

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET
DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITÉ DE BAMAKO

RÉPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple – Un But – Une Foi



FACULTÉ DE MÉDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2009-2010

N°/

Thèse

FREQUENCE DES PATHOLOGIES RENCONTREES AU CSCOM DE KOULOUBA

Présentée et soutenue publiquement le/...../2011
Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odonto - stomatologie

Par Mr Djibril Cheick SOUMARE

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

Jury

Président : Professeur Elimane MARIKO
Membre : Docteur Souleymane DIAWARA
Co-directeur : Docteur Abou KONE
Directeur: Professeur. Amadou DIALLO

DEDICACES

A DIEU le tout Puissant

DIEU de grâce, DIEU d'amour, DIEU de bonté

Tu as été présent du début à la fin de ce travail.

Tu m'as accompagné durant ce long séjour à Bamako et as toujours, manifesté ta présence et ton soutien pendant les moments difficiles.

MERCI DIEU pour ce que tu fais de moi aujourd'hui.

A mon père Cheick SOUMARE

Pour ton sens profond du devoir, l'amour de la famille, pour toutes ces valeurs morales et sociales que tu nous a inculquées. Tu n'as ménagé aucun effort quant à notre éducation et tu as toujours cru en moi. Reçois en retour l'expression de ma profonde reconnaissance et de l'immense affection que j'ai à ton égard. Merci pour tous tes conseils.

Puisse le Seigneur te bénisse et comble davantage ta descendance.

A ma mère Aminata SIBY

Il n'existe pas de mots pour exprimer mes sentiments.

Tu incarnes pour nous l'affection maternelle de mère dévouée, courageuse et tolérante.

Pour ton amour, tes prières, tes conseils, la confiance et pour les sacrifices consentis, te voilà récompensée pour toutes ces années d'abnégation soutenue.

Merci pour tous tes efforts afin que je devienne aujourd'hui à force de volonté ce que je suis.

Cette volonté de réussir, je te la dois. Trouves en ce travail le témoignage de mon profond amour.

Que DIEU tout puissant t'accorde longévité et bonne santé à nos côtés.

A mon frère Moussa Cheick SOUMARE

Les mots me manquent pour te témoigner toute ma gratitude. Ton soutien indéfectible et ta confiance ont été pour moi une très grande source d'énergie pour l'accomplissement de cette œuvre. Tu n'as ménagé aucun effort pour que ce travail voie le jour. Qu'il soit le témoignage de toute mon affection.

A mon Cousin Souleymane Diallo

Tu es pour moi un frère. Une tendre complicité nous a toujours liés. Ta disponibilité et tes conseils ont été déterminants durant tout mon cursus.

A mes grandes mères Fanta TRAORE et Feue Aichata DOUCOURE

Ce travail est également le vôtre. Feue Aichata j'aurai souhaité t'avoir à mes cotés mais le tout puissant l'a voulu autrement.

A ma sœur Djénéba Cheick SOUMARE

Tu as été une source de courage pour moi tout au long de ce travail.

Je te remercie pour ton soutien constant et tous les efforts consentis.

Prends soin de Awa TANGARA ma nièce que j'aime tant, et son papa Youssouf TANGARA.

Que le bon DIEU te protège et te donne une santé de fer.

A mes Tontons Ibrahim COULIBALY, Mohamed E SOKONA, Boubacar KANTE, Mohamed et N'Faly SOUMARE, feu Boubacar KANOUE

Patrick DAKOUO

Vous n'avez pas manqué à vos devoirs de me soutenir et de me prodiguer des Conseils. Merci pour vos soutiens matériels et moraux qui n'ont jamais fait défaut durant tout mon cycle

Aujourd'hui je réitère la volonté de vous être toujours fidèlement attaché.

A mes Tantes Maimouna SIBY, Aminata KABA, Djantou SOUMARE, Tata DIARRA, Fanta GUISSÉ

Vous avez été pour moi des véritables mères à Bamako et à Segou. Trouvez à travers cet œuvre l'expression de ma profonde reconnaissance et de toute mon affection.

A mes grands parents feu Moussa, Fakourou, Djibril SOUMARE et Tidiani SIBY

Merci pour tous vos conseils et bénédictions. Et que le tout puissant bénisse votre descendance amen

Ce travail est également le votre.

A ma fiancée Fatoumata ARAMA :

La patience dont tu as fait preuve m'a rassuré et m'a fait comprendre que je n'aurai plus à m'inquiéter pour mon foyer .Ce travail est également le tien.

**Mes amis Dr Sadou I TOURE, Dr Madani TALL, Dr Mahamadou DIAWARA,
Mahamadou DIABATE, Ismaël Dembélé, Harouna TRAORE,**

Pour tous ces moments de bonheur et de peines que nous avons partagés pendant ces années de galère, nous voici au terme du parcours ; plus que des amis nous nous sommes dévoués l'un pour l'autre. Ce travail est aussi le votre je vous souhaite une merveilleuse carrière.

REMERCIEMENTS

Au corps professoral de la FMPOS

Pour la qualité de l'enseignement dispensé et votre disponibilité permanente.

Au Professeur Amadou DIALLO

Cher maître, vous nous avez inculqué l'amour du travail et le respect de l'être.
Les mots ne sauraient être suffisants pour vous témoigner toute ma reconnaissance.
Puisse ce travail être une preuve de toute ma gratitude. Que le tout puissant vous comble de bénédictions.

Au Dr Abou KONE

Cher maître, ne pas vous remercier serait une preuve d'ingratitude de ma part ;
Votre gentillesse, votre disponibilité constantes à l'endroit de vos étudiants sont exemplaires. Merci infiniment pour votre contribution.

A Boubacar COULIBALY

Plus qu'un ami tu es un frère pour moi. Merci pour ta générosité, ta disponibilité et tes qualités humaines. Puisse le Seigneur t'accorder longue vie et bénir ta vie future.

Aux Dr Brahim CISSE , Oumar MARIKO, Modibo DIAKITE , Mahamadou KEITA

Vous m'avez accueilli les bras ouverts chez vous. Nous sommes restés durant toutes ces années comme des frères. Les mots ne suffiraient pas pour vous témoigner toute ma reconnaissance.

Aux familles SOUMARE, SOKONA, TRAORE, COULIBALY

Merci pour tout.

A mes amis :Yacou SISSOKO, Amady MAGUIRAGA, Adama KAMPO

Les mots me manquent pour vous exprimer le fond de mes pensées.
Je voudrais vous dire merci pour votre disponibilité, votre gentillesse et toute votre affection portée à mon égard.
Merci infiniment.

Aux personnels du CSCOM de KOULOUBA et ceux du **CMDA** (Cabinet Médical Doumaré Amery)

A tous ceux bien nombreux que je n'ai pas nommés.

Soyez remerciés et sachez qu'on ne voit qu'avec le cœur, l'essentiel est invisible pour les yeux.

A tous mes grands parents, amis et connaissances qui ont quitté ce monde avant la fin de ce travail.

Que la terre vous soit légère.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE JURY

PROFESSEUR ELIMANE MARIKO

PHARMACIEN COLONEL

PROFESSEUR AGREGE EN PHARMACOLOGIE ALA FMPOS

CHEF DE DER DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

COORDINATEUR DE LA CELLULE SECTORIELLE DE LUTTE CONTRE LE

VIH/SIDALE AU MINISTERE DE LA DEFENSE ET DES ANCIENS

COMBATTANTS.

MEMBRE DU COMITE TECHNIQUE DE PHARMACOVIGILANCE

Vous nous avez honorés en acceptant de présider le jury de notre thèse ; vous nous avez toujours montré un grand intérêt pour tout ce qui touche notre formation.

Homme de principe, votre rigueur scientifique font de vous un maître exemplaire et reconnu de tous.

Veillez agréer cher maître l'expression de notre grande admiration et de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

DOCTEUR SOULEYMANE DIAWARA

MEDECIN DIRECTEUR DU CSCOM DE L'HIPPODROME

Nous vous sommes infiniment reconnaissant d'avoir accepté de siéger dans ce jury malgré vos multiples occupations professionnelles.

Vous êtes un exemple de simplicité et de disponibilité.

**A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE
DOCTEUR ABOU KONE**

**- MEDECIN CHEF DU CSCOM DE KOULOUBA.
- Président de l'ONG AJSD MALI**

Vous avez accepté de diriger, malgré vos multiples occupations notre travail.
Vous avez fait preuve de beaucoup de compréhension et de disponibilité.
Nous avons également été touché par votre gentillesse.
C'est un grand honneur pour nous de vous compter parmi mes jurys.
Trouvez ici l'expression de notre profonde estime.

**A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE
PROFESSEUR AMADOU DIALLO
RECTEUR DE L'UNIVERSITE DE BAMAKO
PROFESSEUR DE BIOLOGIE A LA FMPOS
RESPONSABLE DE COURS DE BIOLOGIE ANIMALE ET DE ZOOLOGIE A LA
FMPOS.**

Cher maître, nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de diriger cette thèse. Malgré vos multiples sollicitations, vous avez initié et dirigé cette thèse. Vos qualités humaines, scientifiques et votre simplicité à transmettre aux autres vos connaissances font de vous un maître admiré de tous. Nous sommes fiers d'être comptés parmi vos élèves et espérons être dignes de la confiance que vous avez placée en nous. Cher maître soyez rassuré de notre profonde gratitude et de notre attachement fidèle.
Ce travail vous est personnellement dédié.

ABREVIATIONS

ASACO	:	Association de Santé Communautaire
AVP	:	Accident de la voie publique
CBV	:	Coups et Blessures Volontaires
CSCom	:	Centre de Santé Communautaire
FMPOS	:	Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
PNLMD	:	Programme National de Lutte Contre les Maladies Diarrhéiques
PNLP	:	Programme National de Lutte Contre le Paludisme
P . falciparum:		<u>Plasmodium falciparum</u>
P. vivax	:	<u>Plasmodium vivax</u>
RVO	:	Réhydratation par Voie Orale
AJSD	:	Action jeunesse pour la santé et le développement

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
OBJECTIF.....	5
GENERALITES	7
METHODOLOGIE	29
RESULTATS	34
COMMENTAIRES ET DISCUSSION	42
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	48
BIBLIOGRAPHIE.....	53
Annexes	58

INTRODUCTION

INTRODUCTION

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

Elle repose sur la création de centres de santé communautaire qui sont définis par le ministère de la santé comme étant les formations sanitaires de premier niveau créées sur la base de l'engagement de populations définies et organisées au sein d'Associations de Santé Communautaire (ASACO) pour répondre de façon efficace et efficiente à leurs problèmes de santé. [43]

A cet effet le système sanitaire du MALI est organisé en trois niveaux sanitaires: les hôpitaux, les Centres de Santé de références (CSRef) et les Associations de Santé Communautaires.

L'ASACO a pour mission de diagnostiquer, de traiter les pathologies courantes et de référer celles qui sont compliquées.

Le diagnostic des pathologies bactériennes, parasitaires, virales et traumatiques repose sur une déduction par étape basée sur les signes cliniques, biologiques et morphologiques.

Le Centre de Santé Communautaire de Koulouba (CSCom) est un centre qui met à sa disposition une équipe chargée de recevoir des malades désirant se faire consulter.

En effet plusieurs maladies sont diagnostiquées au sein de cette structure parmi lesquelles nous pouvons citer :

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

Au Mali, avec près de 0,5 million de cas cliniques notifiés chaque année par les services de santé, le paludisme reste responsable de 33% des motifs de consultation, 42% d'anémie, un taux élevé d'absentéisme au travail et à l'école, une fréquence de formes graves chez les femmes enceintes et une mortalité importante Chez les enfants de moins de 5 ans. [30]

Les Bronchites se rencontrent fréquemment et peuvent être d'origine bactérienne, parfois virale. Celles-ci entraînent des altérations de l'épithélium bronchique responsables d'une toux prolongée.

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

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

Les traumatismes rencontrés sont d'ordres multiples :

Les Accidents de la voie publique ;

Les coups et blessures volontaires ;

Les plaies et les brûlures.

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

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

[31]. Les coups et blessures volontaires occupent également une place considérable de nos jours.

Les diarrhées : Dans les maladies diarrhéiques, la principale cause de mortalité chez les jeunes est la déshydratation qui se développe très rapidement et s'accompagne de malnutrition à la suite d'atteintes répétées.

De ce fait, la déshydratation constitue un problème majeure de santé publique que le programme national de lutte contre les maladies diarrhéiques (PNLMD) a résolu de combattre en utilisant principalement la réhydratation par voie orale (RVO).

Mais l'application de cette méthode si efficace peu coûteuse et à la portée de tous exige un changement de comportement et d'attitude.

La Fièvre typhoïde : Elle est dans les pays en voie de développement la principale cause de diarrhée associée à une fièvre élevée et prolongée .En effet devenue un problème de santé publique notoire ces deux dernière années. Elle est aussi responsable d'infections localisées, plus de 30 millions de cas sont répertoriés chaque année dans le monde, la mortalité va de 12 à 32% dans ces pays. **[36]**

OBJECTIVES

OBJECTIFS

- **OBJECTIF GENERAL :**

- * Etudier la fréquence des pathologies rencontrées au CSCOM de Koulouba.

- **OBJECTIFS SPECIFIQUES :**

- *Evaluer les types de prestations cliniques du CSCOM de Koulouba

- *Proposer les méthodes de lutte appropriées contre ces pathologies

- *Décrire le profil socio démographique des patients

GENERALITIES

GENERALITES

1- Présentation du Mali

1.1. Milieu Physique

Le Mali, pays enclavé à cause de sa situation géographique a une superficie de 1.240.192 km², dont les 2/3 sont occupés par le sahara.

Il s'étend sur 1700 km du Nord au Sud, 1900 km d'Ouest en Est et fait frontière avec 7 Pays :

Au Nord Est : l'Algérie

Au Nord Ouest : la Mauritanie

A l'Ouest : le Sénégal

Au Sud Ouest : la Guinée Conakry

Au Sud : la Côte d'Ivoire

Au Sud Est : le Burkina Faso

A l'Est : le Niger

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

1. 2. Milieu Humain

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

Groupe mandingue 40% de la Population (bambara , malinké);

Groupe soudanien : 20% (Sarakolé, Songhoï, Dogon, Bozo) ;

Groupe nomade : 17% (Peulh, Touareg, Maure) ;

Groupe voltaïque : 12% (Sénoufo, Minianka, Bobo, Mossi) ;

Divers : 11% (Toucouleur, Wolof).

1.3. District de Bamako

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

2. LES PRINCIPALES PATHOLOGIES RENCONTREES AU CSCOM

2.1. PALUDISME

2.1.1. Définition

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

Plasmodium falciparum

Plasmodium vivax

Plasmodium malariae

Plasmodium ovale

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

[21]

Bien qu'il soit attesté que le fait d'améliorer l'accès au traitement et l'observance de ce dernier a un bon rapport coût-efficacité, la plupart des victimes du paludisme meurent encore à cause de l'absence d'une structure de soin proche de leur domicile ou parce que leur maladie n'est pas diagnostiquée par les agents de santé. [33]

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

Le diagnostic purement clinique présente des difficultés particulières même si les agents de santé des régions reculées s'y sont exercés avec un certain succès. [38]

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

Au Mali ce sont les membres du complexe *Anophèles gambiae* et *Anophèles funestus* qui transmettent le paludisme entre 18h et 6h. Leur durée de vie moyenne est d'un mois [4]

2.1.2. Faciès épidémiologiques du paludisme au Mali [38]

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

- Une zone soudano guinéenne à transmission saisonnière longue supérieure ou égale à 6 mois, allant de Mai à Novembre avec 1250 mm d'eau par an. Dans cette zone l'indice plasmodique chez les enfants est > 80%. L'état de prémunition est acquis vers l'âge de 5-6 ans. Le paludisme sévit sur un mode halo endémique.
- Une zone sahélienne à transmission saisonnière courte qui varie de 3 à 4 mois. Dans cette zone l'indice plasmodique se situe entre 50-70%. Le paludisme y est hyper endémique en saison des pluies avec 200-800 mm d'eau / an. L'état de prémunition est rarement atteint avant l'âge de 9-10 ans.
- Une zone de transmission sporadique voire épidémique correspondant aux régions du Nord, certaines localités des régions de Koulikoro et de Kayes (Nara, Nioro, Diéma, Yélimané, Kayes). L'indice plasmodique est en dessous de 5%. Tous les groupes d'âge sont à risque de paludisme grave. Une précaution particulière doit être prise chaque fois que ces populations migrent vers le sud du pays.
- Des zones de transmission bi ou plurimodale comprenant le delta inférieur du fleuve Niger et les zones de barrage et de riziculture : Niono, Sélingué, Manantali et Markala. L'indice plasmodique se situe entre 40-50%. L'anémie reste un phénotype cliniquement important. Le paludisme est de type méso endémique.
- Des zones peu propices à l'impaludation particulièrement les milieux de Bamako et de Mopti où le paludisme est hypo endémique. L'indice plasmodique est < 10% et les adultes peuvent faire des formes graves et compliquées de paludisme.

2.1.3. Facteurs favorisant la transmission

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

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

Zone de paludisme stable : deux faciès

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

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

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

- Zone de paludisme instable :

Faciès désertique : steppes ;

Faciès australe : plateaux du sud de l'Afrique ;

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

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

2.1.4. Traitement

2.1.4.1. But du traitement

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

2.1.4.2. Moyens

- **la quinine**

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

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

Dès obtention de l'amélioration clinique et neurologique franche, on passe à la quinine per os : Quinimax ® comprimé à 125 mg et 500 mg en 3 Prises espacées de 8 heures. Il y a aussi la forme suppositoire de 250 et de 150 mg de sel.

- les amino 4 quinoléines

La chloroquine comprimé de 300 mg, sirop à 25 mg par cuillère-mesure, comprimé de 100 mg est administrée à la posologie de 25 mg/kg repartis en 3 jours :

10 mg le premier jour, 10 mg le deuxième jour, En cas d'échec thérapeutique ou de suspicion de résistance à la chloroquine, le PNLP préconise l'utilisation de l'association sulfadoxine. La chloroquine a été retirée de la chaîne thérapeutique.

- les amino alcools

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

- les associations

- Sulfadoxine (500 mg) + pyriméthamine (20 mg)

La posologie est de 3 comprimés en prise unique ou 2 ampoules en injection intramusculaire [44]

- Les dérivés de Quinghaosu ; il s'agit de l'Arthémether (paluther ®) : Ampoule de 80 mg par voie intramusculaire administrée à la dose de 160 mg le premier jour, puis 80 mg par jour pendant 4 jours chez l'adulte.

- les antibiotiques

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

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

2.1.4.3. Traitement symptomatique

Dans le traitement symptomatique, on utilise les tranquillisants comme le Diazépan ampoule de 10 mg administré à la posologie de 0,5 mg en IV ou en IM, les antipyrétiques comme le paracétamol à la posologie de 20-30 mg/kg/jour en 4 prises et le traitement de l'hypoglycémie [44]

2.1.4.4. Indications

- Paludisme simple :

Selon les recommandations du PNLP arthéméther-Luméfanthrine préconisée en
En première intention :

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

Chez l'enfant :

- moins de 15 kg : 1 comprimé à prendre deux fois par jour pendant 3 jours.
- entre 15 et 24 kg : 2 comprimés à prendre deux fois par jour pendant 3 jours.
- entre 25 et 34 kg : 3 comprimés à prendre deux fois par jour.

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

- Paludisme grave :

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

Le paludisme chez la femme enceinte doit être considéré comme un cas grave et compliqué. Elle doit être traitée avec la quinine.

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

- on peut également donner des antiémétiques tels que : le metoclopramide , du vogalène.

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

- la prise d'antalgiques et d'antipyrétiques contribuent à la diminution des symptômes, on peut citer : le paracétamol, le novalgin, l'aspirine.

- les multivitamines ou la vitamine B complexe sont prescrits.

2. 2. Bronchite aiguë et pneumopathies infectieuses aiguës

2.2.1. Bronchite aiguë

2.2.1.1. Définition et épidémiologie

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

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

Les bronchites virales entraînent des altérations de l'épithélium bronchique responsables d'une toux prolongée et sont dues à des *Rhinovirus*, des *Adénovirus*, le virus de la grippe. Quand aux bronchites bactériennes il s'agit de surinfections de bronchites virales favorisées par les lésions de l'épithélium.

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

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

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

2.2.1.2. Traitement

2.2.1.2.1 But du traitement

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

2.2.1.2.2 Moyens médicamenteux

En effet le traitement de la bronchite est simple : le repos, les antalgiques, les antipyrétiques, les anti-inflammatoires : il s'agit de l'aspirine, du paracétamol ou encore de l'ibuprofène.

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

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

2.2.2. Pneumopathies infectieuses aiguës

2.2.2.1 Définition et épidémiologie

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

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

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

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

2.2.2.2. Traitement

2.2.2.2.1 But du traitement

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

2.2.2.2.2 Moyens médicamenteux

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

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

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

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

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

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

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

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

- La radiographie pulmonaire retrouve le plus souvent une opacité alvéolaire systématisée.
- La numération formule sanguine montre une hyper leucocytose à polynucléaires neutrophiles souvent supérieur à 15 000/mm³ (une leucopénie est de mauvais pronostic).
- Le syndrome biologique inflammatoire est net.
- La recherche d'antigènes solubles dans le sang et les urines est rarement positive.
- Le diagnostic est porté sur l'isolement du germe à partir des hémocultures.
- L'antibiogramme est fondamental en raison du nombre de plus en plus important de souches résistantes à la pénicilline.

Cette résistance, inférieure à 5% jusqu'en 1998, s'élèverait à 17% en 1991 **[32]**

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

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

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

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

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

2.3. Traumatismes

Dans notre étude lorsque nous parlons de traumatismes nous faisons allusions à un ensemble de lésions locales provoquées par l'action violente d'un agent extérieur.

Nous pouvons citer :

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

2.3.1. Les accidents de la voie publique

2.3.1.1. Les causes

2.3.1.1.1. Causes liées au véhicules. [15]

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

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

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

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

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

2.3.1.1.2. Causes liées à l'usager. [10]

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

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

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

2.3.1.1.3. Causes liées à la route et à son environnement

L'environnement est surtout marqué par :

- le mauvais aménagement des croisements ;
- les virages dangereux ;
- les obstacles mobiles (animaux en divagation ou gibier).

2.3.1.1.4. Les causes des accidents au Mali . [40]

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

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

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

Au Cameroun, une étude du Docteur Tébéré N'gonga attribue à l'excès de vitesse la première cause suivi par le dépassement défectueux **[42]**

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

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

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

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

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

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

Les piétons, les cyclistes et les motocyclistes sont les usagers de la route les plus vulnérables **[14]**

2.3.1.1.5. Les lésions anatomiques

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

1. Les fractures

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

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

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

1.1. Le traitement

La radiographie confirme la fracture et le déplacement.

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

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

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

2. Les luxations

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

On distingue deux grandes variétés de luxations :

- Les luxations traumatiques
- Les luxations congénitales

2.1. Traitement

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

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

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

3. Les entorses. [14]

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

3.1. Traitement

- Les entorses bénignes

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

- Les entorses graves

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

4. Les claquages. [14]

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

4.1. Traitement

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

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

5. Les contusions

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

6. Les plaies :

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

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

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

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

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

6.1. Traitement

Le traitement est basé sur l'utilisation :

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

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

Certaines plaies nécessitent l'utilisation du sérum antitétanique.

2.4. Les coups et blessures volontaires

2.4.1 Les causes

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

2.4.1.1. Les armes blanches

1. Les instruments tranchants

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

Parmi eux on peut citer : une

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

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

On distingue deux grandes catégories de plaies : les

▪ Plaies linéaires :

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

▪ Plaies contuses :

Ce sont des pertes de substance avec destruction tissulaire.

Les bords de la plaie sont irréguliers, déchiquetés.

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

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

2. Les instruments piquants :

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

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

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

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

Les instruments perforants irréguliers entraînent des plaies contuses.

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

3. Les instruments contondants :

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

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

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

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

Le mécanisme de la contusion est double :

- 1) Le corps contondant animé d'un mouvement vient frapper le sujet immobile : c'est la contusion active.
- 2) Le corps du sujet lui-même en mouvement est projeté contre un corps contondant immobile : c'est la contusion passive.

La contusion active est la plus fréquente.

2.4.2.2. Les armes à feu

Parmi celles-ci on peut citer :

- Le revolver
- Le fusil de chasse

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

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

2.5. LES DIARRHEES

2.5.1. Définition

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

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

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

La diarrhée peut être également due à une fièvre typhoïde qui est une toxi-infection généralisée à point de départ lymphatique, mésentérique. Elle est provoquée par le bacille d'Eberth ou *Salmonella typhi* et le bacille paratyphique A, B, C. Il s'agit d'une maladie strictement humaine donc la dissémination est liée à l'élimination de germes dans les selles des sujets infectés malades ou porteurs sains.[39]

2.5.2. Traitement

2.5.2.1. But du traitement

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

2.5.2.2. Moyens

- Le repos au lit durant la période fébrile.
- Les mesures hygiéno-diététiques sont primordiales dans la prise en charge du patient.

- Le régime alimentaire est fonction de l'appétit et des éventuels troubles digestifs (liquide au début de la phase fébrile, apport hydroélectrolytique en cas de déshydratation sévère par diarrhée et/ou par vomissement, de troubles de la conscience) [37]
- L'antibiothérapie est nécessaire, mais ses modalités sont diversement appréciées.

2.5.3. Indications

En ce qui concerne le traitement de la diarrhée due à la fièvre typhoïde le traitement préconisé est le suivant : [35]

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

Le traitement se fait au moins pendant 15 jours.

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

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

- les céphalosporines de 3^{ème} génération sont aussi actives sur les salmonelles. La ceftriaxone a été employée à la dose de 80 mg/kg/j en une seule injection quotidienne pendant 7 jours [35]
- l'utilisation de fortes doses de corticoïdes associés au chloramphénicol semble diminuer les signes toxiques dont la fièvre et le pronostic des malades graves avant des troubles neurologiques et/ou un état de choc ;

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

a) Sels de réhydratation orale

Les sels de réhydratation orale sont utilisés pour traiter la déshydratation quel que soit la cause initiale, l'âge des patients ou la phase du traitement. Ils répondent aux

critères physiologiques concernant l'absorption de l'eau et des électrolytes dans l'intestin.

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

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

b) la solution salée-sucrée

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

Elle est préparée à partir des ingrédients suivants :

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

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

c) les antibiotiques

- La ceftriaxone
- Le cotrimoxazole
- Le métronidazole

d) les antiseptiques intestinaux

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

e) l'antalgique

- Le paracétamol

f) les anti-inflammatoires

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

2.5.4. Prévention

- lutte contre le péril fécal ;

- hygiène alimentaire

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

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

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

Donner à l'enfant plus de liquides que de coutume : eau de riz, jus de fruit, infusions légères, solution salée-sucrée.

* Donner à l'enfant des aliments solides autant qu'il en désire, des aliments faciles à digérer (riz blanc, soupes, produits laitiers, œufs, poisson et viande bien cuits) et ceux contenant du potassium (ananas, banane...) s'il a plus de 4 mois.

METHODOLOGIE

METHODOLOGIE

1-Type d'étude

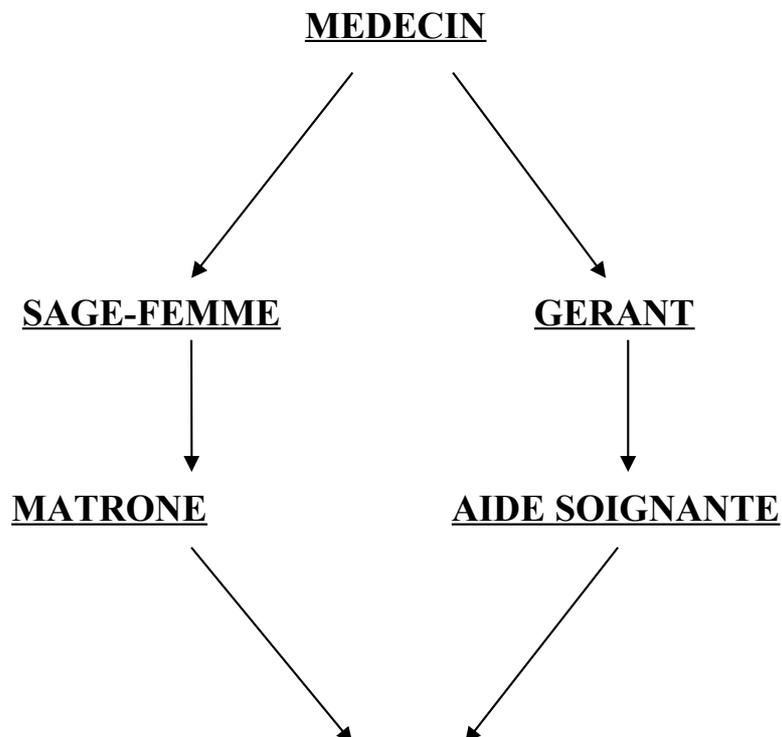
Il s'agit d'une étude rétrospective qui a concerné la période du 1er janvier 2005 au 31 décembre 2009. Cette étude a pour but de recenser les pathologies diagnostiquées et de faire ressortir les plus récurrentes durant cette période au CScCom de Koulouba.

2- Lieu d'étude

C'est le Centre de Santé Communautaire (CScCom) de Koulouba situé dans la Commune III du district de Bamako.

Il est organisé comme suit :

ORGANIGRAMME ASACO-KOULOU-POINT



GARDIEN MANŒUVRE

- **Création**

Le Centre de Santé Communautaire de Koulouba (CSCom Koulouba Point G) est opérationnel depuis le 21 août 1997. L'autorisation N° 17- 95M.CIII-DB autorise l'ASACO de Koulouba à utiliser le dispensaire pour en faire son Centre de Santé Communautaire.

L'ASACO se conformera à la réglementation en vigueur, un certificat de conformité avec la carte sanitaire a été délivré le 05 décembre 1995 par le médecin-chef de la Commune III, le Docteur TRAORE Marcelline DIAKITE. Un récépissé de la déclaration d'Association N°692/MAT-S/DNAT a été délivré par le Ministre de l'Administration Territoriale et de la Sécurité le 28 novembre 1995.

Situation géographique

a- Koulouba

Situé en Commune III du District de Bamako avec une population de 8919 habitants en 2006. Il est limité :

A l'est par le Point G ;

A l'ouest par Sokonafing ;

Au sud par N'Tomikorobougou ;

Et au nord par la Commune de Kati.

b- Centre de Santé Communautaire

Le CSCom de Koulouba Point G est situé à l'entrée du Palais Présidentiel en face de la Mairie de Koulouba. L'aire du CSCom est composée de 3 quartiers : Koulouba, Point G et Sokonafing. Le centre comprend :

- Une salle de consultation ;
- Une salle d'accouchement ;

- Deux salles de repos ;
- Un dépôt de médicaments ;
- Une salle de consultation prénatale ;
- Une salle de soins ;
- Un laboratoire ;
- Une salle de garde.

Le personnel :

- Un Médecin-chef ;
- Un laborantin ;
- Deux sages-femmes ;
- Un gérant du dépôt pharmaceutique.
- Une matrone ;
- Deux aides-soignantes ;
- Un manoeuvre.

3- Les critères d'inclusion et de non-inclusion

° Les critères d'inclusion

- Nous avons inclus dans notre étude les patients venus en consultation pour l'une des principales maladies citées (paludisme, bronchite aigue et pneumopathies infectieuses aigues, traumatismes, coups et blessures volontaires, diarrhées, fièvre thyphoïde) et ayant bénéficié d'un dossier médical complet dans le Centre de Santé.
- Les dates de diagnostic retenues étaient comprises entre janvier 2005 et décembre 2009.

° Les critères de non-inclusion

- nous avons exclus de notre étude : les patients dont la fiche médicale n'était pas correctement remplie, les patients référés dans les hôpitaux nationaux, les patients qui ne présentaient aucune des maladies citées.
- Les patients dont la date de diagnostic n'était pas comprise entre janvier 2005 et décembre 2009.

4- Méthode

§ Confection de questionnaire

Les questionnaires y compris celui fait au près du personnel ont été élaborés par l'étudiant lui-même, discutés avec le co-directeur de thèse et corrigés par le directeur de thèse.

§ Collecte des données

Elle s'est déroulée au CSCom de Koulouba. Les questionnaires ont été remplis par l'étudiant en utilisant les registres de consultation du CSCom.

§ Traitement et Analyse des données

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées avec le logiciel SPSS 10.0 version française. Le traitement de texte et les tableaux ont été réalisés par les logiciels Microsoft Word 2007.

RESULTATS

RESULTATS

TABLEAU I : Répartition des patients en fonction des maladies rencontrées

Maladies rencontrées	Fréquence	Pourcentage %
Paludisme	3562	34,0
Typhoïde	1812	17,3
Diarrhée	1133	10,8
Bronchite	892	8,5
Pneumopathies	937	8,9
Traumatisme divers	1159	11,1
Autres	989	9,4
Total	10484	100

Autres* = varicelle, prurit génital, HTA, dermatite, angine.

Dans notre échantillon le paludisme a dominé avec 34 % des cas.

TABLEAU II : Répartition des malades en fonction de la tranche d'âge

Tranche d'âge	Fréquence	Pourcentage %
0 à 10 ans	3598	34,3
11 à 20 ans	1791	17,1
21 à 30 ans	1629	15,5
31 à 40 ans	768	7,3
41 à 50 ans	1958	18,7
51 à 60 ans	323	3,1
61 à 70 ans	312	3,0
plus de 71 ans	105	1,0
Total	10484	100

La tranche d'âge 1 - 10 ans a prédominé avec plus de 34,3%.

TABLEAU III : Répartition des malades rencontrés en fonction du sexe

Sexe	Fréquence	Pourcentage %
Féminin	4357	41,6
Masculin	6127	58,4
Total	10484	100

Le sexe masculin a dominé avec 58,4 %.

TABLEAU IV : Répartition des malades en fonction de l'ethnie

Ethnie	Fréquence	Pourcentage %
Bambara	3563	34,0
Malinké	1350	12,9
Sonrhaï	949	9,1
Bobo	533	5,1
Touareg	628	6,0
Peulh	1173	11,2
Dogon	254	2,4
Sarakolé	1654	15,8
Bozo	204	1,9
Autres	176	1,7
Total	10484	100

Autres*= Bella, Dafing, Kassonké, Maure, Sénoufo, Mossi, Somono, Sosso, touareg
 Dans notre étude les Bambara ont dominé avec 34 %.

TABLEAU V : Répartition des malades selon le lieu de résidence (aire de santé)

Lieu de résidence	Fréquence	Pourcentage %
Koulouba	9447	90,1
Hors Koulouba	1037	9,9

Total	10484	100
--------------	--------------	------------

90,1 % de nos patients résidaient à Koulouba.

TABLEAU VI : Répartition des malades en fonction de leur occupation

Profession	Fréquence	Pourcentage %
Ménagère	1131	10,8
Elève	3549	33,9
Commerçant	1163	11,1
Fonctionnaire	1246	11,9
Enfant	1733	16,5
Etudiant	1086	10,4
Nouveau-née	220	2,1
Personne âgée	100	1,0
Autres	256	2,4
Total	10484	100

Autres* = gardien, standardiste, pompier, chauffeur, vidangeur.

Dans nos échantillons près de 40 % était élèves.

TABLEAU VII : Répartition des malades selon la nationalité

Nationalité	Fréquence	Pourcentage %
Malienne	10346	98,7
Togolaise	80	0,8
Sierra Léonaise	30	0,3
Béninoise	28	0,3
Total	10484	100

Autres* : Béninois, Togolais, Sierra Léonaise.

Dans notre étude 98,7 % de nos patients étaient de nationalité malienne.

TABLEAU VIII : Répartition des malades en fonction de la sanction thérapeutique

Traité	Fréquence	Pourcentage %
Oui	10372	98,9
Référé	112	1,1
Total	10484	100

Dans notre échantillon 1,1 % seulement était référé vers les hôpitaux.

TABLEAU IX : Répartition des malades souffrant de paludisme en fonction de la tranche d'âge

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage %
1 à 10 ans	1707	47,9
11 à 20 ans	1106	31,0
21 à 30 ans	442	12,4
31 à 40 ans	226	6,3
41 à 50 ans	23	0,6
51 à 60 ans	3	0,1
61 à 70 ans	55	1,5
Total	3562	100

Dans notre échantillon la tranche d'âge 1 – 10 ans a prédominé dans l'atteinte paludisme simple 11 à 20 ans par le paludisme grave

TABLEAU X: Répartition des malades souffrant de fièvre typhoïde en fonction de la tranche d'âge

Typhoïde		
Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage %
0 à 10 ans	2	0,1
11 à 20 ans	5	0,3
21 à 30 ans	4	0,2
31 à 40 ans	2	0,1
41 à 50 ans	1798	99,2
61 à 70 ans	1	0,1
Total	1812	100

Dans notre étude la tranche d'âge 41 – 50 ans a été la plus touchée par la fièvre typhoïde avec 99,2 %.

TABLEAU XI : Répartition des malades souffrant de diarrhée en fonction de la tranche d'âge

Diarrhée		
Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage %
0 à 10 ans	529	46,7
11 à 20 ans	521	46,0
21 à 30 ans	23	2,0
31 à 40 ans	3	0,3
41 à 50 ans	2	0,2
51 à 60 ans	1	0,1
61 à 70 ans	52	4,6
plus de 71 ans	2	0,2
Total	1133	100

La tranche d'âge 0 – 10 ans a été la plus touchée par la diarrhée avec près de 47%.

TABLEAU XII : Répartition des malades souffrant de bronchite en fonction de la tranche d'âge

Bronchite	Effectif	Pourcentage %
Tranche d'âge		
0 à 10 ans	821	92,0
11 à 20 ans	60	6,7
21 à 30 ans	7	0,8
31 à 40 ans	3	0,3
41 à 50 ans	1	0,1
Total	892	100

Dans notre échantillon la tranche d'âge 0 – 10 ans est restée la plus touchée par la bronchite avec 92%.

TABLEAU XIII : Répartition des malades souffrant de pneumopathies en fonction de la tranche d'âge

Pneumopathies	Effectif	Pourcentage %
Tranche d'âge		
0 à 10 ans	416	44,4
11 à 20 ans	8	0,9
21 à 30 ans	9	1,0
31 à 40 ans	105	11,2
41 à 50 ans	99	10,6
51 à 60 ans	100	10,7
61 à 70 ans	100	10,7
plus de 71 ans	100	10,7
Total	937	100

Aussi bien dans les bronchites que les pneumopathies la tranche 0 à 10 ans prédominent.

TABLEAU XIV : Répartition des malades présentant un traumatisme divers en fonction de la tranche d'âge

Traumatisme divers	Effectif	Pourcentage %
Tranche d'âge		
0 à 10 ans	15	1,3
11 à 20 ans	20	1,7
21 à 30 ans	1093	94,3
31 à 40 ans	8	0,7
41 à 50 ans	3	0,3
51 à 60 ans	4	0,3
61 à 70 ans	15	1,3
plus de 71 ans	1	0,1
Total	1159	100

Dans les cas de traumatismes divers la tranche d'âge 1 – 20 ans a prédominé avec 57,60%.

TABLEAU XV : Répartition des malades en fonction du sexe et de la tranche d'âge

Sexe		
Tranche d'âge	Féminin	Masculin
0 à 10 ans	761	2837
11 à 20 ans	470	1321
21 à 30 ans	666	963
31 à 40 ans	631	137
41 à 50 ans	1424	534
51 à 60 ans	213	110
61 à 70 ans	191	121
plus de 71 ans	1	104
Total	4357	6127

La tranche d'âge des 0 - 10 ans a été la plus concernée pour le sexe masculin et 41 à 50 ans pour le sexe féminin.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

COMMENTAIRES ET DISCUSSION:

1- Tranche d'âge

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

Il découle de notre étude que la tranche d'âge la plus concernée a été celle des 0 à 10 ans avec 3598 cas soit 34,3%.

Notre étude nous a permis de montrer que la tranche d'âge de 0 à 10 ans est la plus concernée par le paludisme et la moins concernée est celle de 51 à 60 ans ; ce qui est contraire aux résultats de Simon COULIBALY [41] qui a montré dans son étude que la tranche d'âge la plus représentée a été celle supérieure à 15 ans soit 59,8 % et celle inférieure à 1 an a été la moins représentée avec 8,5%.

KOLI DOUKOU L.A [26] a montré dans son étude que la tranche d'âge la plus représentée a été celle supérieure à 17 ans soit 49,70%.

Il ressort également de l'étude de DJEUMEN NANA M.A [17] que les adolescents et les jeunes adultes semblaient être la classe la plus atteinte par le paludisme avec 50,7%.

Notre étude est inclut dans celle de HAIDARA A.Y [22] qui a montré dans son étude que la tranche d'âge de 0 à 15 ans est la plus touchée par le paludisme avec 22,8%.

SISSOKO Cheick Hamala [9] qui a montré dans son étude que l'âge le plus représenté était supérieur à 35 ans, soit 51 %. Qui est contraire à nos études.

DIABATE Koniba [27] a montré dans son étude que la tranche d'âge de 21 à 51 ans soit 46,1 % de son échantillon était la plus représentée .Qui contraire aux nôtres Pour ce qui est de la fièvre typhoïde, nous avons trouvé dans notre étude que la tranche d'âge de 40 à 51 ans est la plus représentée avec 99,2% ; ce qui est contraire aux résultats de DJEUMEN NANA M.A. [17] qui a montré que la tranche de 16 à 44 ans est la plus représentée avec 18 cas soit 69,2%.

En ce qui concerne les diarrhées, il ressort de notre étude que la tranche d'âge de 0 à 10 ans a été la plus représentée avec 46,9% ; dans cette étude contient les résultats de FOFANA Adama [1] qui a montré que la tranche d'âge de 0 à 11 mois soit 45% était la plus représentée. Qui est aussi comparable à celui de DOUMBIA M.N [18] qui a trouvé dans son étude la tranche d'âge de 0 à 11 mois soit 43%.

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

Notre étude rejoint celle de DIAGNE J. et al. [12] ont montré que 93% des enfants atteints de maladies diarrhéiques ont moins de 3 ans.

CRUZ J.R et al. [11] qui ont trouvé que la diarrhée est la plus fréquente entre 12 et 17 mois comme KANKI B et al [24] ; DUBOZ P et al [19]

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

Pour ce qui est des bronchites, nous avons montré dans notre étude que la tranche d'âge de 0 à 10 ans est la plus représentée avec 92%.

Les pneumopathies ont représenté 44,4% pour la tranche d'âge de 0 à 10 ans.

Quand aux traumatismes : il ressort de notre étude que la tranche d'âge la plus représentée est celle de 21 à 30 ans soit 94,3% ; Cette tranche d'âge s'explique par le fait que les enfants et les adolescents sont victimes des violences graves et meurtrières que pratiquent les adultes sur eux.

BATISTA de OLIVEIRA et coll. [6] du Brésil ont montré que la tranche d'âge de 14 à 32 ans est la plus représentée soit 71,4% pour ce qui est des A.V.P. PANG. Y et coll. [34] en Malaisie trouvent des taux autant élevés.

Notre étude rejoint celui de, BAPA E.S [5] a montré dans son étude que la tranche d'âge de 21 à 30 ans a été la plus concernée par les A.V.P avec 82 cas soit 26,5%. Cela s'expliquerait par le fait qu'elle représente la couche la plus active de la population.

ICHIKAWA et coll. [23] en Thaïlande ont montré que la tranche d'âge de 20 à 29 ans est la plus représentée avec 38,7%. Ces écarts avec nos chiffres s'expliquent par la taille de notre échantillon.

Pour ce qui est des coups et blessures volontaires : Khante DJIBRILLAH. [25] a retrouvé dans les mêmes proportions une tranche d'âge comprise entre 10 et 30 ans.

DIOP S.M. [16] en 1991 les situe entre 11 et 20 ans.

Contrairement a nos résultats, Bomou YAMADOU. [7] a montré dans son étude que la tranche d'âge de 21 à 40 ans est la plus sujette aux C.B.V où elle représente 67,57% avec un âge médian de 30,5 ans. De même que DIALLO. O. [13] a montré sur 214 cas retrouvés une prépondérance des C.B.V dans la tranche d'âge de 25 à 35 ans.

KOROBELINIK. [28] retrouve en France une moyenne d'âge de 28 ans.

2- Sexe

Nous avons trouvé que le sexe masculin prédomine dans toutes les pathologies avec un sexe ratio de 1,40 en faveur des hommes.

Nos résultats corroborent ceux de certains auteurs.

TSOBNY [44] dans son étude, a trouvé que le ratio était de 3 en 1998, de 1,6 en 1999 et de 1,3 en 2000 en faveur du sexe masculin dans le service de Réanimation de l'Hôpital du Point G ; ce qui rejoint nos résultats .

Il en est de même pour BAPA E.S. [5] qui a montré dans son étude une prédominance masculine avec 277 cas soit 73,2 % ; le sexe ratio est de 2,73 en faveur des hommes.

DIABATE Koniba [27] a noté dans son étude une prédominance masculine avec 55 cas soit 60,45%.

Contrairement à nos résultats, KOLI, dans son étude a trouvé que le sexe féminin prédomine avec un sexe ratio de 1,13 en faveur des femmes.

Il ressort également de l'étude de Adama KANTE [2] une prédominance féminine de 59,19% avec un sexe ratio de 1,45 en faveur du sexe féminin.

DJEUMEN NANA M.A. [17] a trouvé 62% de femmes sur 115 malades , de même que Simon COULIBALY qui a trouvé 56,7% de femmes contre 43,3% d'hommes.

3 - Ethnie

Dans notre étude, l'ethnie Bambara est la plus représentée avec (34,%) suivie des Sarakolé avec (15,8%) puis des Malinké avec (12,9%) des peulh avec (11,2%) des Sonrhai avec (9,1%) des Touareg avec (6,0%) des Bobo avec (5,1%) des Dogon avec (2,4%) et des Bozo avec (1,9%) .

4- Lieu de résidence

Nous avons constaté que 90,1% des malades résident à Koulouba ; notons également que 9,1% viennent d'autres localités que nous avons nommé hors Koulouba

Les résultats de KOLI DOUKOU L.A. sont similaires aux nôtres car dans son étude 90,24% des cas se trouvent dans l'aire de santé contre 9,78% qui se trouvent hors aire.

De même que KANTE Adama qui a montré que 81% des cas se trouvent dans l'aire de santé contre 19% qui se trouve hors aire.

5 - Nationalité

La majorité de nos malades consultés sont des maliens (98,7%) ce qui veut dire qu'ils sont fidèles à leur CSCCom qui est le premier recours en matière de santé au MALI. Des communautés non nationales ont également figuré comme Togolaise (0,8%),Sierra-léonnoise et Béninoise (0,3%) Au Sénégal Faye et al. [20] ont trouvé que 72,60% des personnes interrogées en milieu rural utilisaient le Centre de Santé comme premier recours.

6- Thérapeutique

Du point de vue traitement, 98,9% de nos malades ont été traités. Le cas des malades non traités s'expliquerait par l'oubli de mentionner le traitement dans le registre de consultation et dans certains cas les malades sont référés dans les hôpitaux nationaux ou dans les centres de références. Le traitement était plutôt symptomatique dans la majorité des cas jusqu'au deuxième semestre de l'an 2006. Le centre s'est ensuite doté d'un laboratoire pour les analyses de routine comme la goutte épaisse, le Widal, la glycémie, la numération formule sanguine, le taux hémoglobine, le taux d'hématocrite

De façon commune, la prescription d'un antipaludique, d'un antalgique, ou d'un antibiotique dépend de l'état dans lequel se trouve le malade.

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

Les sels de quinine, la sulfadoxine-pyriméthamine, l'artéméthér-lumefantrine ont été utilisés dans toutes les formes de paludisme. On note également que la chloroquine a été prescrite en seconde intention. Sur la base des informations fournies sur le niveau thérapeutique aux monothérapies et aux combinaisons ; le PNLP préconise l'utilisation de deux combinaisons à base d'artémisinine dans le traitement des cas simples. C'est ainsi que le co-artésiane et le co-artem étaient gratuits pour les enfants de 0 à 5 ans. Les antipaludiques ont représenté 58,3%.

Les antalgiques tels que le paracétamol, le novalgine ont été également utilisés en première intention et ont représenté 59,12%.

Les antibiotiques tels que l'érythromycine, l'amoxicilline, et le ceftriaxone ont été utilisés en cas de risque d'infection ou d'infection constatée chez les malades, ils ont représenté 61,30%.

Les autres classes thérapeutiques ont été utilisées mais ne possèdent pas un pourcentage élevé cela s'explique par le fait qu'elles ont été utilisées en seconde intention. Ainsi nous pouvons dire que dans l'ensemble, les produits prescrits étaient

à majorité des antipaludiques, des antalgiques et des antibiotiques en traitement de première ligne.

CONCLUSION

CONCLUSION :

Cette étude de type rétrospective qui s'est déroulée du 1^{er} Janvier 2005 au 31 Décembre 2009 au CSCCom de Koulouba a permis d'arriver à la conclusion suivante :

Les principales maladies rencontrées touchent toutes les classes sociales de la population. La prédominance du sexe masculin a été de règle 6127 cas soit 58,4% et la tranche d'âge de 1 - 20 ans la plus atteinte avec 34, 3%.

Les élèves, les enfants, les fonctionnaires, les commerçants suivis des ménagères , des étudiants,des nouveau-nées et des personnes âgées ont constitué les groupes socio professionnels les plus concernés.

Le paludisme vient en 1^{ère} position des affections rencontrées au CSCCom de Koulouba (34%),suivi de la fièvre thyroïde (17,3%), ensuite des traumatismes (11,1%), puis des diarrhées (10,8%), des pneumopathies (8,9%)et enfin de la bronchite (8,5%).

La prévalence du paludisme était élevée, sur 10484 malades consultés de janvier 2005 à février 2009 nous avons rencontré 3562 cas de paludisme soit 34,0%.

Il faut noter que 10372 patients soit 98,9% des malades consultés pour différentes pathologies ont reçu un traitement.

Les antipaludiques, les antalgiques et les antibiotiques étaient les traitements de première intention tandis que les antitussifs, les antiparasitaires, les anti diarrhéiques, les antiémétiques, les vitamines et les anti inflammatoires étaient préconisés en seconde intention.

Cette étude nous a permis de constater que le CSCCom de Koulouba est un centre de santé qui reçoit de nombreux malades, mais seulement il rencontre d'énormes difficultés parmi les quelles nous pouvons citer :

- Le manque de suivi de l'observance du traitement
- La précarité de laborieuse population habitant dans les alentours immédiats.

RECOMMANDATIONS :

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

Aux autorités administratives :

- Equiper le CSCom de matériel médical (lits, tables d'accouchement, brassards, pèse personnes, moto, ambulance...);
- Développer l'information de la communauté sur les gîtes larvaires, la prolifération des vecteurs et la transmission du paludisme en vue de vulgariser les mesures de protection individuelle et collective (utilisation des moustiquaires, rideaux imprégnés, insecticides) ;
- Sensibiliser la population par rapport au port de casques
- Recycler le personnel sanitaire pour faire une meilleure prise en charge des pathologies rencontrées ;
- Adopter des lois et faire appliquer ces lois rendant obligatoire le port de casque homologué pour les cyclistes et les utilisateurs de deux roues motorisées ;
- Sensibiliser la population sur les phénomènes de violences corporelles et les conséquences socio-économiques que ceux-ci engendrent ;
- Equiper les laboratoires des Centres de Santé Communautaire des matériels permettant d'effectuer toutes analyses de routine ;
- Lutter contre le péril fécal.

Aux personnels de santé :

- Animer les séances d'Information d'Education et de Communication en matière de prise en charge dans le but d'améliorer la prise en charge du paludisme à domicile ;
- Mettre en place des équipes pluridisciplinaires fonctionnant à plein temps afin d'améliorer la prise en charge des blessures graves suite à des coups et blessures ;
- Donner des conseils d'hygiène individuelle au malade et à l'entourage ;
- Respecter les règles de la réhydratation.

- Noter toutes prestations dans les registres

Aux patients :

- Accentuer la lutte contre le paludisme en supprimant des potentiels gîtes larvaires, en utilisant les moustiquaires et rideaux imprégnés, en éloignant autant que possible les champs de cultures des habitations humaines ;
- Respecter scrupuleusement le code de la route ;
- Porter effectivement des casques homologués pour les usagers des engins à deux roues ;
- Renforcer l'hygiène individuelle et collective pour ce qui est des diarrhées, de la fièvre typhoïde et des traumatismes ;
- Observer correctement le traitement prescrit par le personnel de santé ;
- En cas d'épisode diarrhéique, de fièvre, de céphalées, de courbatures, de douleurs abdominales, d'encombrement bronchique à la maison, faire une consultation dans le centre de santé le plus proche.

RESULTAT DE L'ENQUETE AUPRES DU PERSONNEL

De l'enquête faite au près du personnel soignant ressort que le bilan minimum est faisable au centre. Par ailleurs des améliorations sont souhaitées.

Des suggestions du personnel par rapport à la qualité des prestations menées au centre sont :

- Implication du médecin dans la gestion technique
- Encourager le médecin dans ces tâches
- Octroyer au centre un moyen de déplacement
- Améliorer la formation du personnel
- Eviter les ruptures des médicaments
- Améliorer le plateau technique

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] FOFANA ADAMA.

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

Thèse médecine, Bamako, 2004.

[2] KANTE ADAMA.

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

Thèse médecine, Bamako, 2005.

[3] AMSTRONG-SHELLENBERG JRM et al.

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

Parasitology Today, 1994, 10 : 439-442.

[4] ANNOLFEL :

"Parasitologie Mycologie" 1ere édition.

Format utile ; Paris 96-97.

[5] BAPA EMILIA SOPHIE

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

Thèse médecine, Bamako, 2004.

[6] BATISTA D.O et coll.

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

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

[7] BOMOU YAMADOU

Coups et blessures graves

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

Thèse médecine, Bamako, 2006.

[8] BRUCE – CHAWTT LJ.

Essential malariology.Londres, Heinemann, 1985.

[9] SISSOKO CHEICK HAMALA .

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

Thèse médecine, Bamako, 2005

[10] COULIBALY A.N.

Incidence socio économique des Accidents de la Voie Publique évacués sur l'H.G.T (octobre 1988 - septembre 1989)thèse médecine. Bamako, 1989 ; n°50

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

Epidémiologie de la diarrhée persistante chez les enfants du Guatemala rural.
Acta pédiatric(suppl.) 1992 ; 381 : 22-26.

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

Diarrhées infantiles en pratiques hospitalière. L'expérience du Service de Pédiatrie du CHU de Dakar.
Médecine Afrique Noire 1993 ; 40, 5 : 349-353.

[13] DIALLO. O

Epidémiologie des coups et blessures au CHU Gabriel Touré
1996-1997 ; 214 ; (98M34) : 32

[14] DIAWARA S.

Etude épidémio-clinique des accidents mortels de la voie publique dans le District de Bamako à propos de 183 cas reçus dans le service de chirurgie orthopédique et traumatologique de l'H.G.T. octobre 2001- septembre 2002.
Thèse médecine. Bamako 2003 ; n°89

[15] DIARRA A .

Approche épidémiologique des accidents de la route à propos de 322 cas reçus au service des urgences chirurgicales de l'H.G.T juillet à décembre 2001.
Thèse médecine. Bamako 2003 ; n°1

[16] DIOP S.M

Coups et blessures volontaires par arme blanche au Sénégal.
Thèse méd, Dakar, 1991 ; 16 P 10.

[17] DJEUMEN NANA M.A .

« Aspect socio démographique et clinique du paludisme, de la fièvre typhoïde dans un CSCOM de Bamako »
Thèse médecine, Bamako, 2005.

[18] DOUMBIA M.N.

« Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant dans le service de Pédiatrie de l'Hôpital Gabriel Touré.
Thèse med, Bamako, 2001, 119.

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

Maladies diarrhéiques chez les enfants de 0 à 4 ans et attitudes des mères concernant ces maladies et la technique de réhydratation orale.
Ouagadougou, UNICEF , 1988 : 19-193 .

[20] FAYE.O,LO.M ,DIOP B, GAYE. O, BAH.I.B, DIENG.Y, N'DIR. O and DIALLO.

“Knowledge and treatment of malaria in rural Senegal .
Médecine Tropicale (March) 1997.

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

Cost-effectiveness of malaria control in sub-Saharan Africa.
Lancet, 1999, 354:378-385.

[22] HAIDARA A.Y .

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

Thèse médecine, Bamako, 1989.

[23] ICHIKAWA M et coll.

Effect of the helmet act for motorcyclists in Thailand, Accident analysis and prevention 35 (2003) p 183-189,
www.elsevier.com/locate/ap

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

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

Cahier Santé 1994 ; 4 : 359-66.

[25] KHANTE DJIBRILLAH

Etude médico-légale des coups et blessures volontaires dans le Service de traumatologie-orthopédique(HGT).1999-2000,
106 ;(01M23) : 39

[26] KOLI DOUKOU L.A .

«Prévalence des consultations du paludisme au CSCOM de Koulouba »

Thèse pharmacie, Bamako, 2006.

[27] KONIBA DIABATE .

« Fréquence et modalités de prise en charge du paludisme grave et compliqué (Intérêt de l'Optimal I T dans le diagnostic du paludisme) en unité de soins intensifs de l'Hôpital National du Point G.Thèse médecine, Bamako, 2004.

[28] KOROBELINIK J.K. , CETIXEL B. , FRAU E. , CHAUVAUD D. , POULIQUEN Y.

Lésions oculaires par pistolets à grenailles : Etude épidémiologique de 160 patients.
Journal Français d'Ophthalmologie 1993 ; 16 ; (8-9) : 453-457

[29] Madame FATOUMATA DIALLO.

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

Thèse médecine, Bamako, 1988.

[30] MODULE DE FORMATION :

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

[31] MURRAY CJL et coll.

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

[32] O GILHODES/ J. IGUAL.

Collection internat, préparation au concours. Pneumologie ed, ellipses.

[33] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.

Faire reculer le paludisme. Un partenariat mondial.

Genève,

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

[34] PANG Y. et coll.

Accidents characteristics of injured motorcyclists in Malaysia

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

[35] PERELMAN CLAIRE D et al.

Infection à *Salmonella* – Salmonelloses.

Pédiatrie pratique II – Maladies infectieuses :

1325 – 1338

[36] PICHARD E, MINTA D.

Maladies infectieuses

Polycopié 5^e année de médecine, 2002 :

110 – 112 .

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

Fièvre typhoïde.

Traité de médecine ; 4^e ed P 1756.

[38] PNLN : « Politique Nationale de Lutte contre le Paludisme »

Bamako, 2005.

[39] SALEH TUMEH D.

Treatment of multiresistant *Salmonella typhi* with intravenous ciprofloxacin

The Pédiatric Infectious Disease journal .

[40] SANOGO A.

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

Bilan de 5 ans d'observation 94 – 98 .

Thèse médecine. Bamako 2001 ; n°33

[41] COULIBALY SIMON.

« Attitudes et pratiques du personnel de Santé devant le cas de paludisme dans le cercle de Niono »

Thèse pharmacie, Bamako, 2002

[42] TEBERE N.

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

Médecine Afrique noire langue française 1977.

[43] TOURE BOKAR et al.

Un autofinancement intégral des centres de Santé Communautaires est-il possible?

Etude du cas de l'ASACONIA.

Document photocopie Bamako, 1995, pages 1 à 17.

[44] TSOBGNY E.B.

Prise en charge du paludisme grave et compliqué en unité de soins intensifs.
Thèse, med, 2001 ; 35.

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : **SOUMARE**

Prénoms : **Djibril Cheick**

Nationalité : **Maliennne**

Année de soutenance : 2010 – 2011

Titre : **La Fréquence des Pathologies Rencontrées au CSCOM de Koulouba.**

Lieu de dépôt : **Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie de Bamako.**

Secteur d'intérêt : **Santé publique**

RESUME : Nous avons mené une étude rétrospective couvrant la période du 1^{er} janvier 2005 au 31 décembre 2009 au CSCOM de Koulouba.

Cette étude avait pour but d'évaluer la prévalence de toutes les pathologies rencontrées au centre de santé en particulier celles qui apparaîtront comme étant les plus récurrentes dans la charge de travail du CSCOM. Cette étude a concerné 10484 malades dont 662 consultés pour paludisme, soit 38,0% ; 250 consultés pour traumatismes, soit 14,30% ; 94 consultés pour bronchite, soit 5,40% ; 77 pour diarrhées, soit 4,40% ; 37 pour pneumopathies, soit 2,10% et 12 pour fièvre typhoïde soit 0,70%.

Au cours de cette étude, nous avons observé que les enfants, les adolescents et les jeunes adultes sont les plus touchés en particulier les hommes avec un sexe ratio de 1,12.

On a pu noter un taux élevé dans la tranche d'âge de 1 à 20 ans . 1700 patients soit 97,5% ont reçu un traitement.

Ceci nous a permis de conclure que de toutes les pathologies rencontrées, le paludisme reste toujours un problème de Santé Publique.

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

FREQUENCE DES PATHOLOGIES RENCONTREES AU CSCOM DE KOULOUBA

N° D'ENQUETE /----/----/-----/----/

I / IDENTIFICATION DU SUJET :

Age : /----/

Sexe : M /----/ F/----/

Ethnie : -----

Lieu de résidence : -----

Profession : -----

Nationalité : -----

II / EVOLUTION DU SUJET :

Traité : Oui / ---/ Non / ----/

Référé : Oui / ---/ Non / ----/

Si oui préciser le lieu : C.S.Ref. /----/ Hôpital national /----/

III / DIAGNOSTIC :

Paludisme /----/ Typhoïde /----/

Diarrhée /----/ Bronchite /----/

Pneumopathies /----/ Traumatisme /----/

Autres cas à préciser..... /----/

IV / TRAITEMENT :

Antipaludiques /----/ Antalgiques /----/

Antibiotiques /----/

Autres cas à préciser..... /----/

Mots clés : Pathologies rencontrées, CSCOM Koulouba