

MINISTERE DES ENSEIGNEMENTS
SECONDAIRE, SUPERIEUR DE
LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE UN BUT UNE FOI

-0-0-0-0-0-0-0-0-

-0-0-0-0-0-0-0-0-

FACULTE DE MEDICINE DE PHARMACIE
ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

-0-0-0-0-0-0-0-0-

ANNEE UNIVERSITAIRE 2007 2009

TITRE :

Thèse N° 244 /2009

**EVALUATION DES CONNAISSANCES ET ATTITUDES
PRATIQUES SUR LA PRISE EN CHARGE DU PALUDISME
PRESUME SIMPLE CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS
DANS COMMUNE URBAINE DE KITA**

Présentée et soutenue publiquement le / /2009 devant la
Faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie du Mali

Par Monsieur SALIF SISSOKO

Pour obtenir le grade de **Docteur en médecine** (diplôme d'état)

JURY :

Président du jury: Pr. Mamadou Marouf Keita

Membres : Docteur. Ismaïla SIMAGA

Co directeur de thèse : Docteur Abdoul Aziz Diakité

Directeur de thèse: Professeur Ag Rhaly Abdoulaye

**FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-
STOMATOLOGIE'**

ANNEE UNIVERSITAIRE 2008-2009

ADMINISTRATION

DOYEN: ANATOLE TOUNKARA – PROFESSEUR

1^{er} ASSESSEUR: DRISSA DIALLO – MAÎTRE DE CONFERENCE AGREGE

2^{ème} ASSESSEUR: SEKOU SIDIBE – MAÎTRE DE CONFERECES

SECRETAIRE PRINCIPAL: YENIMEGUE ALBERT DEMBELE– PROFESSEUR

AGENT COMPTABLE: MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL- CONTROLEUR DES FINANCES

PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	Ophthalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie – Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-entérologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Sinè BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine interne
Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation
Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE
D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie Traumatologie
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	ORL
Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie viscérale
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale Chef de D.E.R.
Mr Abdoul Kader TRAORE dit DIOP	Chirurgie Générale

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Sadio YENA	Chirurgie thoracique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Reanimation
Mr Zimogo Z SANOGO	Chirurgie Générale
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sekou SIDIBE	Orthopédie-Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Reanimation
Mr Tieman COULIBALY	Orthopédie-Traumatologie
Mme TRAORE J THOMAS	Ophtalmologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr Nouhoum ONGOÏBA	Anatomie & Chirurgie Générale

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL
Mme Djeneba DOUMBIA	Anesthésie Réanimation
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie- Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophtalmologie
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie - Traumatologie
Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr Mady MAKALOU	Orthopédie-Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/ Obstétrique
Mr Tiémoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KEITA	ORL
Mr Boureima MAIGA	Gynéco-Obstétrique
Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie réanimation
Mr Moustapha TOURE	Gynécologie
Mr Mamadou DIARRA	Ophtalmologie :
Mr Boubacary GUINDO	ORL
Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie Générale
Mr Birama TOGOLA	Chirurgie Générale
Mr Bréhima COULIBALY	Chirurgie Générale
Mr Adama Konoba KOITA	Chirurgie Générale
Mr Adégné TOGO	Chirurgie Générale
Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
Mr Mamby KEITA	Chirurgie Pédiatrique
Mr Hamady TRAORE	Odonto-Stomatologie
Mme KEITA Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
Mr Drissa KANIKOMO	Neuro-chirurgie
Mme Kadiatou SINGARE	ORL
Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation

Mr Aladji seydou DEMBELE
Mr Ibrahima TEGUETE
Mr Youssouf TRAORE
Mr Lamine Mamadou DIAKITE

Anesthésie-Réanimation
Gynécologie/Obstétrique
Gynécologie/Obstétrique
Urologie

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO
Mr Amadou DIALLO
Mr Moussa HARAMA
Mr Ogobara DOUMBO
Mr Yénimégué Albert DEMBELE
Mr Anatole TOUNKARA
Mr Bakary M. CISSE
Mr Abdourahamane S. MAÏGA
Mr Adama DIARRA
Mr Mamadou KONE

Chimie Générale & Minérale
Biologie
Chimie Organique
Parasitologie-Mycologie
Chimie Organique
Immunologie
Biochimie
Parasitologie
Physiologie
Physiologie

2. MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE
Mr Flabou BOUGOUDOGO
Mr Amagana DOLO
Mr Mahamadou A THERA
Mr Mahamadou CISSE
Mr Sékou F. M. TRAORE
Mr Abdoulaye DABO
Mr Ibrahim I. MAÏGA
Mr Mahamadou A. THERA

Histoembryologie
Bactériologie – Virologie
Parasitologie – Mycologie **Chef de D.E.R.**
Parasitologie – Mycologie
Biologie
Entomologie médicale
Malacologie – Biologie Animale
Bactériologie – Virologie

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Lassana DOUMBIA
Mr Mounirou BABY
Mr Moussa Issa DIARRA
Mr Kaourou DOUCOURE

Chimie Organique
Hématologie
Biophysique
Biologie

Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie/ Virologie
Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie pathologie
Mr Guimogo DOLO	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Mouctar DIALLO	Biologie/ Parasitologie
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Boubacar TRAORE	Parasitologie - Mycologie
Mr Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Mahamadou DIAKITE	Immunologie-Génétique
Mr Bakarou KAMATE	Anatomie Pathologie
Mr Bakary MAIGA	Immunologie

4. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOKO	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Bokary Y. SACKO	Biochimie
Mr Mamadou BA	Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
Mr Moussa FANE	Parasitologie /Entomologie
Mr Blaise DACKOOU	Chimie Analytique

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAÏGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie- Chef de D.E.R.
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie-Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie

2. MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mr Daouda K. MINTA	Maladies infectieuses
Mme Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Sahare FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie
Mr Soungalo Dao	Maladies infectieuses
Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Daouda K. MINTA	

3- MAITRES ASSISTANTS

Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme DIARRA Assétou SOUCKO	Médecine interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou TOURE	Radiologie
Mr Idrissa A. CISSE	Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hépatogastro-entérologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-entérologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
Mr Mahamadoun GUINDO	Radiologie
Ousmane FAYE	Dermatologie

Yacouba TOLOBA
Mme Fatoumata DICKO
Mr Boubacar DIALLO
Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA
Mr Modibo SISSOKO
Mr Ilo Balla DIALLO
Mr Mahamadou DIALLO

Pneumo-Phtisiologie
Pédiatrie
Medecine Interne
Neurologie
Pschysiatrie
Cardiologie
Radiologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEUR

Mr Gaoussou KANOUTE
Mr Ousmane DOUMBIA
Mr Elimane MARIKO

Chimie Analytique **Chef de D.E.R**
Pharmacie Chimique
Pharmacologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Drissa DIALLO
Mr Alou KEITA
Mr Benoît Yaranga KOUMARE
Mr Ababacar I. MAÏGA
Mme Rokia SANOGO

Pharmacognosie
Galénique
Chimie analytique
Toxicologie
Pharmacognosie

4. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Yaya KANE
Mr Saibou MAIGA
Mr Ousmane KOITA
Mr Yaya COULIBALY
Mr Loséni BENGALY
Mr Sékou BAH
Abdoulaye DJIMDE

Galénique
Législation
Parasitologie Moléculaire
Législation
Pharmacie Hospitalière
Pharmacologie
Microbiologie-Immunologie

D.E.R. SANTE PUBLIQUE

1. MAÎTRE DE CONFERENCES

Mr Moussa A. MAÏGA

Santé Publique

Mr Jean TESTA	Santé Publique
Mr Mamadou Souncale TRAORE	Santé Publique
Mr Massambou SACKO	Santé Publique
Mr Samba DIOP	Anthropologie Médicale
Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
Mr Alassane A. DICKO	Santé Publique

2. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique
Mr Akory AG IKNANE	Santé Publique
Mr Hammadoun Aly SANGO	Santé Publique
Mr Ousmane LY	

5. ASSISTANTS

Mr Oumar THIERO	Biostatistique
Mr Seydou DIARRA	Anthropologie Médicale

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAÏGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Lassine SIDIBE	Chimie Organique

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA	Bromatologie
Pr. Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr. Mounirou CISS	Hydrologie
Pr Amadou Papa DIOP	Biochimie.
Pr. Lamine GAYE	Physiologie

DEDICACES

- **Au nom d'Allah, le tout miséricordieux, le très miséricordieux, qui par sa grâce infinie nous à permis de réaliser ce travail.**
- **Paix et salut sur le sceau des prophètes Mohamad**
- **A NOTRE PERE EL HADJ SORY SISSOKO**

Les formules nous manquent pour vous exprimer nos sentiments.

Vous avez su créer en nous l'amour du travail bien fait, et vous nous avez aussi appris que le travail assure l'indépendance. Vos infatigables conseils ont porté fruit. Vous nous avez éduqué avec rigueur mais aussi avec amour ; sans vous nous ne serions pas devenus ce que nous sommes aujourd'hui. Votre ferme volonté de nous voir réussir et votre grand soutien, ont fait de nous des dignes parents.

Vous avez toujours été là à nous donner des conseils et à nous encourager tout au long de notre étude.

Grâce à votre courage et votre détermination nous n'avons pas connu l'orphelinat.

Que la grâce du tout puissant vous maintienne longtemps à nos cotés.

Nous vous souhaitons une longue vie pleine de joie, de bonheur et de prospérité.

Puisse Dieu nous donner l'occasion de vous remercier.

A NOTRE MERE FEUE MARIAM KABA CAMARA

Vous avez guidé nos premiers pas, vous nous avez l'éducation et l'affection qu'il faut pour un fils.

Nous ne pourrons jamais assez vous remercier pour les sacrifices, le respect, le dévouement et l'obéissance dont vous avez su faire à l'égard de notre père. Votre absence parmi nous aujourd'hui est un vide à jamais qui ne pourra être comblé. Mais vous pouvez dormir en paix, nous vous promettons d'être à la hauteur de vos attentes.

Que Dieu vous récompense par son Paradis.

- A MES ONCLES ET TANTES, MERES ET GRANDES MERES.

Nous n'avons pas cité de nom pour ne pas en oublier. Merci pour votre attention soutenue et votre affection depuis notre jeune âge.

- A MES FRERES ET SCEURS, A MES COUSINS ET COUSINES

Pour le réconfort moral et le soutien matériel que vous n'avez cessé de nous apporter pendant tant d'années d'étude. Recevez par ce travail le signe de nos sentiments affectueux et fraternels. La fraternité n'a pas de prix et nous espérons et souhaitons qu'elle restera toujours un lien sacré pour nous.

L'amour et la paix dans lesquels nous avons été éduqués doivent être notre force indestructible. Restons toujours unis et soyons à la hauteur de nos parents.

Que Dieu renforce nos liens.

- A MR MAHATIGUE SISSOKO; ET MR DAOUDA N'DIAYE

Merci pour le soutien moral et matériel et la qualité exceptionnelle des relations qui ne nous ont jamais fait défaut tout au long de nos études médicales. Vous avez été d'un apport capital à la réalisation de ce travail.

Trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude.

- A MA FEMME DADO OUATTARA

Votre dévouement et votre courage font de moi le plus heureux de tous les époux. Votre grande patience et votre haut sens de compréhension ont été d'un grand appui pour ce travail. Puisse Dieu me permettre reconnaissant à ton égard. Qu'ALLAH mette la « barakat dans notre union.

- A MON AMI SIBIRI TRAORE

Cher ami à la longue notre amitié se mue à une fraternité.

Tu m'as aidé à surmonter tous les obstacles que j'ai croisés dans ma vie sur le plan scolaire et social depuis qu'on s'est connu.

Ton apport dans ce travail et dans ma vie est d'une valeur incommensurable. Mon souhait le plus ardent est la réalisation de tous les vœux qui peuvent contribuer à ton bonheur.

Que notre AMITIE soit pérennisée à jamais et qu'elle soit la plus enviée.

- A MR SALL ET FAMILLE A DJICORONI – PARA

MERCI pour tout, que Dieu fasse que je ne sois jamais ingrat envers vous.

- AUX FAMILLES N'DIAYE QUARTIER MALI ET DIA A KITA

Merci pour le soutien matériel et moral et la bénédiction qui ne nous ont jamais fait défaut tout au long de nos études médicales. Puisse Dieu vous apporter Paix, Santé et Prospérité.

REMERGENT

A L'AFRIQUE TOUTE ENTIERE

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

A NOTRE PAYS NATAL, LE MALI :

Tu nous as vu naître, grandir, et tu nous as permis de faire nos premiers pas vers l'acquisition d'une instruction meilleure. Tu nous as donné un savoir incommensurable.

Comme l'a dit l'autre : «...C'est là nous de faire la gloire de ce pays, nous le bâtissons à notre image ; il sera le plus beau, une terre d'accueil, d'humanité et d'hospitalité.

Notre chère patrie, nous ferons de toi la plus enviée du monde»

A TOUS NOS ENSEIGNANTS DU 1^{er} ET 2^{ème} CYCLES, ET DU LYCEE.

Merci pour nous avoir initié aux études.

A LA FMPOS :

Plus qu'une faculté d'études médicales, tu as été pour nous une école de formation pour notre vie. Nous ferons ta fierté partout où nous irons.

Remerciements infinis.

A TOUT LE CORPS PROFESSORAL DE LA FMPOS

Pour l'enseignement de qualité et l'initiation professionnelle qu'ils nous ont donné. Trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude.

A TOUS NOS AMI (ES), nous éviterons de citer des noms car la liste ne sera pas exhaustive ;

Vous avez été présents au carrefour de tous les événements marquant notre vie active.

Votre collaboration a été franche et constante et votre soutien ne nous a jamais fait défaut. Ce travail est aussi le vôtre. Trouvez ici l'expression de nos considérations les plus sincères.

A DR ISMAÏLA SIMAGA MEDECIN CHEF DU CSRéf de KITA

Vous nous avez accueilli à bras ouverts dans votre service.

En vous côtoyant réellement nous avons été émerveillés par votre courtoisie et votre disponibilité. Vous avez notre admiration pour vos qualités de responsable maniant avec maîtrise extraordinaire la simplicité et la rigueur.

Puisse Dieu vous prêter heureuse et longue vie.

AUX AUTRES MEDECINS DU CSRéf : vous avez été d'un grand apport dans notre formation. Merci pour la qualité de l'encadrement, les conseils et la franche collaboration.

Nous formulons des vœux pour vos bonheurs respectifs et la réussite dans toutes vos entreprises.

AUX ETUDIANTS HOSPITALIERS DU CSRéf DE KITA :

BAH Abdou Rahamane, DIAKITE Famakan, SISSOKO Falaye, DIALLO Mohamed et tous ceux dont les noms ne sont pas mentionnés.

Merci pour la chaleur, la confiance, l'estime et la qualité de la collaboration tout au long de ces stages Hospitaliers. Puisse Dieu exhausser vos vœux les plus intimes.

**AUX INFIRMIERS, INFIRMIERES ET AIDES SOIGNANTS DU CSRéf
AU PERSONNEL DU BUREAU DES ENTREES ;**

AU BIBLIOTHECAIRE ;

AU SECRETARIAT DU CSRéf.

AUX AGENTS DE GARDIENNAGE

AUX CHAUFFEURS ; AUX MANŒUVRES DU CSRéf

Merci pour la disponibilité constante et la franche collaboration.

Trouvez ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

A TOUT LE PERSONNEL DES SERVICES DE MEDECINE.

Merci pour les conseils et pour tous les services rendus.

A NOS AMIS ET COLLEGUES DE LA FACULTES

En souvenir d'agréables moments passés ensemble. Nous serons toujours ensemble.

A TOUT LES ETUDIANTS DE LA FMPOS.

Courage et succès.

**A TOUT LE PERSONNEL DE LA CLINIQUE ALLAMA A KATI
SANANFARA notamment Dr ELMEHDI AG HAMAHADI**

Merci de nous avoir bien accueillis et de nous accepter chez vous.

Votre esprit de partage, votre expérience font de vous un grand homme.

**AUX FAMILLES : DIA A KITA, DIARRA A DJICORONI ET N'DIAYE AU
QUARTIER MALI**

Merci pour le soutien matériel et moral.

Puisse Dieu nous apporter paix santé et prospérité.

**A TOUS LES PATIENTS AYANT SUBI UNE CONSULTATION DANS LES
DIFFERENTS SERVICES DU CSRéf. DE KITA.**

Plus particulièrement ceux ayant été sélectionnés dans cette étude.

Bonne santé et longue vie.

A TOUS CEUX QUI N'ONT PAS RETROUVE LEURS NOMS ICI et qui ont
contribué pleinement à la réalisation de ce travail.

Trouvez ici l'expression de nos sincèrement remerciements.

**A Notre Maître et Président du jury,
Professeur Mamadou MAROUF KEITA**

- **Professeur d'université,**
- **Chef de service de la pédiatrie du CHU du Gabriel Touré.**
- **Président de l'association Malienne de la Pédiatrie**
- **Président du comité d'éthique de FMPOS**

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Auprès de vous nous avons pu bénéficier d'un enseignement de qualité. Recevez ici cher maître l'expression de notre profonde reconnaissance

A Notre Maître et juge, Docteur Ismaila Simaga

Médecin dentiste,

Médecin Chef du Centre de Santé de Référence de Kita

Nous vous sommes sincèrement reconnaissant de nous avoir accepté et juger ce travail

Nous avons été frappés par votre courtoisie, votre spontanéité et votre engagement pour la formation et la réussite des jeunes qui font de vous un maître sur et respecté.

Recevez ici, notre gratitude pour la réussite de travail

A Notre maître et co-directeur ;

Docteur Abdoul Aziz Diakité

Médecin Pédiatre,

Praticien hospitalier à l'unité de réanimation et néonatalogie du service de

Pédiatrie du CHU Gabriel Touré.

Les mots nous manquent pour exprimer avec exactitude notre profonde
admiration et notre profond respect.

Vous nous avez inspiré, suivi et guidé dans l'élaboration de ce travail.

Votre simplicité, votre générosité, et votre dévouement sans limite à l'égard des
enfants sont des qualités que nous nous efforcerons d'approcher.

Nous sommes aujourd'hui remplie d'une immense joie de vous connaître et
d'être votre disciple.

A Notre maître et Directeur de thèse

Professeur Ag Rhaly Abdoulaye

- **Professeur en Médecine interne,**
- **Secrétaire Permanent du comité national d'éthique pour la santé et**
- **les sciences de la vie,**
- **Responsable des cours de la pathologie médicale, de sémiologie médicale, d'endocrinologie à Bamako.**
- **Ancien Directeur de L'IN R S P,**
- **Ancien Secrétaire Général de l'OCCGE,**

Honorable Maître

Cher maître nous donnons raison au ciel qui sait retenir en vie des Hommes aux qualités rarissimes et notoires comme vous ; vous êtes une légende vivante.

Votre dynamisme, votre simplicité, et surtout votre très grande culture scientifique ont forcé notre admiration.

Nous sommes flattés et honorés d'être comptés parmi vos élèves.

Nous espérons avoir fait honneur à votre qualité incontestable de maître.

LES ABREVIATIONS UTILISEES

CSCOM MA : Centre de santé communautaire de Makandiamougou

CSCOM DA : Centre de santé communautaire de Darsalam

CAP : Connaissances Attitudes Pratiques

CSRéf : Centre de santé de Référence de commune

CIVD : Coagulation Intra Vasculaire Disséminé

CSCOM : Centre de santé communautaire

DEAP : Département d'Epidémiologie et des Affections Parasitaires

hte : hématocrite

Hb : hémoglobine

IEC : Information Education Communication

IM : Intramusculaire

INPS : Institut de National de prévoyance Sociale

IV : Intra vasculaire

mg /kg : Milligramme par Kilogramme

ml/millilitre

mmol/l Milli mole par litre

umol/l : Micromole par litre

OMS : Organisation Mondiale de la santé

PNLP : Programme National de la lutte contre le paludisme

TV : Télévision

UMPP : Usine malienne de Produit Pharmaceutique

°C : Degrés Celsius

CTA : Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine

SOMMAIRE

I INTRODUCTION.....	4
II OBJECTIFS.....	7
1 Objectif général	
2 Objectif spécifiques	
III GENERALITE.....	9
A) Faciès épidémiologiques	
B) Prise en charge des cas de paludisme simple	
IV PATIENTS ET METHODE.....	17
1 Cadre d'étude	
2 Type d'étude	
3 populations cibles	
4 Critère d'inclusion	
5 Critère de non inclusion	
6 périodes d'étude	
7 Echantillonnage et technique d'échantillonnage	
8 La goutte épaisse	
9 Problème d'éthique et de déontologie	
V RESULTATS.....	23
1 Caractéristiques sociodémographiques	
2. Caractéristiques clinique et biologique	
3. Résultats CAP des parents	
4. Résultats de l'enquête au niveau du personnel sanitaire	
VI COMMENTAIRE ET DISCUSSION.....	42
VII CONCLUSION	50
VIII RECOMMANDATON.....	52
IX REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	54
X ANNEXES.....	63

INTRODUCTION

LE Paludisme est une érythrocytopathie fébrile hémolysante due à la présence et à la multiplication d'un protozoaire du genre plasmodium et transmis à l'homme par piqûre infectante d'un moustique : l'anophèle femelle ;le plasmodium falciparum l'agent Pathogène le plus redoutable est responsable d'environ 14 à 20% de la mortalité infantilo-juvenile en Afrique de l'ouest du neuropaludisme 51,7% des urgences Pédiatriques à Bamako [1]

Plus de 80% des cas de paludisme sont pris en charge au sein des communautés en automédication et en dehors de tout centre de santé selon l'OMS 2

Le paludisme constitue de nos jours 'un problème majeur de santé publique dans le monde en développement .Environ 2.4 milliards de personnes y sont exposées soit 40% de la population mondiale Le paludisme est endémique dans 103 pays et territoires dont 45 se trouvent en Afrique [3] Le paludisme est l'une des principales causes de morbidité et de mortalité dans les pays en développement respectivement 15.6% et 13% de la population générale [1]

Le paludisme aggrave l'anémie dont les enfants et les femmes enceinte payent la lourde tribu.

Il est responsable de plus de 3.5 millions de petits poids à la naissance sur 24millions de nouveau-nés des pays endémiques . C'est l'affection parasitaire la plus mortelle de notre planète 4 .En effet selon l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S), on déplore entre 300 et 500 millions de cas de paludisme dans le monde, avec 1.5 à 2.7 millions de décès dont 90% surviennent en Afrique au Sud Sahara.

Le coût direct et indirect lié au paludisme est estimé à plus de 1.8 milliards de \$ [5].

En Afrique, le paludisme tue plus d'un million d'enfants chaque année soit 2800 enfants par jour. Dix (10) enfants contractent la maladie chaque seconde. Les enfants de moins de 5 ans constituent l'une des couches les plus vulnérables.

Le paludisme représente 50% des causes de décès dans cette tranche d'âge.Dans la zone de transmission élevée, 40% des nouveaux nés meurent des formes graves avant l'âge de 5 ans 6

Evaluation C A P sur la Prise en charge du paludisme présumé simple dans la commune urbaine de Kita chez les enfants de moins de 5ans

Au Mali la prise en charge diagnostique, thérapeutique des cas de paludisme est intégrée à tous les programmes d'enseignement initial ou continu des écoles sanitaires du département de la santé. La prévalence du paludisme simple dans la banlieue péri urbaine du District de Bamako était 24.5% en 1998 [7]

Dans la tranche d'âge de moins de cinq (5) ans, la mortalité spécifique liée au paludisme est estimée à 15 et 25% de la mortalité juvénile qui est de 237,5‰ .

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

Les composantes essentielles de cette lutte sont :

- La prise en charge précoce et appropriée des cas de paludisme, tant au niveau des services de santé qu'au niveau des communautés
 - La Chimio prophylaxie chez les femmes enceintes ;
 - La lutte anti vectorielle par l'utilisation des supports imprégnés d'insecticides
 - La détection et contrôle des endémies
 - Le renforcement des capacités locales en recherche opérationnelle 1
- Une évaluation des connaissances et attitudes pratiques du personnel sanitaire et le comportement des parents en matière de prise en charge du paludisme s'avère nécessaire, d'où l'objet de notre travail.

OBJECTIFS

1 OBJECTIT GENERAL:

- ✓ valuer les connaissances, attitudes et pratiques du personnel sanitaire et des parents des enfants de moins de 5 ans sur la prise en charge des cas de paludisme présumé simple dans les centres de santé de la commune urbaine de Kita

2 OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- ✓ Déterminer la fréquence du paludisme lors des consultations des trois derniers mois avant l'enquête.
- ✓ Déterminer la démarche diagnostique du personnel sanitaire de la commune urbaine de Kita face au paludisme.
- ✓ Décrire les attitudes thérapeutiques du dispensateur de soins des services socio sanitaires de commune urbaine de Kita
- ✓ Identifier les raisons d'une prise en charge inadéquate dans les formations sanitaires, dans le but d'une perspective d'amélioration de la qualité des soins.
- ✓ Evaluer les connaissances, attitudes et pratiques des parents des enfants de moins de 5 ans.

GENERALITES

A) Les faciès épidémiologiques

1. Les différents faciès épidémiologiques :

Le continent africain est immense par conséquent différents faciès épidémiologiques se dégagent .

La strate équatoriale constituée par la forêt des savanes humides post-forestière elle est caractérisée par un énorme volume et une bonne répartition des précipitations permettant une transmission pérenne

La strate tropicale intéresse les savanes humides et semi humides ou les précipitations vont de 800 à 1500mm d'eau par an et réparties en une seule saison de 4 à 8 mois pendant laquelle se produit l'essentiel de la transmission

La strate désertique et semi désertique encore appelées strate sahéenne ou sahélo saharienne la pluviométrie est inférieure à 700mm d'eau par an. Il agit du nord africain et du désert du Kalahari (Niger Nord malien)

La strate montagnarde intéresse surtout l'Afrique de l'Ouest. C'est la zone des vallées des hautes terres.

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

Les Iles du Comores et Madagascar réunissent sur leur territoire la plupart des différents faciès africains [8].

. 1.1. Les différents faciès épidémiologiques rencontrés au Mali

Au Mali cinq faciès épidémiologiques ont été décrits par **Doumbo et al** en 1989

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

La zone de transmission saisonnière courte de 3 à 4 mois .Ce sont les zones de savane Nord Soudanienne et sahéenne. Le paludisme y est hyper endémique avec un indice plasmodique variant entre 50 et 75%.

La zone subsaharienne au Nord : la transmission y est sporadique voire épidémique avec un taux plasmodique est inférieur à 5%.

Evaluation C A P sur la Prise en charge du paludisme présumé simple dans la commune urbaine de Kita chez les enfants de moins de 5ans

Le delta inférieur du fleuve Niger et zones de rétention d'eau et de riziculture (barrages) la Transmission y est bimodale voire plurimodale en début de pluie période de décrue et mise en eau des casiers rizicoles. Elle est type mésodermique. L'indice plasmodique est inférieur à 40%

Le milieu urbain : le paludisme y est de type hypo endémique avec un indice plasmodique inférieur à 10% Ce milieu peut-être divisé en deux : le centre et le milieu périurbain .Le milieu périurbain est généralement caractérisé par une prolifération de quartiers spontanés << les bidonvilles>>, la transmission est mesoendémique [9].

B). PRISE EN CHARGE DES CAS DE PALUDISME SIMPLE

Cette prise en charge en découle des composantes de la stratégie contenue dans la déclaration mondiale de lutte contre le paludisme 1992 à Amsterdam. La prise en charge des cas simples est une prévention de la mortalité provenant des cas graves . Elle comporte deux étapes essentielles, le diagnostic précoce et le traitement correct et rapide. Ces étapes doivent être observées à tous les niveaux du système sanitaire national, c'est-à-dire du niveau Communautaire au niveau de l'hôpital[10]de référence. La promotion de la prise en charge des Cas de paludisme à domicile passe par une augmentation de la reconnaissance des manifestations cliniques par la mère. Elle devra aussi permettre une augmentation du taux d'utilisation correcte des antipaludiques et une orientation rapide des cas graves vers une structure sanitaire pour une meilleure prise en charge. Les antipaludiques de première intention sont : les C T A ou l'amodia quine en de 25mg : kg en trois jours ou de la sulfocarbonate pyrotechnicien en raison de 1 comprimé pour 20kg en une seule prise ou la chloroquine même si de nombreux efforts ont été faits pour son abandon à cause du taux élevé de résistance [1]

1. LE DIAGNOSTIC DU PALUDISME SIMPLE

Les manifestations de l'accès palustre sont polymorphes. Le diagnostic doit être défini de façon opérationnelle en tenant compte des trois niveaux du système sanitaire [1]

Niveau 1 : niveau communautaire :

L'accès palustre doit être défini en tenant compte des connaissances du paludisme par la communauté. Les mères connaissent généralement les manifestations de l'accès palustre (fièvre maux de tête courbature nausées vomissement frissons diarrhées toux chez l'enfant etc.....) et leur diagnostic est fiable dans plus de 50% des cas en période de transmission. Au niveau individuel et familial le diagnostic de paludisme peut être correctement posé si on améliore le niveau de connaissance de la communauté sur la maladie à travers la promotion (IEC, spot, radio et TV, séance de sensibilisation) [11].

L'agent de santé communautaire constitue la personne de recours après les ménages pour la prise en charge du paludisme simple. A ce niveau, le diagnostic doit être simple, tout accès de fièvre (température $> 37^{\circ}5$ C) ou de corps chaud sans autre cause apparente doit être retenu comme accès palustre et traité comme tel 12.

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

Niveau 2 : Formation sanitaire :

Dans bon nombre de structures sanitaires, le diagnostic est basé essentiellement sur les signes cliniques par manque de service de laboratoire. Dans ces conditions, accès palustre simple peut être retenu devant tout cas de fièvre ($t^{\circ} > 37^{\circ}5$) ou des signes suivants : céphalées, frissons, chaleur, courbature en absence de signe de gravité ou d'autres pathologies fébriles.

Evaluation C A P sur la Prise en charge du paludisme présumé simple dans la commune urbaine de Kita chez les enfants de moins de 5ans

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

Niveau 3 : Le centre de santé de référence :

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

En principe, tous les cas admis au C S Réf doivent être considérés comme des cas graves en absence d'autres pathologies (examens clinique et para clinique négatif)

L'accès palustre simple peut être posé selon les critères cités plus haut.

2. TRAITEMENT DU PALUDISME SIMPLE

Au niveau communautaire

Des informations plus pratiques et mieux adaptées mises à la disposition des communautés afin d'améliorer leur connaissance dans la prise charge du paludisme simple c'est-à-dire savoir poser le diagnostic correct, savoir faire un traitement correct avec un antipaludique approprié et savoir quel moment, il faut référer l'enfant vers une formation sanitaire. De ce fait, en aidant les parents à reconnaître les symptômes de la maladie, ils pourront traiter leurs enfants de façon efficace [13].

3. MOYENS

1. Les Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine (C T A) sont les médicaments de première intention depuis quelques années au Mali.

Au Mali ,deux grandes combinaisons sont les plus utilisées à savoir :Artésunate + Amodia Quine et Artésunate + Lumefantrine. Cela s'explique par l'impact des efforts entrepris par le P N L P quant à l'abandon de la chloroquine à cause du taux élevé de résistance du plasmodium à celle-ci. L'intérêt des CTA est qu'elles réduisent rapidement et de façon substantielle la biomasse parasitaire, sont efficaces sur le plasmodium falciparum et diminuent la transmission du paludisme [14]

➤ **La combinaison Artésunate+Amodia quine**

Traitement des enfants en fonction de la tranche d'age avec CTA (Artésunate + Amodia quine)= Co Arsucam

Poids ou Age	Produits	Premier jour	Deuxième jour	Troisième jour
4,5 à 9Kg (2à11mois)	25mg	1 comprimé	1comprimé	1comprimé
9à 18Kg (1à5ans)	50mg	1comprimé	1comprimé	1comprimé
18à36Kg (6 13ans)	100mg	1comprimé	1comprimé	1comprimé
36Kg et plus (14 ans et plus)	100mg	2comprimés	2comprimés	2comprimés

➤ **La combinaison Artésunate +Lumefantrine**

Traitement des enfants en fonction de la tranche d'age avec la CTA (Artésunate+Lumefantine)

Poids	Nombre de comprimés / jour	Durée du traitement
5 à15Kg	2	3jours
15à25Kg	4	3jours
25à35Kg	6	3jours
35Kg et plus	8	3jours

Une fenêtre de 8 heures doit être maintenue entre les prises du matin et celle du soir.Les médicaments sont administrés par voie orale avec de l'eau ou un aliment liquide [14].

2 L'association sulfadoxine (500mg) pyriméthamine (25mg) S P commercialisée sous le nom de **Fansidar®** en comprimés et ampoules injectables de 2 ml (400mg) de sulfadoxine+20mg de pyriméthamine. Il est efficace sur les souches résistantes

Evaluation C A P sur la Prise en charge du paludisme présumé simple dans la commune urbaine de Kita chez les enfants de moins de 5ans

et constitue le médicament de deuxième intention selon le **PNLP**. La S P est le médicament de choix dans la Chimio prophylaxie chez la femme enceinte au Mali Appelée << soosso ni >> la population ; c'est l'antipaludique le plus utilisé par auto médication grâce à la simplicité de sa posologie. Les plaintes concernant cette association se limitent aux troubles digestifs (embarras gastrique). La posologie usuelle est de 1 comprimé pour 20Kg poids en prise unique [14].

3. La dichlororhydrate d'amodiaquine est commercialisée en comprimé sous le nom de **Camoquine®** (200mg base) et de **Flavoquine®** (152mg de base). Il existe en sirop dosé à 50mg de **Flavoquine®** (ou suspension buvable de **Camoquine®**). La posologie de l'amodiaquine est de 25mg/kg réparti en 3 jours :

- 10 mg/kg les 2 premiers jours
- 5 mg/kg troisième jour. Pour éviter des nausées et vomissements il est conseillé de prendre l'amodiaquine après les repas [15]...

4 LA CHLOROQUINE : C'est le médicament de première intention pour le traitement de l'accès palustre simple dans les pays d'endémie à faible résistance du parasite. Selon les études du PNL P le Mali est un pays endémique avec une forte résistance du parasite. Ce qui a nécessité la substitution de la chloroquine aux nouvelles molécules. Elle est néanmoins utilisée à présent par automédication sous la forme de comprimés de sulfate de chloroquine ; **NIVAQUINE** dosés à 100 mg et 300 mg de base de phosphate de chloroquine ou de : **Resorchin** ; Oral dosés à 150mg de base. La suspension buvable de phosphate de chloroquine est utilisée pour les nourrissons et les jeunes enfants, dosés à 25mg par cuillerée mesure. Pour faciliter la compréhension des mères sur la qualité de chloroquine qui doit être administrée à l'enfant, la posologie est exprimée par rapport à l'âge de l'enfant (tableau A et B) selon O. M. S. Signalons que la grande quantité de chloroquine consommée au Mali est fabriquée à l'U.M.P.P (comprime et sirop). La chloroquine a perdu son efficacité à cause des souches plasmodiales qui lui sont résistantes [14]

Tableau : Traitement des enfants en fonction de la tranche d'âge avec de la chloroquine dosée à 100mg

JOUR	Comprimée 100mg	Tranches d'âge (années)				
		Moins de 1 an	1-3 ans	4-6 ans	7-11	Plus de 11 an
1	Nombre de comprimés	1 cp	1½cp	2cp	3½cp	6cp
2	Nombre de comprimés	1cp	1½cp	2cp	3½cp	6cp
3	Nombre de comprimés	½cp	1cp	1cp	1½cp	3cp

TABLEAU II : Traitement des enfants au sirop de chloroquine en fonction des tranches d'âge (années) :

Jour	Sirop 25mg base/ml	Tranche d'âge (années)	
		Moins d'un an	1 -3 ans
1	Quantité de sirop	3 cuillerées à café	6 cuillerées à café
2	Quantité de sirop	3 cuillerées à café	6 cuillerées à café
3	Quantité de sirop	2 cuillerées à café	3 cuillerées à café

TRAITEMENT ADJUVANT :

Les antipyrétiques comme le Paracétamol sont utilisés pour faire baisser la fièvre chez les enfants à la posologie de 60mg/kg par jour en 4 prises.

Les anti émétiques comme le métoclopramide injectable sont également utilisés en cas de vomissement répétitif ;

PATIENTS ET METHODE

D) CADRE D'ETUDE :

Kita, deuxième ville de la région de Kayes et chef lieu de cercle est situé dans la partie Ouest du Mali à 180 Km de Bamako et à 300Km de Kayes par la route.

Il se situe à 9° 30' de longitude Ouest et 13° 05' de latitude Nord et s'étend sur 5 Km 700 du Nord au Sud et de 5Km de l'Est à l'Ouest.

Ses limites extrêmes sont :

- A l'Est la commune Rurale de Bendougouba
- A l'Ouest par la commune rurale de Kita Ouest et la Colline de << Kita Kourou >>
- Au Nord par les communes rurales de BOUDE FO et de Kita Nord
- Au Sud par le plateau dit << la sainte vierge >>, la commune rurale de Ben kadi, Fou nia et la commune rurale deBadia (Daféla) 16

Il est situé dans une zone soudanienne avec une pluviométrie moyenne annuelle de 800mm 17

Kita compte 13 Quartiers avec une disparité des conditions hygiéniques entre eux. Ces quartiers sont dans la plupart des cas séparés par des marigots favorisant le cycle parasitaire du plasmodium.pendant la saison pluvieuse les eaux stagnent dans les rues de Kita .

- Sa population est estimée à 58289 habitants dont 11022 enfants 18.Cette population a comme activité principale l'agriculture, le commerce, l'élevage, artisanat, et l'industrie sur lesquelles se repose l'économie.

Les infrastructures socio sanitaires sont :

- Un centre de santé de référence
- Deux centres de santé communautaire
- Un dispensaire
- Une clinique privée
- L'INP S

2) TYPE D'ETUDE

C'est une étude transversale, descriptive à passage unique.

3) POPULATION CIBLE :

Elle était constituée :

- Des enfants entre 6 et 59 mois résidants dans la commune urbaine de Kita,
- Du personnel sanitaire chargés de la prise en charge du paludisme dans les structures de santé de la commune urbaine de Kita choisies pendant la période d'étude,
- Les mères d'enfants ou parents s'occupant des enfants

4) CRITERES D'INCLUSION :

- Enfants entre 06 à 59 mois présentant un signe de paludisme simple selon la définition du Programme National de Lutte contre le Paludisme dont les parents ont donné leur accord,
- Parents des enfants de moins de 5 ans ;
- Le personnel sanitaire consultant les enfants.

5) CRITERES DE NON-INCLUSION :

- Enfants de moins de 6 mois,
- Enfants de plus de 59 mois
- Cas de paludisme grave et compliqué.
- Enfant présentant autre maladie fébrile non palustre

Enfants dont les parents ont refusé

6) PERIODE D'ETUDE :

L'enquête s'est déroulée de Juin à Décembre 2007.

7) ECHANTILLONNAGE ET TECHNIQUE D'ECHANTILLONNAGE :

La taille minimale de l'échantillon des enfants de moins de 6 mois à moins de 5 ans dans la commune de Kita a été obtenue de la manière suivante :

$$n = \frac{\sum^2 \alpha \dots \dots \dots \alpha d}{i^2}$$

n = taille de l'échantillon

= 4 = valeur tirée de la table réduit pour risque d'erreur et consentie

P=Prévalence du paludisme présume simple à Kita =27,7%

Q=1-p

I=0,05=précision absolue et souhaite

d= effet grappe =2

Soit n=605 enfants.

Zone d'étude ;

Les structures choisies :

- CSCOM MA
- CSCOM DA
- Le Dispensaire du Saint Félix
- La clinique Bata Sékou
- Le C S Réf

L'IN P S

Pour la confirmation biologique des cas, l'examen complémentaire retenu a été celui de la goutte épaisse dont :

Le matériel nécessaire est le suivant :

- Une boîte OMS pour la collecte des lames
- Les lames neuves
- Des vaccinostyles
- Alcool d 90°
- Solution de Giemsa
- Coton hydrophile
- Microscope binoculaire

- Un râtelier
- Une minuterie
- Un cahier d'enregistrement
- Des gants en polyvinyle
- Papier hygiénique
- Bac de coloration
- Comprimé tampon buffer tablet Ph = 7,2 (1 comprimé pour un litre d'eau).
- Le mode opération est le suivant :

8) MODE OPERATION DE LA GOUTTE EPAISSE

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

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

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

Les lames étaient examinées par l'interne en médecine et certains techniciens de laboratoire de certains centres de Santé des 8 centres choisis et le résultat était communiqué aux parents le lendemain.

La collecte des données comportait, un interrogatoire des mères ou un représentant des mères, un examen clinique .

Evaluation C A P sur la Prise en charge du paludisme présumé simple dans la commune urbaine de Kita chez les enfants de moins de 5ans

La classification de Hackett nous a servi de mode opérationnel de la stadification de la splénomégalie.

Cette classification est la suivante (cette palpation est faite chez l'enfant en décubitus dorsal) :

- . **Stade 0** : rate normale (non palpable)
- . **Stade 1** : rate palpable seulement à l'inspiration profonde
- . **Stade 2** : rate palpable pendant la respiration normale sur la ligne mamélonnaire gauche ne dépassant pas la ligne horizontale passant à égale distance entre le rebord costal et l'ombilic.
- . **Stade 3** : rate descendant au –dessous de cette ligne sans dépasser la ligne horizontale passant par l'ombilic.
- . **Stade 4** : rate dépassant cette dernière ligne sans franchir l'horizontale passant à égale distance entre l'ombilic et la symphyse pubienne.
- Stade 5** : rate dépassant cette ligne [19].

9 Traitement et analyse des données :

Les données ont été saisies sur l'ordinateur et le logiciel utilisé a été Epi info 2003.

10) PROBLEME D'ETHIQUE ET DE DEONTOLOGIE :

- Pour des raisons d'éthiques et de déontologie, une information préalable ayant trait à l'objet de notre étude a été donnée par le Médecin Chef du C S Réf de Kita aux Médecins et autres agents de santé des centres de santé de la commune de Kita. Chaque patient a reçu les informations nécessaires sur l'enquête et a donné son entier accord pour le déroulement normal de celle-ci. Toutes les bonnes pratiques médicales possibles ont été observées durant cette enquête, notamment :
- Les bonnes pratiques médicales et cliniques : Chaque mère ou accompagnante a passé par interrogatoire policier concernant l'enfant et examen physique complet ;

- Au niveau du laboratoire ces pratiques consistaient à une bonne prise de sang (Goutte épaisse) dans les conditions hygiéniques et techniques strictes (seringue stérile);
- L'accueil du malade : c'était la période la plus intéressante, car elle nous permettait non seulement de rechercher les signes cliniques mais aussi c'était le moment d'informer et d'assurer la maman ou une accompagnante éventuelle du but et des intérêts de cette enquête.

La diffusion des résultats était promise à toutes les mères ou accompagnantes d'enfant ayant consulté et accepté de faire partie de notre enquête

RESULTATS

1) CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DE L'ECHANTILLON

TABLEAU III : Répartition des enfants de moins de 5 ans selon les tranches d'âge dans la commune de kita:

Tranche d'âge	Fréquence absolue	Fréquence relative
12 _36 mois	348	57,5%
6 _11 mois	178	29,5%
37 – 59 mois	79	13 %
TOTAL	605	100 %

La tranche d'âge de **12 – 36 mois** était la plus dominante soit 57,5%

Graphisme I : Répartition des enfants de moins de 5 ans selon les tranches d'âges dans la commune de kita

TABLEAU IV : Distribution des enfants de moins de 5 ans selon le sexe dans la commune de kita.

Sexe	Fréquence absolue	Fréquence relative
Masculin	348	58 %
Féminin	257	42 %
TOTAL	605	100 %

Les garçons prédominent **58 %** dans l'échantillon. Sexe ratio = 1,35

Distribution des enfants de moins de 5 ans selon le sexe dans la commune

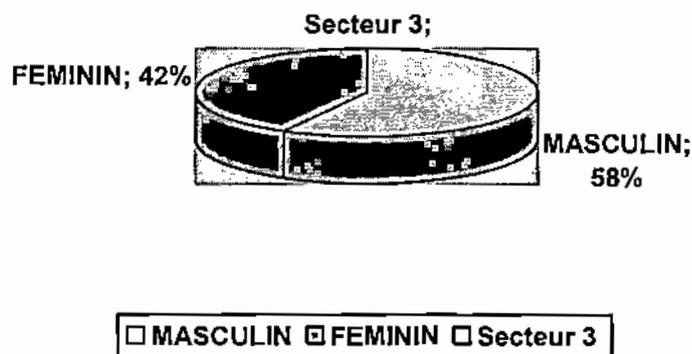


TABLEAU V Répartition des enfants de moins de 5 ans selon l'ethnie dans la commune de kita

Ethnie	Fréquence absolue	Fréquence relative
Malinké	226	37,3 %
Kassonké	102	16,7%
Peuhl	78	12,9%
Bamanan	72	11,8%
Autres	64	10,9%
Sénoufo	26	4,3%
Sonrhäï	20	3,3%
Dogon	17	2,8%
TOTAL	605	100 %

Le Malinké est l'ethnie majoritaire avec 37,3 %, suivie du Kassonké 16,7 %
Autres : Bobo, Bozo, Dafing, Djokoramé, Kakolo, Maure, Mianka, Ouolof et Samogo.

TABLEAU VI : Répartition des mères des enfants de moins de 5 ans selon les tranches d'âge des mères :

Tranches d'âge	Fréquence absolue	Fréquence relative
15 – 24	282	46,6 %
25 – 35	267	44,1 %
36 – 45	53	8,8 %
Plus de 45 ans	3	0,5 %
TOTAL	605	100 %

la classe d'âge 15 – 24 ans est la plus élevée soit **46,6 %** l'âge minimal est 15 ans l'âge maximal est 51 ans

TABLEAU VII : Répartition des mères des enfants de moins de 5ans selon le statut matrimonial dans la commune de Kita :

Statut matrimonial	Fréquence absolue	Fréquence relative
Mariée	550	90.9%
Célibataire	55	9.1%
TOTAL	605	100%

90% des mères étaient mariées (mariage civil ou religieux)

TABLEAU VIII : Répartition des mères des enfants de moins 5 ans selon le niveau scolaire dans la commune de Kita :

Niveau scolaire	Fréquence absolue	Fréquence relative
Non alphabétisées	208	34,4%
Madersa	125	20,7%
Primaire	109	18%
Fondamental	84	13,9%
Secondaire	70	11,6%
Supérieur	9	1,5%
TOTAL	605	100%

65.6% des mères sont alphabétisées soit à l'école française. Soit en arabe

1.5% Seulement des mères avaient un niveau supérieur.

TABLEAU IX : Répartition des mères selon le nombre d'enfant de moins de 5 ans dans la commune de Kita :

Nombre d'enfant en charge	Fréquence absolue	Fréquence relative
1	346	57.2%
2	224	37%
3	35	5.8%
TOTAL	605	100%

Les mères qui avaient un enfant en charge étaient dominantes avec **57.2%** ; Et

5.8% des mères avaient 3 enfants de moins de 5 ans en charge.

TABLEAU X : Répartition des mères des enfants de moins de 5 ans selon la profession dans la commune de Kita :

Profession des mères	Fréquence absolue	Fréquence relative
Ménagère	318	52.6%
Commerçante	172	28.4%
Artisans	41	6,8%
Fonctionnaires	28	4,6%
Étudiantes + Elèves	25	4,1%
Autres	21	3.5%
TOTAL	605	100%

-Les mères ménagères sont les plus élevées avec **52.6%**.

-**4.6%** seulement sont fonctionnaires.

4.1% étaient élèves ou étudiants.

Autres : Aide, ménagères, restauratrices

TABLEAU XI : Répartition pères des enfants de moins de 5 ans selon la profession dans la commune de Kita :

Professions des pères	Fréquence absolue	Fréquence relative
Commerçant	230	38%
Fonctionnaire	133	17,9%
Ouvriers	108	17,9%
Chauffeurs+Mecaniciens	62	10,2%
Autres	48	7,9%
Paysan	18	3%
Etudiants +Elèves	6	1%
TOTAL	605	100%

Les commerçants sont dominants avec **38%**.

Autres : Toute autre profession non citée ou inconnue

2) CARACTERISTIQUES CLINIQUES ET BIOLOGIQUES :

TABLEAU XII ; Répartition des enfants de moins de 5 ans selon leur température la commune de Kita :

Température	Fréquence absolue	Fréquence relative
Température < 38°C	379	62,6%
Température > 38°C	226	37,4%
TOTAL	605	100%

-37,4% des enfants avaient température >38%

TABLEAU XIII : Distribution des enfants de moins 5 ans selon le résultat de la goutte épaisse dans la commune de Kita:

Résultat Goutte épaisse (GE)	Fréquence absolue	Fréquence relative
GE positive	308	50,9%
GE négative	297	49,1%
TOTAL	605	100%

50,9% des enfants examinés ont présenté une goutte épaisse positive.

TABLEAU XIV ; Répartition des enfants de moins 5 ans selon le type de splénomégalie, selon la classification de Hackett dans la commune de Kita ;

Stade de splénomégalie	Fréquence absolue	Fréquence relative
Stade 0	540	89,3%
Stade 1	45	7,4%
Stade 2	18	3%
Stade 3	2	0,3%
TOTAL	605	100%

65% enfants sur 605 avaient une splénomégalie soit 10.7% des cas.

Moins de 1% était au stade 3 de la classification de Hackett.

TABLEAU XV : Répartition des enfants de moins 5 ans selon la goutte épaisse Positive et leurs températures dans la commune de Kita :

Température	Goutte épaisse positive	TOTAL
Température <38°C	190	190(61.1%)
Température > 38°C	118	118(38.9%)
TOTAL	308	308(100%)

La température 38°C représente 118 / 308 des gouttes épaisses positives soit **moins de 40%**.

TABLEAU XVI : Répartition des enfants de moins 5 ans selon de la goutte épaisse positive et le stade de la classification de la splénomégalie dans la commune de Kita :

Stade de la splénomégalie	Goutte épaisse positive	TOTAL
Stade 0	269	87,3%
Stade 1	28	9,1%
Stade 2	10	3,3%
Stade 3	1	0,3%
TOTAL	308	100%

Le stade 0 avait la goutte épaisse positive élevée soit **269/308 (plus de 85% des cas positifs)**.

3) ENQUETE CAP :

TABLEAU XVII : Répartition des enfants selon les maladies ou signes signalés par les parents des enfants de moins de 5 ans avant l'enquête dans la commune de Kita

Maladie ou signe	Fréquence absolue	Fréquence relative
Diarrhée	95	28,6%
Toux	71	21,4%
Paludisme	63	19%
Autres	56	16,8%
Simple fièvre	47	14,2%
TOTAL	332	100%

19% avait le paludisme du début de l'hivernage au moment de leur enquête.

La fréquence de diarrhée était la plus élevée soit **28.6%**.

Autres : dermatoses ; Candidoses ; maux de ventre ; angines

60

Signes	Fréquence absolue	Fréquence relative
Fièvre+Vomissement	37	60%
Fièvre	9	13,8%
Fièvre+ Anorexie	6	9,2%
Fièvre+ Maux de tête	4	6,2%
Fièvre+Diarrhée	4	6,2%
Vomissement	3	4,6%
TOTAL	63	100%

60% des enfants avaient fièvre+vomissements.

Le frisson n'a pas été cité.

TABLEAU XIX : Répartition des enfants paludéens selon le recours des parents dans la commune de Kita :

Recours	Fréquence absolue	Fréquence relative
Personnel sanitaire	52	83.9%
Tradipraticiens	8	12.9%
Autres	3	3.2%
TOTAL	63	100%

Plus de **83%** des parents se dirigeaient vers le personnel sanitaire du CSCOM ou du privé pour la prise en charge de leurs enfants.

Et vers les Tradipraticiens dans **12.9%** des cas.

Autres : membre de la famille, boutiquier ou vendeurs ambulants.

TABLEAU XX : Répartition des enfants paludéens de 5 ans selon le type de traitement reçu dans la commune de Kita :

Type de traitement	Fréquence absolue	Fréquence relative
Moderne	40	62.9%
Mixte	16	25,8%
Tradipraticiens	7	11,3%
TOTAL	63	100%

62.9% des enfants paludéens avaient reçu un traitement moderne seulement, contre **11.3%** traditionnel seulement.

Le traitement mixte était à **25.8%** des cas.

TABLEAU XXI : Répartition des enfants paludéens ayant reçu un traitement moderne selon les médicaments :

Médicaments	Fréquence absolue	Fréquence relative
Antipaludiques seuls	38	69.1%
Antipaludiques+autres	17	30.9%
TOTAL	55	100%

69.1% avaient reçu des antipaludiques seulement ; et 30.9% avaient des antipaludiques et autres produits.

TABLEAU XXII : Répartition des enfants atteints de paludisme selon le type d'antipaludique dans la commune de kita :

Antipaludiques	Fréquence absolue	Fréquence relative
C T A	21	38.2%
Camoquin	18	32,7%
Quinine	15	27,3%
Fansidar	1	1,8%
Autres	0	0%
TOTAL	55	100%

La C T A était plus prescrite que les autres avec 38.2%

Autres= Artemether.

TABLEAU XXIII : Répartition des enfants sous antipaludiques selon la durée traitement dans la commune de kita:

Durée de traitement	Fréquence absolue	Fréquence relative
3jours	27	51%
Plus de 3jours	22	41,2%
1jour	6	7,8%
TOTAL	55	100%

La durée du traitement était généralement de 3 jours ou plus de 3 jours.

TABLEAU XXIV : Distribution des enfants selon la source d'approvisionnement en médicaments modernes :

Source d'approvisionnement	Fréquence absolue	Fréquence relative
Pharmacie privée	29	52,8%
Dépôt de vente De C S COM	26	47,2%
TOTAL	55	100%

Plus de **50%** des parents achetaient leurs médicaments dans les pharmacies privées.

TABLEAU XXV ; Répartition des parents selon leur connaissance du paludisme dans la commune de kita :

Connaissance du paludisme	Fréquence absolue	Fréquence relative
Paludisme connu	601	99.3%
Paludisme non connu	4	0.7%
TOTAL	605	100%

Plus de **99%** des parents avaient répondu oui à la connaissance du paludisme.

TABLEAU XXVI : Répartition des parents des enfants de moins de 5ans selon les signes Cités dans la commune de kita :

Signes	Nombre des parents
Fièvre	578(95.5%)
Vomissements	439(72.6%)
Anorexie	248(41%)
Maux de tête	211(34,9%)
Asthénie	206(34%)
Frissons	64(10,6%)
Diarrhée	48(7,9%)
Pâleur conjonctivale	47(7,8%)
Toux	4(0,7%)

La fièvre été cité plus de **95%** des par les parents des enfants de moins de 5 ans comme signe de paludisme.

TABLEAU XXVII : Répartition des enfants de moins de 5 ans selon la prophylaxie par la chloroquine à domicile dans la commune de kita :

Chimioprophylaxie à la chloroquine	Fréquence absolue	Fréquence relative
Traitement reçu	531	87.8%
Traitement non reçu	74	12.2%
TOTAL	605	100%

Dans notre échantillon un peu plus de **87%** pratiquaient une chimioprophylaxie avec la chloroquine

TABLEAU XXVIII : Répartition des parents des enfants de moins de 5 ans selon la cause probable évoquée du paludisme dans la commune de kita :

Cause probable	Nombre de parents	Fréquence relative
Anophèle	254	42%
Aliments	166	27,4%
Aliments +Anophèle	90	14,9%
Autres	67	11,1%
Aliments + Autres	12	2%
Anophèle+ Autres	9	1,4%
Aliments+ Anophèle +Autres	7	1,2%
TOTAL	605	100%

42% des parents des enfants de moins de 5 ans interrogés savaient que l'anophèle seul est la cause du paludisme.

NB : Autres=Dieu, la saleté, le vent, l'eau.....

TABLEAU XXIX : Distribution des enfants de moins de 5 ans ayant convulsé selon le premier recours thérapeutique :

Recours thérapeutique	Fréquence absolue	Fréquence absolue
Centre de santé	64	73.9%
Tradipraticiens	18	21.6%
Aucun traitement	3	3,4%
Tradipraticiens+Centre de santé	1	1,1%
TOTAL	86	100%

-73.9% des enfants convulsés avaient été dirigés vers un centre de santé.

-21.6% des enfants convulsés vers les Tradipraticiens

TABLEAU XXX : Répartition des enfants de moins de 5 ans convulsés selon la durée de l'hospitalisation au lieu de traitement dans la commune de kita

Durée du traitement	Fréquence absolue	Fréquence relative
Moins de 24 heures	65	79 %
Plus de 3jours	13	14,8%
1 à 3jours	5	6,2%
Total	83	100 %

79 % des enfants ont fait moins de 24 heures au lieu de soins

4) RESULTAT DE L'ENQUETE AU NIVEAU DU PERSONNEL

SANITAIRE :

TABLEAU XXXI : Répartition des prestataires selon le mode de diagnostic retenu dans la commune de kita

Diagnostic	Nombre de prestataires	Fréquence relative
Clinique	10	52,6 %
Clinique + Biologique	9	47,4 %
Total	19	100 %

Le diagnostic essentiellement clinique est de **52,6 %**

L'association diagnostic clinique et biologique est de **47,4 %**

TABLEAU XXXII : Répartition des prestataires selon la participation des antipaludiques de première intention dans la commune de kita

Antipaludiques	Nombre de prestataires	Fréquence relative
CTA	12	63,2 %
Sels de quinine	7	36,8 %
Total	19	100 %

63,2 % (12/19) prestataires avaient choisi la chloroquine comme médicament de première intention

TABLEAU XXXIII : Répartition des prestataires selon la prescription des antipaludiques de deuxième intention dans la commune de kita

Antipaludiques	Nombre de prestataires	Fréquence relative
Sels de quinine	10	53,1%
Amodiaquine+	4	20,6%

Chloroquine		
Sulfadoxine + pyriméthamine	3	15,8 %
Dérivés d'Artemether	2	10,5 %
Total	19	100 %

Plus de **53,1 %** des prestataires ont choisi les sels de quinine comme médicament de deuxième intention.

TABLEAU XXXIV: Répartition des prestataires selon leurs suggestions.

Suggestions	Nombre de prestataires
IEC sur l'automédication aux antipaludiques afin d'éviter les échecs thérapeutiques et résistances du plasmodium aux anti paludiques	05
Avoir un laboratoire bien équipé et personnel qualifié	04
Formation continue et recyclage du personnel sur le paludisme	03
Rendre disponible les antipaludiques	02
Rendre accessible par toutes couches les moustiquaires imprégnées à la perméthrine	02
Subvention des cas sociaux	01
IEC sur le paludisme au niveau de la population	01
Recyclage des techniciens de laboratoire	01
Total	19

4 sur 19 suggestions pour le laboratoire bien équipé.

- **3 sur 19** suggestions pour formation continue et recyclage sur le paludisme.

5 sur 19 suggèrent l'I E C contre l'automédication

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1) CARACTERISTIQUES SOCIO – ECONOMIQUES :

Notre étude menée dans la commune de Kita a porté sur 605 enfants de moins de 5 ans. La tranche d'âge 12 – 36 mois prédominait dans cette étude avec 57,5 %. Le sexe masculin prédominait avec 58 %. Cette prédominance masculine est comparable à l'étude SIDIBE S 20, de KONE M.T 4 et de KONE A 5 toutes faites à Bamako.

L'ethnie dominante était le Malinké avec 37,3 %. Cela est dû au fait que l'ethnie majoritaire de cette ville est le Malinké.

Les mères des enfants ont un âge compris entre 15 et 51 ans. La plus jeune a 15 ans et la plus âgée a 51 ans ; 46 ans selon l'étude faite à Banconi par KONE M.T. [4] et de KONE A faite à Bamako en 2000. Dans notre étude, l'âge compris entre 15 à 25 ans est majoritaire avec 46,6 %.

L'âge de 15 ans est dû au mariage précoce.

Dans la plus part de nos sociétés africaines le mariage constitue le cadre privilégié de la procréation. Les normes qui le régissent varient d'une culture à une autre.

Nous avons considéré comme étant mariée toute femme qui avait célébré son mariage civil ou religieux même si elle ne cohabite pas avec le père des enfants.

Les femmes mariées représentent la majorité des mères des enfants : 90% contre une minorité de 9,1 % de célibataire.

Au cours de notre étude, les mères non alphabétisées étaient à 34,4 % contre une minorité qui avait un niveau d'étude supérieur (1,5 %). Le Mali est un pays en voie de développement avec un niveau d'alphabétisation de la population qui reste l'un des plus faibles de la sous région voire du monde notamment les femmes.

Sur le plan professionnel les femmes sans activité génératrice de revenu (femmes au foyer) représentent 52,6 %.

2, CARACTERISTIQUES PARASITO-CLINIQUES :

Au total sur 605 enfants de 6 mois à 59 mois inclus dans notre étude, 379 ont présenté une température $< 38^{\circ}\text{C}$ soit 62,6 % et 226 avaient une température $> 38^{\circ}\text{C}$ soit 37,4 % (tableau XII).

Les cas de fièvre $37,5^{\circ}\text{C}$ est >70 %. Cette prévalence est semblable à celle de Kollé en zone soudanienne (85 %) [23] et de KONE M.T 579 [4].

Dans notre échantillon la prévalence de fièvre élevée (>70 %) s'explique par le fait que notre étude a coïncidé avec la période de haute transmission palustre, mais aussi avec la recrudescence d'autres pathologies fébriles telles que les Gastro-entérites et les infections broncho-pulmonaires ce qui explique une proportion élevée des cas fébriles sans parasitémie.

La fréquence du paludisme était de 19 % au début de l'hivernage et au moment de notre enquête la fréquence de la fièvre présumée palustre était supérieure à 60 % La plus part des cas les mères utilisaient un antipyrétique à la maison par la voie orale, avant le centre de santé. Ce qui fait qu'un retard d' au moins 48 heures était pris avant la consultation au centre de santé. Dans notre étude nous avons trouvé un indice splénique de $10,7\% \pm 0,2$ de splénomégalie avec une absence du stade 4 et 5 de la classification de Hackett.

GUINDO a trouvé à Bancoumana en zone de savane Nord soudanienne en octobre 1997 un indice splénique élevé par rapport à notre étude 53 % mais mesuré chez les enfants de 2 à 3 ans²⁴ ; notre étude est comparable à celui de Yanfolila chez les enfants de 6 – 59 mois (58 %) ²⁵.

Dans notre étude la goutte épaisse était systématique et un pourcentage de positivité de 50,9 % était retrouvé. ces résultats sont inférieurs à ceux trouvés au laboratoire de Banconi dans l'étude effectuée par KONE M.T (72,9 %).

Cette hyper endémicité du paludisme par le laboratoire du centre de santé pourrait s'expliquer par le fait que nous avons coïncidé avec la période de transmission élevée.

3. LES RESULTATS CAP DES PARENTS :

3. 1. DIAGNOSTIC DU PALUDISME :

Les accompagnants sont parvenus au diagnostic du paludisme par la symptomatologie :

Fièvre, vomissement, courbature, anorexie, pâleur conjonctivale, diarrhée, frisson,... plus de 80 % des parents se sont adressés au personnel sanitaire contre 12,9 % pour le tradi -praticien.

Ces enfants atteints de paludisme dans les 3 derniers mois de l'enquête avaient reçu un traitement moderne 62,9 % ou traditionnel 11 %.

Dans notre étude parmi les 63 enfants qui étaient atteints de paludisme, 55 avaient reçu au moins un antipaludique (C T A, sels de quinine, amodia quine et autres) dont une durée de traitement variant entre 2 à 5 jours.

Plus de 50 % des parents achetaient les médicaments prescrits à la pharmacie privée.

99 % des parents connaissent le paludisme est du au fait que nous sommes dans la zone d'endémie palustre.

Ces résultats sont proches de celui de Mun Gutu 90 % au Kenya [26] et de Kenneth en Ethiopie 85 % [27]

Le premier contact était l'agent de santé dans 80 % contre 72,6 % dans une étude faite au Sénégal [28].

Dans notre étude les antipaludiques connus par les parents : la C T A (99,3 %), les sels de quinine (85,1 %), l'amodia quine (31,7 %), sulfadoxine pyriméthamine (23,1 %) les autres (coarten, paluther, malarix, plasmotrim) sont moins cités généralement beaucoup plus prescrits dans les cliniques et le centre de santé de référence.

Dans ce travail les mères qui pratiquaient la Chimio prophylaxie à la chloroquine étaient de 87,8 % contre 12,2 % seulement des enfants qui n'étaient pas exposés à la chloroquine et cela pour des raisons diverses : manque de moyen surtout dans les zones périurbaines ou parce que l'enfant vomit la chloroquine, il présente des

Evaluation C A P sur la Prise en charge du paludisme présumé simple dans la commune urbaine de Kita chez les enfants de moins de 5ans

prurits ou dans de rares cas les mères ne donnent la chloroquine que sur prescription médicale. Dans la plus part des cas la dose était incorrecte.

Cette chimio prophylaxie était de routine chez beaucoup de mères, soit tous les jours ou chaque 2 jour ou une fois par semaine.

Dans l'enquête faite par FAYE et al 23 % pratiquaient l'automédication [29] des cas excessifs de surdosage ont été observés en Guinée 53 % des cas.

Ces pratiques comme l'automédication, le manque de moyens sont des facteurs aboutissant en une prise charge inadéquate des cas de paludisme. Ces pratiques et comportements peuvent évoluer vers la gravité voire la résistance des germes aux antipaludiques et au décès.

3.2 CAUSE DU PALUDISME :

Jusqu'à nos jours le mécanisme de la transmission du paludisme reste mal connu par la majeure partie de la population dans les pays en voie de développement. En ville le message commence à passer, pour preuve dans notre étude on a cité les moustiques seulement dans 42 %, les aliments sont incriminés dans 27,4 %, aliments pus moustiques dans 14,9 %.

Dans l'étude faite à Banconi par KONE M, 17,2 % ont été cités seulement pour les moustiques et 39,2 % pour les aliments. Ce qui montre une grande différence par rapport aux résultats de notre étude. De même, lors du premier passage de DICKO, dans le milieu urbain de Badiangara et de Mopti la proportion des mères qui connaissait les moustiques comme vecteur était inférieure à 30 % et inférieure à 10 % en milieu rural. Au deuxième passage, il y avait une augmentation significative de cette de cette proportion 28. Cela dit, le premier passage a contribué à améliorer la connaissance des mères sur le paludisme. Ce gain en CAP entre les deux passages séparés est en faveur de l'IEC dans la vulgarisation des moustiquaires imprégnées de pyrèthrimoïdes .

Chez les Bozo de Selingué, les moustiques étaient cités comme cause de fièvre palustre dans 2 % seulement .

A Donégouéboougou et Kambila, respectivement 40,3 % et 16 % des adultes incriminaient les moustiques dans la transmission du paludisme en 1994.

Evaluation C A P sur la Prise en charge du paludisme présumé simple dans la commune urbaine de Kita chez les enfants de moins de 5ans

En Gambie lors d'une étude sur l'utilisation des moustiquaires imprégnées 46 % nommaient les moustiques ou les insectes en général comme cause du paludisme [30].

Alors qu'Akins et al dans une étude en milieu rural portant sur 73 hameaux trouvaient que seulement 28 % des adultes incriminaient les moustiques dans la transmission du paludisme.

Dans ces villages 86 % des gens utilisaient les moustiquaires . Une étude menée par le même auteur dans 5 pays ouest africains a conclu que la connaissance des populations sur le vecteur du paludisme demeure faible [31].

A Kolongotoumou, village de riziculture à l'office du Niger, près de 50 % des personnes proposaient des moustiques comme cause du paludisme.

Zibac et al ont montré que sur 1531 chefs de ménages interrogés un peu partout au Malawi, 55 % ont pu identifier les moustiques comme vecteur du paludisme [32].

Au Kenya en zone rurale, Mugunti a montré que plusieurs causes sont incriminées dans la transmission du paludisme chez les familles : moustiques (85,5 %), légumes (13,1 %), eau (11 %) et lait (9,8 %) [26].

4 RESULTATS DESCRIPTIFS AU NIVEAU DES PRESTATAIRES DE SOINS :

Au moment de notre étude les consultations pédiatriques du centre de santé de référence étaient assurées par les médecins et des infirmiers d'état, les autres centres par des techniciens de santé. La garde était assurée par les étudiants en médecine et les infirmiers..

Dans l'étude par TRAORE S.M 33, au CSRéf de la commune I du district, 26 % des consultations n'étaient pas faites par les médecins et 83 % dans l'étude faite par TOURE C.O. en commune II

Ce phénomène est favorisé par la législation et la politique en vigueur, qui permet à d'autres catégories de consulter en l'absence de médecin.

Evaluation C A P sur la Prise en charge du paludisme présumé simple dans la commune urbaine de Kita chez les enfants de moins de 5ans

Pour une amélioration de la qualité des prestations ce fait ne doit plus être encouragé vu le nombre croissant des médecins généralistes de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie.

L'interrogatoire incontournable pour une prise en charge était souvent pauvre ; mais améliorer le plus souvent en présence d'un enquêteur de qualité.

Le diagnostic dans la plus part des cas était clinique 52,6 % et ou clinique et biologique 47,4 %. Le diagnostic purement clinique n'a pas été retrouvé dans notre échantillonnage. Ce qui confirme que le paludisme se traite par les signes cliniques confirmé ou non par la goutte ; la présence de plasmodium dans le sang n'étant pas indispensable.

Les malades n'étaient pesés que dans le CSRéf et à la clinique donc il va de soit que les antipaludiques soient mal dosés car une posologie bien adaptée passe par la connaissance du poids.

5 Prise en charge thérapeutique :

Dans notre étude, la durée du traitement aux antipaludiques était de moins de 24 heures dans 79% des agents de santé de enquêtés.

En première intention les antipaludiques étaient donnés de la manière suivante : C T A 63,2 % et les sels de quinine 36,8 %.

En deuxième intention, l'amodiaquine, et la sulfadoxine pyriméthamine et les dérivées de l'Artemether.

Ces préférences thérapeutiques sont indiquées par le PNLP qui retient les C T A comme médicament de première intention pour le traitement du paludisme simple [5].

Dans le début de la prévention du paludisme, parmi les 19 agents enquêtés, 13 ont répondu oui à la chimioprophylaxie à la chloroquine (68,4 %). Ce qui va en contradiction les recommandations de l'OMS (il faut une chimioprophylaxie pour les femmes enceintes, les sujets neufs) ; 18 des 19 personnes avaient proposé les moustiquaires imprégnées d'insecticides (94,7 %) ; l'assainissement avait été proposé dans 57,9 %.

Evaluation C A P sur la Prise en charge du paludisme présumé simple dans la commune urbaine de Kita chez les enfants de moins de 5ans

Les suggestions variaient selon les dispensateurs : équipement des laboratoires, formation du personnel sanitaire voire recyclage, IEC au niveau des populations, faciliter l'octroi des moustiquaires imprégnées par la population. Pour la qualité des prestataires, le recyclage est l'un des facteurs primordiaux.

CONCLUSION

Evaluation C A P sur la Prise en charge du paludisme présumé simple dans la commune urbaine de Kita chez les enfants de moins de 5ans

Cette étude sur le paludisme présumé simple des enfants de moins de 5 ans, a concerné 605 enfants de 5 structures sanitaires dans la commune de kita.

Parmi les 605 enfants enquêtés la tranche d'âge dominante était la tranche de 12 – 36 mois soit 57,5 %. Le sexe masculin était prédominant soit 58 %. L'ethnie dominante était le Malinké (37,3 %). Plus de 90 % des mères des enfants de moins de 5 ans étaient mariées. 25 % étaient ménagères.

Parmi les 605 enfants de notre étude 379 soit 62,6 % avaient une température $<38^{\circ}\text{c}$; 50,9 % avaient une goutte épaisse positive et 10,7 % seulement avaient une splénomégalie.

Plus de 85 % des enfants avaient suivi la Chimio prophylaxie à la chloroquine.

Parmi les parents des enfants de moins de 5 ans interrogés, 42 % ont cité l'anophèle seul comme cause du paludisme.

Parmi les 19 prestataires interrogés, le diagnostic était clinique (52,6 %) et clinique + biologique 47,4 %. La chloroquine était le médicament de première intention chez 63,2 % de ces dispensateurs, les sels de quinine étaient de deuxième intention dans 53,1 %.

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

RECOMMANDATIONS

Aux autorités sanitaires :

- Planifier des ateliers de recyclage du personnel sur le diagnostic et la prise en charge du paludisme en utilisant des supports préparés à partir des données de cette étude.
- Collaborer avec DEAP/FMPOS par une poursuite des activités de recherche afin de trouver des stratégies efficaces pour la réduction de la morbidité et la létalité palustre.
- Rendre le coût accessible par toutes les couches sociales, l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides.
- Equiper ou installer des laboratoires dans les centres de santé de Référence pour la prise en charge des cas graves.
- Former et recycler les techniciens de laboratoire pour la qualité des examens para cliniques.

a) Au personnel sanitaire :

- Animer des séances d'IEC à la radio locale.

b) A la population :

- Le dépistage précoce et la prise en charge rapide relèvent de la compétence et l'engagement des mères : amener précocement les enfants dans les centres de santé.
- Arrêter l'automédication qui est une cause de résistance du plasmodium aux anti paludéens

c) Aux écoles de formations et institut de recherche :

- Etablir des modules de formation sur les maladies endémiques, les aspects pratiques et opérationnels en utilisant toutes les documentations disponibles.
 - Développer les thèmes de recherche en rapport avec les problèmes prioritaires de santé publique dans notre pays.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **O M S** : Politique Nationale de lutte contre le Paludisme au Mali (O M S)
Bamako, Juillet 2006, p11, 12
2. **O M S** : Comment soigner le paludisme, information pour la vente libre de médicament antipaludiques. Genève 1998
3. **YATTARA ZEINABOU ALATINE**: Epidémiologie du paludisme et évaluation de Pimperena dans la région de Sikasso, juin 1992 septembre 1993. Thèse de Médecine 1995 – 65 p
4. **Bouvier P ., Doumbo O, Breslow N, Robert C.F, Mauris A, Piquet M, Kouriba B, Dembele H K , Delley V , and Rougemont A :**
Seasonality, malaria and impact of prophylaxis in a West Africa . Village I :
effet on anaemia in pregnancy.
- 5- **O M S** Rapport d'un groupe de scientifique de l'O M S. << Pratique de la chimiothérapie du paludisme >>, O M S, Genève 2000
6. **Th/www.who. Int/chd/publication/ imci/ generic.**
7. **COULIBALY Y**: Epidémiologie du paludisme en milieu périurbain de Bamako et essai d'une stratégie de lutte basée sur l'utilisation des supports imprégnés de périmethrine et le traitement systématique des accès fébriles. Thèse de Médecine- Bamako 2004.
8. **DOUMBO O, OUATTARA N. I, KOIYA O, MAHARAUX A, TOURE Y. T, TRAORE S.F, et QUILICI :** approche éco géographique du paludisme en milieu urbain de Bamako .Bull Eco Hum 2000 ;

9. ANONYME : Rapport d'activité du centre de santé communautaire de Banconi (ASACOBA).Exercice 2003.

10. ANONYMAT : Stratégies de lutte contre le Paludisme ;
Déclaration Mondiale ; Amsterdam 1999

11. DIALLO F. B : représentation saisonnalité et prise en charge du paludisme infantile simple : le cas des femmes sénoufo de Sikasso –Mali. Thèse de doctorat ; Université de Montéat juillet 1998-63p.

12. DOUMBIA S : Contribution à l' Etude Epidémiologique du paludisme ; des bilharzioses et des parasitoses intestinales dans un quartier périurbain de Bamako –Banconi. Thèse de Médecine –Bamako 2003-96p.

13. Breman j.G, Baby F , Haba F, Keita N : pratiques de traitement du paludisme dans la communauté et dans les centres de santé de Conakry en guinée, CDC Allanta GA, service de lutte Antipaludique CCCD Projet, Ministry of Health, Conakry, Guinée 1998 .

14. ANONYMAT : Atelier de formation des formateurs

C TA : Nouvelles mesures de prise en charge du paludisme non compliquée ;

P N L P Octobre 2008 F n

15. DIALLO H : paludisme dans les villages colons de l'Office du Niger : enquête Démographique épidémiologique ; et sociologique : Thèse de Médecine Bamako 1998.

16. ANONYMAT : Kita Démographie ;

Jumelage Kita Marly Le Roi ;Edition 2004 14p

17. Anonyme: Evaluation de la situation sanitaire de "Kénieba, Bafoulabé et Kita" 1981. INRSP-ENMP : rapport définitif Bamako 1981.

18. Anonymat : Rapport d'activité du Centre de santé de Référence de Kita 2005

19. GENTILINI et AI: Le paludisme Médecine Tropicale .5. Paris. Flammarion, 1993 ; 91-122p 928 .30 . Et **H Aidara A.Y :** Place du paludisme dans les syndromes fébriles en Médecine Interne de l'hôpital du Point G. Thèse du Médecine Bamako 198

20. Sidibe.S : Connaissances et Attitudes Pratiques des mères et Diagnostique du Paludisme chez les enfants de moins de 5ans dans le Centre de santé de Référence de la Commune I de Bamako :Thèse de Médecine 2002 ;92p

21. KONE M.T : connaissances, attitudes et pratiques des mères et diagnostique du paludisme chez les enfants de moins de 5ans dans un centre de santé communautaire péri urbain de Bamako.Thèse de Médecine 2000,95p. N°28

22. KONE A:connaissances, attitudes et pratiques des mères et diagnostique du paludisme chez les enfants de moins de 5ans dans un centre de santé de Référence de la commune VI de Bamako.Thèse de Médecine 2001,77p. N°33

23.

24. GUINDO : connaissances, attitudes et pratiques des mères et diagnostique du paludisme chez les enfants entre 2-3ans de Bancoumana.Thèse de Médecine 1977.

Evaluation C A P sur la Prise en charge du paludisme présumé simple dans la commune urbaine de Kita chez les enfants de moins de 5ans

26. MUGUNTI K.J: Community perceptions and treatment seeking for malaria in Baringo District, Kenya: implication for disease control East AF Méd J 1998 75: - 687-692

27. YENENEH H; GYORKOS T.W., JOSEPH C, PICKERING J, TELDA S.:
Ant malarial drug utilization by women in Ethiopia knowledge, attitudes, practices study. Bull World Health Organ, 1993; 71 (6) 763 – 772

28. DICKO A : épidémiologie du paludisme dans la région de Mopti(Badiagara) en vue de l'élaboration d'un programme régional de lutte. Thèse de Médecine Bamako 1995

29. FAYE O, LO M, DIOP B, GUEYE, BAH I.B, DIENG Y, NDIR O, and DIALLO S: knowledge and treatment of malaria in rural Senegal. Med. Trop. (March) 1997; 57: 164-174.

30. MAC CORNACK C.P ET SNOWS R.W: Gambian cultural preferences in use of insecticide, impregnated bednets. J Trop. Med. & Hyg. 1999.

31. Akins M.K, Pickering H, Alongo P.L., D'Alexandro U., Lindsay S. W., Todd J. ET Green Wood B.MA.

Malaria control using insecticide, treated bed nets tagged chemoprophylaxis in a rural area of Gambia West Africa. 4 perceptions of the cause malaria and of its treatment and Prevention in a study area. Trans Roy Soc Med. & Hyg. 1993, 87: 25 – 30.

32. ZIBA C., SLUTSTER L., CHITSULOL, and STEKETEE R.W.: Use of malaria prevention measures in Malawians households. Trop. Med. Parasitol. March, 45 (1) 70 -73, 1994.

Evaluation C A P sur la Prise en charge du paludisme présumé simple dans la commune urbaine de Kita chez les enfants de moins de 5ans

33. TRAORE S M : Epidémiologie en zone Savane Sud Soudanienne au Mali :le Village de Pimperena dans la région de Sikasso Juin 2000 à Septembre 2001 :Thèse de Médecine 2005 66p

RESUME

Evaluation C A P sur la Prise en charge du paludisme présumé simple dans la commune urbaine de Kita chez les enfants de moins de 5ans

Notre étude s'étendant de Juin à Décembre 2007 a été prospective, descriptive et à passage unique.

Elle avait pour objectif global :

- Etudier les connaissances, attitudes et pratiques du personnel sanitaire et des parents des enfants de moins de ans sur la prise en charge des cas de paludisme présumé simple dans les centres de santé de la commune urbaine de kita.

Ses objectifs spécifiques étaient :

- Déterminer la fréquence du paludisme lors des consultations des trois derniers mois avant l'enquête.
- Déterminer la démarche diagnostique du personnel sanitaire de la commune de kita face au paludisme.
- Décrire les attitudes thérapeutiques des dispensateurs de soins des services socio sanitaires de la commune de kita.
- Identifier les raisons d'une prise en charge inadéquate dans les formations sanitaires, dans le but d'une perspective d'amélioration de la qualité des soins.
- Evaluer les connaissances, attitudes et pratiques des parents des enfants de moins de 5 ans.

Au cours de notre étude nous nous sommes intéressés à 605 enfants de moins de 5 ans exclus atteints de paludisme présumé simple. Elle nous a permis de savoir que :

- La tranche de 12 – 36 mois était la plus touchée soit 57,5 %
- Le sexe masculin prédomine avec 58 %.
- Le Malinké comme ethnie prédominante avec 37,3 %.
- Plus de 60 % des enfants étaient fébriles.
- La goutte épaisse était systématique et positive dans plus de 50 %
- Moins de 15 % des enfants avaient une splénomégalie.
- Les parents connaissaient la fièvre et le vomissement comme signe de paludisme dans plus de 70 %.

Evaluation C A P sur la Prise en charge du paludisme présumé simple dans la commune urbaine de Kita chez les enfants de moins de 5ans

- Pour les problèmes d'ordre sanitaire le recours des parents était le personnel sanitaire dans plus de 60 %.
- La majorité des parents pratiquaient la chimioprophylaxie à la chloroquine (78 %).
- Plus de 40 % des parents savent que l'anophèle seul était la cause du paludisme.
- Le diagnostic était clinique (52,6 %), clinique + biologique (47,4 %).
- Les C T A étaient les médicaments de première intention dans 63,2 % et la chloroquine + amodia quine étaient les médicaments de deuxième intention dans 20,6 %.
- Le traitement n'était pas conforme aux directives du Programme National de Lutte contre le Paludisme.

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

Mots clés : Paludisme simple et présumé.

ANNEXES

Fiche d'enquête

QUESTIONNAIRE SUR LA MERE (ou gardien d'enfant de moins de 5ans)

1-IDENTIFICATION

1.1-Quartier

1.2-Centre de santé.....

1.3- Non du chef de famille

1.4-Nom de la femme (mère).....

1.5-Numéro d'identification

1.6- Age de l'enfant

1.7- Nom et Prénom de l'enfant

1.8- Ethnie de l'enfant

2-CARACTERISTIQUES

2.1- Age de la mère

2.2 Mariée [] oui =1, non=2

2.3-Niveau scolaire []

1= Primaire 2= fondamentale 3= secondaire 4=supérieur 5=medersa 6=aucun

7=autre à spécifier

2.4 Exercez-vous une profession autre que ménage [] oui =1, non=2

2.5- Si oui laquelle.....

2.6 Avez-vous des enfants en charge []oui=1 ,non=2

2.7 Si oui combien d'enfants ?

2.8 Quelle est la profession du père des enfants ?.....

2.9 Combien d'entre eux ont moins de 5ans ? []

SI elle n'a pas des enfants de moins de 5ans, arrête

3 -Connaissances et attitudes pratiques des parents

3.1-Un enfant de moins de 5ans a-t-il été malade du début de l'hivernage à maintenant [],

1=oui ,2=non, si oui continuer, si non cf. Questions 3.18

3.2- Quelle était la maladie []

1=paludisme, 2=toux ,3=Simple fièvre, 4= diarrhée ,5= autre à spécifier

3.3-comment l'avez-vous reconnue ?

Fièvre [], vomissement [], maux de tête [], frisson [], autres (spécifier)

3.4 A qui avez-vous d'abord demandé des soins ? []

1-agent de privé 2- infirmier du centre de santé, 3-tradipraticien, 4-membre de la famille, 5-boutiquier, 6-vendeur ambulant ,7-ami(e) ,8- aucun ,9- autre.

3.5-Quel type de traitement a-t-il donné à l'enfant ? []

1. médicament moderne, 2 .médicament traditionnel, 3.les deux ,4.autres.

Si médicament moderne continuer, ,Si traditionnel , cf. 3.16

3.6 –Quel médicament moderne a-t-elle utilisé ? []

1-médicament antipaludique, 2-autre médicament, les deux ; si 1 ou 3 continuer, si 2 aller à 3 .16

3.7-quel antipaludique []

1. C T A 2-chloroquine, 3—sulfadoxine pyriméthamine, 4-amodiaquine, 5- sels de quinine, 6-non connu, 7-autre (à spécifier)

3-8 combien de jours de traitement []

1=<3jours, 2=3jours ;3=>3jours

3.9 Combien de comprimés ou de cuillérées par jours le premier jour

3.10 Combien le2é jour

3.11 Combien le3éjour

3.12 Quelles sont vos sources d'approvisionnement []

1- dépôt de vente, 2-officine privée, 3-boutique,4= pharmacie ambulante, 5- autre.....

3.13 souvenez-vous du prix ? [] 1=oui ,2=non

3.14 Si oui combien avez –vous payer pour le traitementC FA

3-15 Quel autre médicament avez –vous utilise []

1-koumbleni , 2-Paracétamol ,3-aspirine , autre

3.16 Qui adonne le médicament traditionnel []

1-membre de la famille ,2-tradipraticien, 3=autre à spécifier

3 .17 A- combien ce traitement traditionnel a coutéCFA

Connaissez-vous le paludisme [] 1=oui, 2=non

3.19 Si oui quels sont les signes ?

1- fièvre, 2- vomissement, 3- maux de tête, 4 – frissons, 5- anorexie, 6- autres (spécifier)

3.20 – A qui adressez- vous d’abord ? []

1. agent de santé, 2-tradipraticien ,3- membre de la famille, 4-boutiquier, 5=vendeur ambulant, 6- ami, 7- aucun, 8- autre

3.21 – connaissez vous des médicaments modernes antipaludiques [] 1=oui, 2=non

3.22- Quels médicaments ?

1. Chloroquine, 2- Sulfadoxine pyriméthamine, 3- amodiaquine, 4- sels de quinine, 5- autre

2. Si la maman connaît la chloroquine :

a) combien de cuillerée à café ou de comprimé de chloroquine/ jour donne-t’elle à son enfant de moins d’un an ?...../jour

b) De 1-3 ans/jour

c) De 4-5 ans/jours

d) Ne connaît pas.

3.23- en combien de temps []

1=< 3 jours ? 2= 3 Jours, 3=>3 jours

3.24 – Quelles sont les sources d’informations

a) radio []

b) personnel sanitaire []

c) membre de la famille []

d) amis []

e) autre []

3.25 – Donnez vous de la chloroquine à votre enfant [] Oui = 1 non =2

3.26 – Si non pourquoi ?

a) prurit

b) inefficacité

c) membre de la famille []

d) amis []

e) autre []

3.27 A quoi est du le paludisme

a) aliments []

b) anophèle []

c) autre ;

3.28 Votre enfant a-t-il fait une crise convulsive [] oui =1 non =2

3.29 Si oui qu'avez-vous fait []

1- centre de santé, 2 – tradi praticien, 3- les deux, 4- autre

3.30 – Si convulsion combien de temps avez – vous fait au centre de santé []

1= moins de 24 heures, 2= deux à trois jours, 3= plus de 3 jours,

3.31- combien a coûté l'alitement ?CFA

3.32 Si 2 pourquoi

a)

b).....

c).....

4- examen clinique et biologique

4.1 Température < 38° C []

4.2 Température < 38° C []

4.3 Stade de la splénomégalie par Hackett

Stade 0 []

Evaluation C A P sur la Prise en charge du paludisme présumé simple dans la commune urbaine de Kita chez les enfants de moins de 5ans

Stade 1 []

Stade 2 []

Stade 3 []

Stade 4 []

Stade 5 []

4.5 GE est – elle faite toujours [] oui = 1 non =2

4.6- Quelle est la forme de plasmodium ?

Annexe 2

QUESTIONNAIRE PORTANT SUR LE LIEU D'ENQUETE

- I. Numéro :
- II. Lieu d'enquête
- III. Type d'établissement :
 1. centre de santé de référence []
 2. centre de santé communautaire []
 3. Clinique []
 4. Dispensaire []
 - 5 Autre
- IV. Nombre de quartier couvert par le centre :
- VI Quels sont les éléments de la salle de consultation :
 1. une table de consultation []
 2. Un thermomètre []
 3. Stéthoscope []
 4. tensiomètre []
 5. Un registre de consultation []
 6. Un mètre ruban []
 7. Une pèse personne []
 8. Un aspirateur ou poivre []
 9. Des chaises pour malade []
 - 10 Autre à Spécifier
- VII. Existe – il un laboratoire au centre ? GE [], glycémie [], S.POK [],
autre
- VIII. Existe- t-il un laboratoire au centre ? [] oui =1, non = 2

5) Quel est le nombre de paludisme dans les trois derniers mois

.....

6) Quelle est la fréquence ?

7 la garde est- elle assurée aux heures non ouvrable ? [] oui=1 non=2

IX. quels sont les antipaludiques disponibles à la pharmacie ou au dépôt

.....

.....

.....

X les médicaments prescrits sont- ils disponibles ? [] oui = 1 non =2

8) Si oui en entier []

9) –à moitié []

10) en rupture []

XI combien sont les agents ayant reçu des cours de prise en charge du paludisme simple

.....

.....

.....

XII Combien sont les agents ayant reçu des formation contenues sur la prise en charge des cas de paludisme dans les deux derniers mois ?

XIII Le centre est-elle électrifiée ? [] oui=1, non=2

XIV. Quels sont vos suggestions pour améliorer la prise en charge des cas de paludisme dans votre centre ?

11)

12).....

13).....

Annexe 3

FICHE D'ENQUETE AGENT DE SANTE

I. Identification

1. Fonction.....

2 Nombre d'années de service.....

II Questions :

1. Demandez-vous des antécédents à vos malades ? [] oui=1, non=2

2. Il y a-t-il des notions de protection antipaludique chez vos malades ? []
oui=1, non=2

3. Il y a-t-il des notions d'automédication avant consultation []

4. Comment faites-vous le diagnostic du paludisme ?

14) Clinique []

15) Biologique []

16) Les deux []

17). Comment confirmez – vous l'efficacité antipaludique ?

a) par la disparition des signes []

b) par la biologie []

18) Gérez- vous les cas compliqués dans votre CS [] oui=1, non=2

Si oui combien dure l'alitement ? []

1- moins de 24h, 2- deux à trois jours, 3- plus de trois jours

19) avez-vous les registres de :

20) Consultation []

21) Garde []

22) Hospitalisation []

23) Autre

. Si non où les référer

24). Combien dure le traitement antipaludique ?

a) Fait à la chloroquine

b) Fait aux sels de quinine

25). Citer les produits antipaludiques par ordre de première intention ?

.....

.....

.....

26). Dans le but de la prévention du paludisme, que proposeriez –vous à vos malades ?

.....

.....

.....

27). Quel espèce plasmodiales est-elle la plus fréquente

- Falciparum

28) Malariae

29) Ovale

30) Vivax

31) Quelles sont les affections dont vous faites le diagnostic différentiel ?

.....

.....

32). Quelles sont vos suggestions en matière de santé publique ?

.....

.....

33) Quels sont les examens para- cliniques faisables dans votre centre de santé ?

a)

b)

c)

Evaluation C A P sur la Prise en charge du paludisme présumé simple dans la commune urbaine de Kita chez les enfants de moins de 5ans

d)

e)

f)

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom: SISSOKO

Prénom: SALIF

Année universitaire : 2007 – 2008

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et

D'Odontostomatologie.

Secteur d'intérêt : Santé Publique, Pédiatrie.

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 leurs pères.

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

Evaluation C A P sur la Prise en charge du paludisme présumé simple dans la commune urbaine de Kita chez les enfants de moins de 5ans

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

JE LE JURE!