8,1
Sans signe de danger	362	91,9
Total	394	100,0

La majorité des enfants ne présentait aucun signe de danger associé à la fièvre soit 92%.

Tableau VII : Répartition des enfants selon l'utilisation du TDR

TDR effectué	Effectifs	Pourcentage
Oui	378	96
Non	16	4
Total	394	100,0

Le TDR était effectué chez 96% des enfants atteints de la fièvre.

Tableau VIII : Répartition des enfants selon la conduite à tenir devant un résultat de TDR positif au Pf.

TDR positif(+)	Effectifs	Pourcentage
Paracétamol	8	12
CTA Paracétamol	48	72
Artesunate suppositoire	10	15
Enveloppement humide	1	1
Total	67	100

La CTA + Paracétamol était administrée chez 72% des enfants ayant un TDR+.

Evaluation de la qualité de la prise en charge de la fièvre chez les enfants de 0 à 59 mois par les agents de santé communautaire(ASC) dans l'aire de sante de Yirimadio en commune VI du district de Bamako

Tableau IX : Répartition des enfants selon la conduite à tenir devant un résultat de TDR négatif au pf.

TDR négatif(-)	Effectifs	Pourcentage
Reference au CSCOM	243	73
observation pendant 3 jours	38	11
autres pathologie*	54	16
Total	335	100

Autres pathologie* : malnutrition aigüe modérée, IRA, diarrhée,

La majorité des enfants avec un résultat de TDR négatif a été référé au Cskom avec 73%.

Tableau X : Répartition des enfants selon la cause de la fièvre.

Causes	Effectifs	Pourcentage
Paludisme	67	17,0
Diarrhée	16	4
Malnutrition aigüe modérée	9	2
IRA	77	20
Autres*	225	57
Total	394	100

L'IRA était la cause la plus fréquente avec 20%.

Autres* : les enfants dont la cause de la fièvre n'a pas été connue de l'ASC.

Tableau XI : Administration des CTA selon le résultat du TDR.

TDR	TDR Positif	TDR Négatif	Total
CTA			
CTA reçu	48 (72%)	0(00%)	48(13%)
CTA non reçu	19(28%)	311(100%)	330(87%)
Total	67(100%)	311(100%)	378(100%)

Une bonne proportion (72%) des enfants ayant un TDR positif a reçu les CTA. Aucun enfant de TDR négatif n'a reçu les CTA. Il existe une relation statistiquement significative entre l'utilisation des TDR et la prescription des CTA ($P < 0,0001$).

Tableau XII : Répartition des enfants selon le type de visite et le début de la prise en charge de la fièvre par les ASC.

Début fièvre	DEBUT DE LA FIEVRE			Total
	24 heures	48 heures	Plus de 72heures	
Type visite				
Lors des VAD	101(56,4%)	62(34,6%)	16(8,9%)	179(100%)
Enfant amené chez l'ASC	169(78,6%)	21(9,8%)	25(11,6%)	215(100%)
Total	270(68,5%)	83(21,1%)	41(10,4%)	394(100%)

Dans les 24 heures, 69% des enfants fébriles ont reçu le traitement contre 21% dans les 48 heures et 10% dans les 72heures. Il existe une relation statistiquement significative entre le début de la fièvre et le type de visite de l'enfant malade. ($P < 0,0001$).

Dans les 24 heures, 56% des enfants fébriles vus ont été retrouvés lors des visites à domicile contre 79% retrouvés lors de la visite chez l'ASC.

Tableau XIII : Répartition du résultat du TDR selon les autres étiologies de la fièvre

TDR Pathos SEC	TDR Positif	TDR Négatif	Total
Diarrhée	5(31,3%)	11(68,7%)	16(100)
MAM	3(33,3%)	6(66,7%)	9(100%)
IRA	10(13%)	67(87%)	77(100%)
Total	18(17,6%)	84(82,4%)	102(100%)

Il n'existe pas de relation statistiquement significative entre le TDR et les autres pathologies du SEC. (P=0,0948)

Tableau XIV: Répartition du résultat du TDR selon le niveau d'instruction

TDR Instruction	TDR Positif	TDR Négatif	Total
Sans instruction	51(18%)	231(82%)	282(100%)
Ecole coranique+ niveau primaire	14(15%)	79(85%)	93(100%)
Autres*	2(66,7%)	1(33,3%)	3(100%)
Total	67(17,7%)	311(82,3%)	378(100%)

Il existe un lien statistiquement significatif entre le niveau d'instruction et le paludisme. (P=0,0128)

- Autres* : niveau secondaire + niveau supérieur

Tableau XV : Répartition des enfants selon les signes de danger et le type de visite de L'ASC

Type de visite	SIGNE DE DANGER		
	Signe de danger +	Signe de danger -	Total
Lors des VAD	12(6,7%)	167(93,3%)	179(100%)
Enfant amené chez l'ASC	20(9,3%)	195(90,7%)	215(100%)
Total	32(8,1%)	362(91,9%)	394(100%)

Pas de lien entre la survenue de signes de danger et le type de visite de l'enfant malade. (P=0.3471)



COMMENTAIRES ET DISCUSSION

V. Commentaires et Discussion

1. Caractéristiques sociodémographiques

1.1. Le sexe :

Les deux sexes sont touchés par la fièvre avec une prédominance masculine soit un sex-ratio de 1,03. Ce résultat est comparable à celui de KEMESSO. B[22] et COULIBALY.S [9] qui ont trouvé respectivement 1,41 et 1,36. Cette prédominance masculine s'explique par le fait que le petit garçon bouge plus que la petite fille, cette mobilité l'expose aux infections[29]. Cela a été également suggéré dans les études précédentes.

1.2. L'Age :

La tranche d'âge de 24 – 59 mois était la plus représentée dans notre étude soit 54%. Ce résultat est largement supérieur à celui de KEMESSO. B[30] qui n'a trouvé que 19,5%.

Cette différence s'expliquerait par le fait que l'étude de KEMESSO. B a concerné seulement les enfants malnutris.

1.3. Niveau d'instruction et la Profession :

L'étude a porté sur 394 enfants fébriles, 292 soit 74% étaient des mères sans niveau d'instruction contre 25 et 1% qui avaient fait respectivement école primaire+ école coranique et école secondaire + supérieure. Ce résultat est supérieur à celui de DIAKITE. M [31] qui a trouvé 48,68% des mères sans niveau d'instruction.

Sur les 394 enfants fébriles enquêtés, 272 soit 69% étaient des mères ménagères contre 121 soit 31% de mères commerçantes.

2. La prise en charge des enfants vus dans les 24 heures pour début de la fièvre par les ASC au niveau communautaire :

La prise en charge de l'enfant fébrile était effectuée par les ASC au niveau de la communauté.

-Type de visite de l'enfant malade :

L'étude sur 394 enfants fébriles, 215 soit 55% étaient amenés chez l'ASC par ses parents contre 179 soit 45% lors des visites à domicile (VAD). Ceci pourrait expliquer par la reconnaissance de la fièvre par les parents comme signe grave.

-Début de la fièvre et le degré de la température :

Sur les 394 enfants atteints de la fièvre, 270 soit 69% avaient débuté leur fièvre dans les 24 heures alors que 83 soit 21% et 41 soit 10% avaient été vus respectivement dans les 48 et 72 heures. Parmi les 394 enfants vus pour fièvre, 333 soit 85% avaient une température comprise entre 38 et 39°C contre 61 soit 15% avec une température supérieure à 39°C.

-Signes de danger :

Au cours de notre étude sur 394 enfants, 32 soit 8% présentaient au moins un signe de danger associé à la fièvre alors que 362 soit 92% ne présentaient aucun signe de danger associé. Ceci pourrait s'expliquer par la rapidité de la prise en charge de la fièvre par les parents et les ASC.

-L'effectivité et le résultat du TDR :

Parmi les 394 enfants enquêtés, 378 soit 96% avaient effectué un TDR contre 16 soit 4% qui n'avaient pas effectué, sur les 378 enfants ayant un TDR effectué, 67 soit 18% avaient un résultat de TDR positif.

-L'administration du CTA :

Sur les 67 enfants ayant un résultat de TDR positif, 48 soit 72% avaient reçu les CTA contre 19 soit 28% qui n'en avaient pas reçu. Ceci pourrait s'expliquer par deux choses : rupture des CTA, et présence de signe de danger associé à la fièvre.

-Autres pathologies associées au paludisme (TDR+) :

Sur 67 enfants ayant un résultat de TDR positif, 18 soit 18% avaient autre pathologie du SEC associé au paludisme (diarrhée, IRA, MAM). Ceci pourrait dire que le paludisme peut s'associer à d'autre pathologie.

3. Reference au CSCOM par l'ASC :

Sur les 335 enfants référés, 243(73%) avaient été référés au cscom par l'ASC pour TDR négatif au Pf contre 54 (16%), 38 (11%) respectivement autres pathologies (diarrhée, IRA, MAM paludisme) et non observation des patients pendant 72 heures. Ceci pourrait s'expliquer par la rupture des intrants, présence de signe de danger.

4. Causes probables de la fièvre

L'Infection Respiratoire Aigüe (**IRA**) était la pathologie du SEC la plus fréquente soit 20%, suivi du paludisme avec 17% ; la diarrhée et la malnutrition aigüe modéré (MAM) respectivement 4% et 2%. La cause de la fièvre dans 57% chez l'enfant n'a pas été connue de L'ASC au moment de notre étude. Ceci peut s'expliquer par la limite de la prise en charge d'autre pathologie dans le paquet SEC par les ASC. Le paludisme a été la seconde cause probable de la fièvre dans notre étude peut s'expliquer par la chimio prévention du paludisme saisonnière (cps).

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATION

1. CONCLUSION :

- Du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2016, nous avons sélectionné 394 enfants atteints de la fièvre et prise en charge par l'ASC en milieu communautaire de yirimadio.
- La majorité des enfants avait débuté la fièvre dans les 24 heures soit 69% et était amené chez l'ASC par ses parents dans les mêmes heures soit 55% avec une température majoritairement comprise entre 38-39°C soit 85%.
- La majorité des enfants ne présentait aucun signe de danger associé à la fièvre soit 92%.
- Le TDR était effectué dans 96% des enfants atteint de la fièvre ;
- L'ASC avait administré la CTA + Paracétamol au TDR+ dans 72% contre 28% de TDR+ qui n'a pas reçu de CTA.
- Par rapport à la référence, l'ASC avait référer au CSCOM dans 73% des cas
- L'IRA était la pathologie du SEC la plus fréquente soit 20% suivi du paludisme avec 17%, de la diarrhée et MAM respectivement 4 et 2%.

2. RECOMMANDATIONS

A partir des résultats obtenus, nous formulons les recommandations suivantes :

➤ **Aux autorités sanitaires :**

- ❖ Vulgariser l'utilisation des ASC dans la prise en charge de la fièvre dans la communauté.

➤ **A L'ONG MUSO :**

Au terme des résultats obtenus, il a été constaté un taux élevé de référence au cscom, soit 73%. La rupture des intrants est un facteur important de référence. Pour pallier à ce fléau, nous demanderons tout simplement à l'ONG MUSO de ce qui suit :

- ❖ Eviter la rupture des intrants ;

➤ **Aux ASC :**

Durant notre étude, il a été constaté que le nombre d'enfants vus lors de la visite à domicile est inférieur au nombre d'enfants amenés chez l'ASC soit 45% contre 55%, la non remplissage correcte de certaines fiches de suivi de l'enfant fébrile durant l'année 2016. Nous demanderons aux ASC de ce qui suit :

- ❖ Faire régulièrement les visites à domicile (VAD);
- ❖ Renforcer Communication pour le Changement de Comportement ;
- ❖ Assurer le remplissage correct des supports.

➤ **Au cscom de Yirimadio :**

- ❖ Mettre l'accent sur la supervision de proximité pour le remplissage correcte des supports.

VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- DIANE.GABAY.** Fièvre de l'enfant : évaluation des connaissances et la prise en charge des parents.thèse de med ; 45 :58p
- 2- Coulibaly.S.**Connaissances, attitudes et pratiques desParents face à la fièvre chez l'enfant auService de pédiatrie du chu GabrielTouré. thèse médecine. Bamako : FMOS, 2010 ; 82 :9-76p
- 3- Beaufils F, Bourrillon A.**Fièvre du nourrisson, Arch.Fr. Pédiatr 1985, 42, 53-61(114 références)
- 4- Sociétéfrançaise de sante publique 2007.**Fièvre chez en zone d'endémie palustre. 5-n°19 PAGE 363-372.
- 5- PRISE EN CHARGE INTEGREE DES MALADIES DE L'ENFANT (PC I M E).**REGION AFRIQUE 2002 : conseiller les mères pp 32-34.
- 6- P. Talani, G. Samba, G. Moyen** Prise en charge des fièvres de l'enfant dans le cadre de la lutte contre le paludisme-maladie à Brazzaville. Manuscrit n°2329. "Santé publique". Reçu le 28 mai 2001. Accepté le 12 février 2002.
- 7- LEMARDELEY P, CHAMBRON R, EDO NSUE M, LOUANGO ED, NGUEMA M et al.**Enquête sur les pratiques de prise en charge des fièvres dans les formations sanitaires du "réseau paludisme O C E A C " : présentation méthodologique. Bull liaison doc OCEAC, 1997 ; **30** :19-24.
- 8- HAIDARO SA, DOUMBO O, TRAORE AH, LOITA O, DEMBELE M & PICHARD E.** La place de paludisme dans les syndromes fébriles en médecine interne à l'hôpital du Point "G" (Résultats d'une année d'études systématique). MédAfr Noire, 1991 ; **38** :110-117.
- 9- OMS.** Comité OMS d'experts du paludisme. Vingtième rapport. Série de rapports techniques N°892. Genève, OMS, 2000 ; 85 p.

- 10- MALI. Enquête Démographique et de santé du Mali, EDSM V,**
CPS/SSDSPF/INSTAT/ INFO-STAT.santé de l'enfant, mai 2014 ; 577p
- 11- Soins essentiels dans la communauté(SEC) :** guide national pour la mise en œuvre. Décembre 2015 ; 60p
- 12- Melle Aurelius Gras.** Evaluation de la mesure de la température par les parents d'enfants fébriles. Thèse Med, Paris, 2004, N°29.
- 13- HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles / Octobre 2016 :**
rapport d'élaboration : prise en charge de la fièvre chez l'enfant,2016 ;36p
- 14- Beaufile F, Bourrillon A.** Fièvre du nourrisson, Arch.Fr. Pédiatr 1985, 42, 53-61(114 références)
- 15-KluGer MJ Drugs FOR CHILDREN FEVER** Lancet 1992; PP339, 70
- 16- Branthomme E. La mesure de la température corporelle lors de la consultation de médecine générale. Rev Prat Med Gén 1999 ; 471 : 1841-1842.
- 17- Coulibaly S.** Fièvre prolongée chez l'enfant : étiologie, clinique, épidémiologie et évolution dans le service de pédiatrie de l'Hôpital Gabriel Touré. These Med, Bamako, 2004, N°13.
- 18-Rantala H, TarkKa R, UHARI M.A** Meta-analytic review of the preventive treatment of recurrence of febrile seizures pediatri 1997; 131:922-925.
- 19- Arkins M.K et al.**A malaria control trial insecticide treated bed-nets and targeted chemoprophylaxis. In rural area of the Gambia, West Africa. Perceptions of cause of malaria and its treatment and prevention in the study area, transaction of the royal society of tropical medicine and hygiene West Africa 1993; 87, suppl.2: 25-30.

- 20- Le Gall E, LEBRETHON MC, Bergeron C, Biayo M, Peudenier S, Jesequel C.** La fièvre au cours des maladies malignes de l'enfant. IN Revu International de Pédiatrie n° hors-série février 1990 pp 24 à 28.
- 21- BaRIETY M, BONNIO TH., BaRIETYJ.** Fièvre. In Abrégé de Sémiologie. 7ème Edition, Masson, Paris.1980 PP36 -40
- 22- Gaudelus J, Yannicaujard E B, Bourrillon A et coll.** Fièvre prolongée In maladie infectieuse del'enfant Diagnostic et traitement. Edition pradel paris 1998
- 23-BeGuE PQuinet.B.**Fièvre de l'enfant In Pathologie infectieuse de l'enfant. Flammarion Ed, 1988, pp. 1-9. Edition Pradel Paris 1998.
- 24-Bretagne JF et al.** Aspirine et toxicité gastroduodénale, Clin. Biol ; 8, pp.28-32,1984
- 25-Pichard E, Minta DK.** Maladie infectieuse. Cours 5ème année Médecine, (FMPOS)- Bamako.2004pp 90 -140
- 26- Bobossi-Seringbe G, Diemer CH, MBONGO- ZINDA, Moyen An., Vohito MD., Moyen G., Siopathis RM,** Les fièvres prolongées de l'enfant : expérience du CHU de Bangui (Centrafrique). Med. D'Afrique Noire 2002 – 49 (7)
- 27-Fièvre et la prise en charge de la temperature:** soins de nos enfants htm.33k Société canadienne de pédiatrie 2305-boul st laurent Ottawa k-1 g
- 28- Keita MM.** Etude rétrospective des hyperthermies et SIBI dans le service de pédiatrie de l'Hôpital Gabriel Touré. These Med, Bamako, 2002.
- 29- Steel RW, Jones SM, Lowce BM.** Use foulness of scanning procedures for diagnosis of fever of unknow origin in children. Inj P Pediatr, 1991; 119: 52 6-

30- Kemesso.B. Evaluation de la prise en charge de la malnutrition aigüe sévère chez les enfants de 0 à 59mois admis au CSCOM de Yirimadio, thèse Med 2016, 60 :145

31- Diakité.B.M Prise en charge de la diarrhée à domicile chez les enfants de 0à 59mois dans l'aire de santé de Yirimadio, thèse Med 2015,

32-Diallo BA, BEAVOGUI AH, LAPOINTEC, VIENP. Home care of malaria infected children of Less than 5 years of age in a rural area of the Republic of Guinea 2001; 79(1):pp. 28-32.s

Fiche d'enquête :

I. Caractéristiques sociodémographiques :

a. Caractéristiques sociodémographiques des enfants :

Age : /...../mois

Sexe : /..... / 1 : Masculin ; 2 : Féminin

Ethnie : /...../ 1 : Bambara ; 2 : peulh ; 3 : sonrhäi ; 4 : dogon ; 5 : malinké ;
6. soninke ; 7 : autres

Résidence: /..... /

b. Caractéristiques sociodémographiques des Mères :

Niveau d'instruction: /...../ 1 : sans instruction ; 2 : niveau primaire ;

3 : niveau secondaire ; 4 : niveau supérieur ; 5 : école coranique

Profession : /...../ 1 : fonctionnaire ; 2 : ménagère; 3 : commerçante ; 4 :

numéro de téléphone/...../

II. L'état de l'enfant et les éléments de la prise en charge de la fièvre par les ASC :

Q1 : Comment l'ASC a retrouvé l'enfant ?

1 : lors des visites à domicile ; 2 : enfant amené chez l'ASC par ses parents ; 3 :
amené par une autre personne du quartier ;

4 : autre

Q2 : Quand est ce que la fièvre a commencé ?

1 : dans les 24 heures ; 2 : dans les 48 heures ; 3 : plus de 72 heures

Q3 : la température (hyperthermie) de l'enfant ?.....

Q3.1 : la conduite à tenir devant la fièvre ?

1 : paracétamol ; 2 : artesunate suppositoire ; 3 : CTA ; 4 : autres à préciser

Q4 : Est-ce que les signes de danger ont été associés à la fièvre ?

1 : Oui ou 2 : non

Si oui le(s)quel (s)

1 : convulsion ; 2 : coma ; 3 : prostration ; 4 : vomissement incoercible ; 5 :
anémie sévère ; 6 : autre

Q5 : Est-ce que le TDR est effectué ?/...../

1 : oui ; 2 : non

Q5.1 : Si oui quel est le résultat du TDR./...../

1 : TDR positif ; 2 TDR négatif

Q5.2. Si TDR positif : quel est la conduite à tenir ? /...../

1 : paracétamol ; 2 : CTA ; 3 : artesunate suppositoire ; 4 : enveloppement
humide

Q5.3 : suivi de l'enfant après traitement ?

1 : 1-2jours ; 2 :2-3jrs ; 3 : 3-4jrs ; 4 : référer ; 5 : autres

Q5.4. Si TDR négatif /..... /

1 : référence ; 2 : observation pendant 3 jours ; 3 : recherche d'autre pathologie
du SEC

Q5.5 : Si autres pathologie SEC ?

1 : IRA ; 2 : Diarrhée ; 3 : MAM ;

Q6 : Quelle est la conduite à tenir devant une persistance de la fièvre? /...../

1 : référer au Cscm ; 2 : donner du paracétamol ; 3 : faire un enveloppement humide ; 4 : autres

III. Les causes probables de ces fièvres :

Quelle est la cause de cette fièvre ?/...../

1 : Paludisme ; 2 : les maladies diarrhéiques ; 3 : malnutrition aiguë modérée ;
4 : IRA

FICHE SIGNALETIQUE

Nom: DAGNOKO

Prénom: Seydou

Titre: Evaluation de la qualité de la prise en charge de la fièvre chez les enfants de 0 à 59 mois par les agents de santé communautaire(ASC) de Yirimadio en commune VI du district de Bamako

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Email : seydoudagnoko23@gmail.com ; Tel : 75350618/ 63 44 9256

Secteur d'intérêt : Epidémiologie, santé communautaire

Résumé :

Notre étude rétrospective descriptive a été déroulée du 1^{er} Janvier 2016 au 31 Décembre 2016, durant cette période nous avons sélectionné 394 enfants atteints de la fièvre et prise en charge par l'ASC en milieu communautaire de yirimadio.

La majorité des enfants avait débuté la fièvre dans les 24 heures soit 69% et était amené chez l'ASC par ses parents dans les mêmes heures soit 55% avec une température majoritairement comprise entre 38-39°C soit 85%.

La majorité des enfants ne présentait aucun signe de danger associé à la fièvre ;

Le TDR était effectué dans 96% des enfants atteint de la fièvre ;

L'ASC avait administré la CTA au TDR+ dans la majorité des cas soit 72% ;

Par rapport à la référence, l'ASC avait référer au CSCOM soit 73% ;

L'IRA était la pathologie du SEC la plus fréquente soit 20% suivi du paludisme avec 17%, de la diarrhée et MAM respectivement 4 et 2%.

MOTS - CLES : Fièvre, enfant de 0 à 59 mois, ASC, Yirimadio.

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.
- Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.
- Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.
- Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.
- Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

☉ Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l’instruction que j’ai reçue de leur père.

☉ Que les hommes m’accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

☉ Que je sois couvert d’opprobre et méprisé de mes confrères si j’y manque.

Je le jure