

Ministère de l'Enseignement  
Supérieur et de la Recherche  
Scientifique

République du Mali

Un Peuple – Un But – Une Foi



**UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES ET**

**DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO**

Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2014-2015

N°

**TITRE :**

**ETUDE DE LA MORBIDITE ET DE LA PRISE EN CHARGE  
DES CAS AU CSCOM DES LOGEMENTS SOCIAUX DE  
YIRIMADIO**

**THESE**

Présentée et soutenue publiquement le 17 octobre 2015

**Par Mme. MAIGA Fadimata KALOSI**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

**JURY**

Président : Pr. Hamadoun SANGHO

Membre : Dr. Abdoul Karim SIDIBE

Co-directeur : Dr. Moussa Soumana MAÏGA

Directeur : Pr. Seydou DOUMBIA

## **DEDICACE**

A mon père Feu Boubacar Ibrahima KALLOSSI,  
A ma mère Feue Aïssata DIAMOYE,  
Que leur âme respective repose en paix.



## **REMERCIEMENTS**

Mes remerciements vont à l'endroit de :

Mon mari Youssouf MAÏGA. Ta patience, tes encouragements, tes sacrifices sont sans limite. Ce travail est le témoignage de ton amour pour ton prochain. Tu es un mari exemplaire. Merci pour tout. Que Dieu t'accorde prospérité, santé et longévité.

Mes remerciements vont également à l'endroit des :

Famille feu Boubacar Ibrahima KALLOSSI

Famille feu Sidi DIAMOYE

Famille Younoussi TOURE

Famille Arsiké YATTARA

Famille feu Aly MAIGA

Famille Sekou TOURE

Familles GUY, SOW, DOUCOURE, DEMBELE et TOU

Mes tantes : kadidia KALLOSSI, Fanta DAMBA, Mme COULIBALY Ouma

Mes sœurs : Nana, Hawoye, Kadidia, Malado, Oumou la benjamine

Mes belles sœurs : Mme TOURE Kadidiatou MAÏGA, Oumou MAÏGA, Ramatoulaye, NIENTA, Salimata, Mariam

Mon beau frère : Abdoulaye Modibo MAÏGA

Mes frères : Hamadoun, Ibrahim, Sidi et Oumar

Mes aînés : Dr KANTE, Dr Bacary TIENTA (BT), Monsieur Ibrahima Boua SACKO, Mahamane MAIGA, Abdoulaye TRAORE, Madame MARIKO Bintou TOURE

Mes Amies : Dr Mohamed DOUMBIA, Dr ZakariKEITA pour l'aide à l'analyse et à la rédaction, Dr Ousmane B.SAO, Dr Moumounè DOUMBIA, Dr Djeneba COULIBALY, Dr Mohamed TRAORE, Dr Abass DIABI,



Dr Brehima TRAORE, Dr SAWADOGO, Dr KHALOULE, Dr Mamadou TRAORE, Dr Issiaka GORO, Dr Hassime TIMITE, Monsieur Valery HETCHELI, Monsieur Amadou DANIOKO.

Le médecin Directeur de l'ASACOCY Dr Moussa SoumanaMAIGA, le médecin SR Bréma DIARRA, au président de l'ASACOCY et à tous les membres du Conseil d'Administration de l'ASACO.

A tout le personnel du CSCom ASACOCY

Monsieur Seydou Moussa TRAORE, Directeur Général de l'Institut National de la Statistique (INSTAT).

Monsieur Issa SIDIBE, INSTAT

Toutes les personnes qui, de près ou de loin, ont contribué à l'aboutissement de ce travail.

IN MEMORIUM

Feu Abdoulaye DIAMOYE : Avec votre sens élevé de la famille, vous resterez à jamais dans nos esprits.

Feue Oumou DEMBELE : Epouse modèle ; que Dieu t'accorde le paradis éternel.

Que la terre vous soit légère.

---

## **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

### **A notre maître et Président du jury**

#### **Professeur Hamadou SANGHO**

- **Maître de conférences Agrégé en Santé publique ;**
- **Directeur Général du Centre de Recherche, d'étude et de Documentation pour la  
Survie de l'enfant(CREDOS) ;**
- **Professeur Titulaire de santé publique à la Faculté de Médecine et  
d'Odontostomatologie(FMOS).**
- **Chef du Département d'Enseignement et Recherche (DER) en santé publique et  
Spécialités**
- **à la Faculté de Médecine et D'odontostomatologie (FMOS)**

Cher maître

C'est un grand honneur pour nous de vous avoir comme président de ce jury. Vous avez su nous orienter avec sagesse avec comme objectif de faire un travail de qualité. Vos précieux conseils de Maître nous ont inspirés courage. Merci pour le temps que vous nous avez accordés malgré vos multiples occupations. Puisse Dieu Tout Puissant vous accorder ces Grâces et Bénédiction. Veuillez accepter Cher Maître, nos sincères remerciements et notre profonde gratitude.



**A notre maître et membre du jury**

**Docteur Abdoul Karim SIDIBE**

- Médecin de santé publique (MD-MPH)
- Chef de la Division Prévention et Lutte contre la Maladie à la Direction Nationale de la Santé.
- Chevalier de l'Ordre du Mérite de la Santé

Cher maître

Nous avons été surpris par votre grande disponibilité malgré vos multiples occupations et votre amour du travail bien fait. Nous nous réjouissons de vos contributions qui ont amélioré la qualité de ce travail.

Honorable maître, recevez ici notre profonde gratitude.



**A notre maître et Co-Directeur de thèse**

**Docteur Moussa Soumana MAÏGA**

- Docteur en médecine diplômé de la FMPOS de Bamako.
- Directeur Technique du Centre de Santé Communautaire de Yirimadio ASACOCY de 2005 à nos jours.
- Secrétaire Général de la Fédération des Syndicats de la Santé et de l'Action sociale du Mali (FESYSAM)
- Secrétaire Général du Syndicat National des Fonctionnaires de la Santé de l'action Sociale des Collectivités territoriales (SYNAFSACT).

Cher maître

Vous avez le don de transmettre vos connaissances,

Vous avez une capacité inestimable de la gestion du personnel

Vous êtes humble, tolérant ce qui fait de vous un bon manager

Merci cher maître de vos critiques qui ont contribué à rehausser la qualité de ce travail.



**A notre maître et Directeur de thèse**

**Professeur Seydou DOUMBIA**

- **Ph. D en épidémiologie ;**
- **Doyen de la Faculté de Médecine et Odontostomatologie ;**
- **Chef du Département de l'Enseignement et Recherche (DER) en santé publique et Spécialités**
- **Directeur général adjoint du MRTC.**

Cher maître,

C'est un grand honneur que vous nous avez fait en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations. Vous nous avez fait profiter de votre grande culture médicale. Votre disponibilité, votre dévouement pour notre formation, votre intérêt pour le travail appliqué imposent respect et admiration. L'occasion nous est donnée de vous rendre un hommage. Recevez, cher Maître, l'expression de notre sincère gratitude.





## **LISTE DES ABREVIATIONS**

<b>ANIASCO :</b>	Association de Santé Communautaire de Niamakoro II
<b>ARV :</b>	Anti Retro Viraux
<b>ASACO :</b>	Association de Santé Communautaire
<b>ASACOBABA :</b>	Association de Santé Communautaire de Banankabougou - Faladiè
<b>ASACOCY :</b>	Association de Santé Communautaire de la Cité de Yirimadio
<b>ASACOFA :</b>	Association de Santé Communautaire de Faladiè
<b>ASACOMA :</b>	Association de Santé Communautaire de Magnambougou
<b>ASACOMIS :</b>	Association de Santé Communautaire de Missabougou
<b>ASACONIA :</b>	Association de Santé Communautaire de Niamakoro
<b>ASACOSE :</b>	Association de Santé Communautaire de Senou
<b>ASACOSO :</b>	Association de Santé Communautaire de Sogoninko
<b>ASACOSODIA :</b>	Association de Santé Communautaire de Sokorodji-Dianéguéla
<b>ASACOYIR :</b>	Association de Santé Communautaire de Yirimadio
<b>CCC :</b>	Communication pour le Changement de Comportement
<b>CDMT:</b>	Cadre de Dépense à Moyen Terme
<b>CHANCE:</b>	Chirurgie Antibiotique Nettoyage, Changement de comportement
<b>CPN :</b>	Consultation Périnatale
<b>CPON :</b>	Consultation post natale
<b>CSA :</b>	Centre de Santé d'Arrondissement
<b>CSC :</b>	Centre de Santé de Cercle
<b>CSCOM :</b>	Centre de Santé Communautaire
<b>CSCRP :</b>	Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté
<b>CSREF :</b>	Centre de Santé de Référence
<b>CTA :</b>	Combinaison Thérapeutique à base d'Arthémisinine
<b>CTA :</b>	Combinaisons Thérapeutiques à base d'Arthémicine
<b>DOTS :</b>	Directly Observation Traitement Supervision
<b>DTCP :</b>	Diphthérie Tétanos Coqueluche Polio
<b>EDSM IV :</b>	Enquête Démographique de Santé du Mali IV <sup>ème</sup> édition
<b>EPA :</b>	Etablissement Publique à caractère Administratif
<b>EPH:</b>	Etablissement Publique Hospitalier
<b>IEC :</b>	Information Education Communication
<b>IMAARV :</b>	Initiative Malienne d'Accès aux Anti Retro Viraux

---

<b>INJS :</b>	Institut National de la Jeunesse et des Sports
<b>IRA :</b>	Infection Respiratoire Aigue
<b>IST VIH :</b>	Infections Sexuellement Transmissible, Virus de l'Immuno déficience Humaine
<b>JNV :</b>	Journée Nationale de Vaccination
<b>MII :</b>	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
<b>MIPROMA :</b>	Mutuelle Interprofessionnelle du Mali
<b>MRTC :</b>	Malaria Research Training Center
<b>MTN :</b>	Maladie Tropicale Négligée
<b>OMD :</b>	Objectifs du Millénaire pour le Développement
<b>OMS :</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG:</b>	Organisation non Gouvernementale
<b>PCT:</b>	Poly chimiothérapie
<b>PDDSS :</b>	Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social
<b>PF :</b>	Planification Familiale
<b>PFLA :</b>	Paralysie Flasque Aiguë
<b>PMA :</b>	Paquet Minimum d'Activités
<b>PRODESS :</b>	Programme de Développement Sanitaire et Social
<b>PSNAN :</b>	Plan Stratégique National pour l'Alimentation et la Nutrition
<b>PTF :</b>	Partenaires Techniques et Financiers
<b>PTME :</b>	Prévention de la Transmission Mère Enfant
<b>RTA :</b>	Rapport Trimestriel d'Activités
<b>SP :</b>	Sulfadoxine Pyrimetamine
<b>SPE :</b>	Surveillance Préventive des Enfants
<b>SR :</b>	Santé de la Reproduction
<b>TDR :</b>	Test de Diagnostic Rapide
<b>TPI/SP :</b>	Traitement préventif intermitant à la SP
<b>UNICEF:</b>	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
<b>VIH SIDA :</b>	Virus de l'Immuno déficience Humaine, Syndrome de l'Immuno Déficience Acquise.

---

## TABLE DES MATIERES

<b>1. INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>1.1. OBJECTIF GÉNÉRAL.....</b>	<b>4</b>
<b>1.2. OBJECTIFS SPÉCIFIQUES.....</b>	<b>4</b>
<b>2. GÉNÉRALITÉS.....</b>	<b>5</b>
<b>2.1. Le PRODESS I: (Programme de Développement sanitaire et social).....</b>	<b>5</b>
2.1.1. Les volets du PRODESS I.....	6
2.1.2. Bilan des activités du PRODESS I:.....	7
<b>2.2 Présentation du PRODESS II:.....</b>	<b>10</b>
2.2.1. Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (CSCR) 2012-2017 :.....	10
2.2.2. Cadre de Dépense à Moyen Terme( CDMT):.....	12
2.2.3. Actions programmées :.....	13
<b>2.3. PRODESS II prolongé : Amélioration de la qualité des services de santé, augmentation de la demande et lutte contre la maladie.....</b>	<b>15</b>
2.3.1. La qualité des soins offerts.....	15
2.3.2. La lutte contre la maladie.....	16
<b>3. MÉTHODOLOGIE.....</b>	<b>33</b>
<b>3.1. Lieu d'étude :.....</b>	<b>33</b>
3.1.1. Présentation de la commune VI :.....	33
3.1.2. Présentation de Yirimadio :.....	36
3.2.1.1. Historique :.....	36
3.2.1.2. Situation géographique :.....	37
3.2.1.3. Relief, hydrographie et climat.....	37
3.2.1.4. Caractéristique démographique :.....	37
3.2.1.5. Activités économiques, religion et éducation.....	37
3.2.1.6. Infrastructures sanitaires :.....	38
<b>3.2. Type et période d'étude :.....</b>	<b>40</b>
<b>3.3. Population d'étude.....</b>	<b>40</b>
<b>3.4. Échantillonnage.....</b>	<b>40</b>
<b>3.5. Critères d'inclusion.....</b>	<b>40</b>
<b>3.6. Collecte, saisie et analyse des données.....</b>	<b>40</b>
<b>3.7. Considérations éthiques.....</b>	<b>40</b>
<b>4. RÉSULTATS.....</b>	<b>41</b>

---

4.1.	Résultat I : Profil sociodémographique des patients du CSCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011.	41
4.2.	Résultat II : Motifs de consultation des patients du CSCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011.	44
4.3.	Résultat III : Classification du rapport trimestriel d'activité du CSCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011.	45
4.4.	Résultat IV : Variation des maladies en fonction des différentes périodes de l'année du CSCom des logements sociaux de yirimadio en 2011.	46
4.5.	Résultat V : Distribution des maladies en fonction des caractéristiques sociodémographiques au CSCom des logements sociaux de Yirimadio.	51
4.6.	Resultat VI : Répartition des patients selon des examens complémentaires réalisés et le traitement au CSCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011.	62
4.7.	Résultat VII : Décision thérapeutique.	68
4.8.	Résultat VIII : La prise en charge des maladies infectieuses.	70
5.	<b>DISCUSSION</b>	75
	CSCom	76
6.	<b>CONCLUSION</b>	79
7.	<b>RECOMMANDATIONS</b>	80
8.	<b>RÉFÉRENCES</b>	81
9.	<b>ANNEXES</b>	84
	Annexe 1 : Liste des tableaux	84
	Annexe 2 : Liste des figures	87
	Annexe 3 : Fiche signalétique	88
	Annexe 4 : Fiche d'enquête	90
	Annexe 5 :Serment d'Hippocrate	93

---

## **1. INTRODUCTION**

À la création de l'OMS en 1948, l'objectif fondamental était d'amener tous les peuples du monde à un niveau de santé le plus élevé possible<sup>1</sup>.

Dans les pays en développement, notamment en Afrique et au Mali, malgré une amélioration spectaculaire de l'état sanitaire de leur population, l'espérance de vie est restée faible<sup>2</sup>.

À la mauvaise performance des systèmes de santé vient s'ajouter l'accès limité de la population aux services de santé primaires (dans certains pays africains, plus de la moitié de la population vit à plus de 10 km du premier centre de soins primaires)<sup>2</sup>.

Accablés par le poids du remboursement de la dette et par l'impact de la chute des cours des produits à l'exportation dans les années 70 et 80, les pays en développement ont vu réduire leur capacité à financer les services publics de base, y compris les soins de santé primaires. Le problème de l'insuffisance des dépenses de santé publique est aggravé par des politiques qui favorisent une mauvaise allocation budgétaire, un gaspillage des ressources et une gestion médiocre<sup>2</sup>.

De plus, les coupes budgétaires conjuguées à cette gestion médiocre, au gaspillage et à la mauvaise utilisation des ressources, rares de surcroît, sont les causes d'une pénurie chronique de médicaments, d'une déficience de services, de la détérioration des infrastructures, d'un manque de personnel qualifié et d'une faible motivation des agents de santé qui entraînent, à leur tour, une mauvaise prise en charge des malades<sup>2</sup>.

Il en résulte un faible attrait pour les services de santé publics qui conduit les patients à s'adresser plutôt aux guérisseurs traditionnels, à des praticiens privés non répertoriés et à des vendeurs ambulants sur les marchés. Ce faisant, ils paient souvent des prix exorbitants pour des services de qualité douteuse et perdent ainsi l'occasion de recevoir des soins préventifs de première importance<sup>2</sup>.

Afin d'apporter une réponse à la dégradation rapide des systèmes de santé, les ministres africains, réunis à Bamako, du 9 au 16 septembre 1987, sous l'égide de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et de l'Organisation des Nations-Unies pour l'Enfance (UNICEF), ont adopté un ensemble de réformes politiques appelé « Initiative de Bamako »<sup>2</sup>.

L'Initiative de Bamako a pour but d'assurer à l'ensemble de la population l'accès aux services de soins de santé primaire à prix abordable tout en maintenant les coûts et de restaurer la confiance des usagers dans les services de santé publics, en améliorant la qualité des prestations et en déléguant le pouvoir décisionnel aux échelons inférieurs. En outre, elle a pour but de promouvoir la santé en incitant les ménages à un changement des comportements néfastes<sup>2</sup>.

L'Initiative de Bamako vise également à revitaliser les systèmes de santé en décentralisant le pouvoir décisionnel de l'échelon national à celui des districts, en réorganisant les services de santé de base, et en fournissant un **"paquet minimum"** de services de santé essentiels au niveau des unités de santé de base<sup>2</sup>.

L'implication des communautés est un élément fondamental en ce qu'elle modifie l'équilibre des pouvoirs entre les prestataires de soins de santé et les usagers et impulse une gestion "novatrice" des systèmes de santé publique. De simples consommateurs passifs, les bénéficiaires des soins deviennent des partenaires actifs dont la voix compte<sup>2</sup>.

L'une des principales mesures prises dans le cadre de l'Initiative de Bamako a été la création des Centres de Santé communautaire (CSCom) dont le premier a vu le jour en 1989 dans le quartier de Banconi, dans la Commune I du District de Bamako.

En 2010, les études sur le système des soins de santé en Afrique subsaharienne révèlent que le taux de fréquentation des districts sanitaires est très faible, 0,24NC/Hbt/an au Mali, 0,43 au Burkina Faso ; 0,30 au Bénin même si les infrastructures sont présentes<sup>3</sup>.

C'est vers la fin des années 1980, à la faveur de certaines expériences et d'un vaste mouvement à travers le monde, qu'a été introduit le concept de santé communautaire au Mali, impliquant les populations dans la gestion de leurs problèmes de santé<sup>4</sup>.

Le CSCom assure les soins médicaux de base et les vaccinations, fournit les médicaments, et réalise les accouchements simples ainsi que les consultations pré et post natales. Les remèdes traditionnels sont toujours utilisés. Le CSCom doit également faire un travail de prévention et d'éducation sanitaire. En 2014, on dénombrait 1170 CSCom dont soixante-deux dans le District de Bamako.

Le CSCom des Cités de Yirimadjo dans la Commune VI du District de Bamako a été inauguré le 26 juillet 2005. Il couvre donc les logements sociaux de 1008 logements, des 759 logements, 320 logements, 500 logements, le village CAN, ZERNY, Yorodiambougou, Kababougou.

Depuis sa création, il y a 10 ans, aucune étude d'évaluation des performances de la structure n'a été menée à ce jour. Sans avoir la prétention d'effectuer un tel travail, nous nous proposons d'apporter une modeste contribution à l'identification des problèmes de santé, notamment des principales pathologies rencontrées au niveau du CSCom des Cités de Yirimadjo.

Les résultats de notre démarche permettront de mieux planifier les actions et les ressources du CSCom, en mettant l'accent sur les mesures de prévention et la prise en charge efficace des principales pathologies rencontrées.

C'est dans ce cadre que nous nous proposons d'étudier la fréquence des pathologies rencontrées dans l'aire de santé du CSCOM des Cités de Yirimadjo, en utilisant la classification du rapport trimestriel des activités<sup>5</sup>.

## **1.1. OBJECTIF GÉNÉRAL**

Étudier la morbidité et la prise en charge des cas au CSCom des logements sociaux de Yirimadio.

## **1.2. OBJECTIFS SPÉCIFIQUES**

- Décrire le profil socio démographique des patients du CSComdes logements sociaux de Yirimadio ;
- Identifier les motifs de consultation les plus fréquents ;
- Classer les maladies rencontrées selon la classification du RTA ;
- Analyser les variations des maladies les plus fréquentes en fonction des différentes périodes de l'année ;
- Décrire la prise en charge des cas.



## **2. GÉNÉRALITÉS**

En 1997 le Mali a élaboré un Plan décennal de Développement sanitaire et social basé sur une approche sectorielle. Ce plan couvre la période 1998-2007 et s'inscrit dans le cadre d'une nouvelle démarche basée sur l'approche programme qui contrairement à l'approche projet est plus globale, plus intégrée et vise un développement harmonieux durable du secteur de la santé et de l'action sociale par les structures pérennes<sup>6</sup>.

Aussi, des plans décentralisés sont-ils d'actualité, compte tenu du contexte de la Décentralisation; sa mise en oeuvre cohérente dépend de la disponibilité à temps des ressources requises et la mise en place d'un environnement institutionnel adéquat ; c'est pourquoi ces éléments seront au coeur du programme sectoriel d'investissement.

Pour sa mise en oeuvre le PDDSS est scindé en deux tranches dont la première, quinquennale appelée PRODESS a couvert la période 1998-2003<sup>6</sup>.

### **2.1. Le PRODESS I: (Programme de Développement sanitaire et social)**

Le Programme de Développement sanitaire et social traduit la volonté politique affirmée du Gouvernement d'apporter des réponses rapides et efficaces aux problèmes sanitaires et sociaux qui affectent les Maliens.

Il est la concrétisation d'une longue réflexion consensuelle sur le développement d'un système de santé et d'actions ciblant les problèmes majeurs de santé, et les situations de marginalisation que rencontrent certaines couches de la société malienne.

Élaboré avec le concours de la plupart des partenaires intérieurs et extérieurs; il est le résultat de nombreuses études, de débats, sur les priorités de développement sanitaire pour les années 1998-2002.

Les priorités retenues visent à réduire la mortalité et la morbidité liées aux principales maladies et contribuer à la réduction de l'exclusion sociale au Mali. Elle porte sur la lutte contre la maladie et les carences nutritionnelles, le Sida et le développement de la Santé de la Reproduction considérée comme domaines dans lesquels le Gouvernement est disposé à consacrer d'importants efforts. Par ailleurs pour éviter une duplication des ressources une approche intégrée est privilégiée aux échelons du système de santé et d'action sociale<sup>6</sup>.

### 2.1.1. Les volets du PRODESS I

Initialement prévu en mars 1998 pour la durée du premier quinquennat du PDDSS (1998- 2002), le lancement du programme n'a été effectif qu'une année plus tard. Les interventions programmées portent sur cinq volets<sup>6</sup>.

➤ **Volet 1: Extension de la couverture sanitaire**

Il privilégie l'intégration de la lutte contre la maladie, la Santé de la Reproduction, et la recherche de l'équité dans l'accès aux services de base.

➤ **Volet 2: Lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale**

Propose d'associer la Société Civile et l'Etat dans la promotion d'actions destinées à favoriser l'insertion économique et sociale des groupes vulnérables de la population par la mise en place d'outils pour leur prise en charge financière (fond national de solidarité et centres communaux communautaires).

➤ **Volet 3: Mise en place de mécanisme de financement**

Concerne la mise en place de mécanisme de financement, destiné à permettre la prise en charge du risque maladie; compte tenu de l'actuel contexte socio-économique qui justifie la priorité de ce volet, le montant de son financement était très sous-estimé.

➤ **Volet 4: Développement des ressources humaines**

Le développement des ressources humaines est fondamental tant les progrès à accomplir sont nécessaires et conditionnent les résultats attendus des activités du premier volet. Il vise l'amélioration de la gestion qualitative et quantitative du personnel.

➤ **Volet 5: Activités complémentaires nécessaires pour atteindre les objectifs des quatre premiers volets.**

Regroupe toute une série d'activités complémentaires, nécessaires pour atteindre les objectifs des quatre premiers volets : renforcement des services centraux et déconcentrés du Ministère de la Santé et du Ministère du Développement social, de la Solidarité et des Personnes âgées ; réorganisation des rapports entre l'État et ses partenaires (secteur privé, Société Civile, Collectivités territoriales) dans la problématique sanitaire.

Le volet 1 concerne l'ensemble des échelons du système de santé et d'action sociale.

### **Le système de santé comprend 3 échelons:**

- Le premier niveau est constitué par les CSCom, les CSA et les autres structures non publiques. Il est chargé d'offrir aux populations les PMA;
- Le deuxième niveau est constitué par les centres de suivi de coordination de la mise en oeuvre des plans de développement sanitaire et social de Cercle et de première référence clinique pour les structures de premier niveau;
- le troisième niveau comprend, outre la direction des zones sanitaires, les hôpitaux régionaux qui servent de structures de deuxième référence au CSC.

Ils sont aujourd'hui des structures déconcentrées de l'État et fonctionnent sur le crédit du budget dont le programme a prévu la transformation en EPH <sup>6</sup>.

#### **2.1.2. Bilan des activités du PRODESS I:**

##### ➤ **Disponibilité des services:**

Au premier niveau des nouveaux CSCom ont été construits ; le nombre de CSComest passé de 347 en février 1998 à 557 en fin 2001, soit un total de 210 CSCom construits sur une prévision de 240 ( taux de réalisation 87,5% )<sup>6</sup>, en 2012 on a 1134 CSCom fonctionnels<sup>7</sup> ; concernant le deuxième niveau 19 CSRef ont été rénovés, équipés avec parfois une extension; au troisième niveau les hôpitaux nationaux et régionaux ont été renforcés (réhabilitation, extension, équipement), entre autres l'Hôpital Gabriel Touré, l'Hôpital du Point g, de Kati , Kayes, Sikasso et Ségou<sup>6</sup>.

##### ➤ **Couverture sanitaire et accessibilité des services de santé:**

En 2001 le pourcentage des populations ayant accès aux PMA dans les formations sanitaires dans un rayon de 5 km, était de 41% pour une prévision de 45% et dans un rayon de 15 km, de 67% pour une prévision de 65%<sup>8</sup>. En 2011 ces pourcentages étaient de 59% dans un rayon de 5 km, et 91% dans un rayon de 15 km<sup>7</sup>.

Ainsi l'objectif de couverture de 65% des populations dans un rayon de 15 km a été atteint avant l'échéance fixée, alors que l'accessibilité géographique réelle qui se définit dans un rayon de 5 km ne l'est pas encore<sup>8</sup>.

➤ **Utilisation des services :**

- **Consultations curatives:** Le taux de consultation curative est de 0,17NC/Hbt/an pour les structures de premier niveau et de 0,20 pour l'ensemble des structures en 2001, avec de fortes disparités régionales ( 0,35 pour la région de Bamako ; 0,12 pour celle de Sikasso )<sup>8</sup>. En 2011 le taux de consultation curative était 0,32 NC/Hbt/an<sup>7</sup>.
- **Soins préventifs:** Le taux d'utilisation des soins préventifs est en baisse. Pour les vaccinations on note une déperdition significative entre le DTCP1 et le DTCP3 (exemple 33% en 2001 à Ségou) et une régression du taux d'enfants complètement vaccinés qui est passé de 31% en 1995 à 21% en 2001<sup>8</sup>.

➤ **Qualité des services:**

La qualité des services offerts dans les structures sanitaires est faible. Cette faiblesse est en corrélation en partie avec la stagnation du taux d'utilisation des services pouvant s'expliquer par plusieurs facteurs: le manque de personnel qualifié; l'instabilité du personnel; mauvais accueil ou mauvais comportement du personnel; la non-complétude des PMA; la non-intégration des activités dans le temps par insuffisance du personnel; le coût élevé des prestations; la rupture de stock de médicaments; la supervision irrégulière des CSCOM; la dégradation de certaines infrastructures.

➤ **Lutte contre la maladie:**

Si la lutte contre certaines maladies comme la lèpre, la schistosomiase, la dracunculose, la cécité, a connu un essor important; celle contre le paludisme, le VIH et le Sida, n'est pas encore gagnée.

Pour certaines maladies les résultats suivants ont été obtenus :

Le taux instantané de la lèpre est passé de 2,53 cas/10000 habitants en 1998 à 0,62 cas en 2001; cependant un taux faible de couverture PCT(58%) et l'existence de cas dans les régions comme Kayes (1,08), Tombouctou (1,01) appelle des actions rigoureuses.

La prévalence de la dracunculose a diminué de façon importante de 1993 à 2001 on est passé de 6024 cas à 118 cas et de 2000 villages endémiques à 120, mais des flambées ont été constatées dans les régions de Ségou et de Gao.

La situation épidémiologique de l'onchocercose est bonne sur tous les bassins.

La couverture géographique des villages traités et la couverture thérapeutique à l'Ivermectine sous direction communautaire sont respectivement de 77,7% et 78,7%.

La lutte contre la cécité connaît d'importantes activités avec des stratégies fixes et des stratégies mobiles. La stratégie CHANCE est appliquée (Chirurgie, Antibiothérapie Nettoyage, Changement de comportement).

La chirurgie du trichiasis et de la cataracte qui sont parmi les cas les plus fréquents de cécité a connu un grand essor.

La prévalence du SIDA dans la population générale est de 1,7% en 2006 (EDSM IV). Les programmes PTME et l'IMAARV sont mis en oeuvre pour le moment dans les quelques sites choisis ( Hôpital Gabriel Touré, hôpital du point g). Le Fond global en négociation devrait donner un nouveau souffle à la lutte contre cette pandémie.

Le taux d'incidence de la tuberculose est passé de 22,7 pour 100 000 habitants en 1998 à 26,4 pour 100 000 habitants en 2001. La lutte contre la tuberculose a été surtout marquée par l'introduction de la stratégie DOTS;

Cependant cette lutte rencontre des difficultés : taux de détection faible ( moins de 10% dans les centres de santé de référence), application insuffisante de la stratégie DOTS, taux d'abandon élevé parfois supérieur à 50% et la résistance à la Rifampicine.

Quant aux maladies à éradiquer et/ou à éliminer, on enregistre des cas de poliomyélite et de tétanos dans les formations sanitaires.

La lutte contre le paludisme, outre les actions classiques, bénéficie d'initiatives novatrices comme la formation de mères relais à la prise en charge des cas à domicile, l'utilisation des supports imprégnés et l'assainissement du milieu. Les moustiquaires imprégnées, malgré les efforts de l'État, restent encore inaccessibles au regard du pouvoir d'achat de la majorité de la population<sup>6</sup>.

## **2.2 Présentation du PRODESS II:**

Le PRODESS II constitue la deuxième phase du PDDSS, il prolonge les actions du PRODESS I qui a couvert la période 1998-2003 ; il prendra en compte les insuffisances et certains déterminants non pris en compte dans la première phase, notamment l'accélération de l'extension de couverture en eau potable dans les zones défavorisées, l'éducation des filles en particulier au primaire, l'amélioration des revenus des femmes pour la création d'opportunité économique, et l'aménagement des pistes rurales en vue de faciliter l'accès aux services de santé et contribuer au désenclavement<sup>9</sup>. Nous ne pouvons continuer cette présentation sans parler du CSCRP et du CDMT:

### **2.2.1. Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (CSCR) 2012-2017 :**

#### **"Un Mali émergent, une meilleure qualité de vie pour tous"**

Le Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (2012-2017) constitue la référence du Mali en matière de formulation et de mise en œuvre des politiques économiques et sociales. Il fédère, dans un cadre cohérent, l'ensemble des politiques et stratégies sectorielles et identifie les besoins financiers ainsi que les moyens de les couvrir. Le CSCRP, qui prend en compte les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), est le fruit d'une large concertation entre l'État, les Collectivités territoriales, la Société Civile, le Secteur privé et les Partenaires techniques et financiers (PTF) du Mali.

**Vision** : La vision du CSCRP 2012-2017 est celle édictée dans l'Etude Nationale Prospective (ENP) Mali 2025 : conjuguer sagesse, authenticité et dynamisme pour faire du Mali, une Nation prospère, performante et moderne dont le peuple aura "su se saisir résolument de son propre devenir pour demeurer un Peuple uni dans sa riche diversité, tournée vers un But commun et ayant une Foi indéfectible en son avenir".

Cette vision est articulée autour des orientations suivantes : (i) une nation unie sur un socle culturel diversifié et réhabilité ; (ii) une organisation politique et institutionnelle garante du développement et de la paix sociale ; (iii) une économie forte, diversifiée et ouverte ; (iv) un cadre environnemental amélioré ; (v) une meilleure qualité des ressources humaines.

## **Valeurs et principes directeurs**

La mise en œuvre du CSCRP 2012-2017 sera régie par les valeurs que sont : la transparence, l'équité, la solidarité, l'efficacité et l'impact.

Les principes directeurs ci-après guideront également les acteurs du CSCRP : la participation, l'engagement, l'appropriation, la cohérence et la recevabilité.

## **Mission du CSCRP**

"Servir, pour toutes les parties prenantes, de cadre intégrateur des politiques sectorielles et des stratégies régionales et locales de soutien à la croissance accélérée et durable, d'amélioration des conditions de vie et de réduction des inégalités et disparité, au niveau rural comme urbain, entre les hommes et les femmes dans le respect des droits humains et des principes de bonne gouvernance et de gestion axée sur les résultats"

## **Buts, objectif global et objectifs stratégiques**

But visé à moyens et longs termes : Faire du Mali un pays émergent et une puissance agropastorale, dotés d'une bonne qualité de vie pour les populations, hommes et femmes.

Objectif global du CSCRP 2012-2017 : Accélérer la mise en œuvre des OMD à travers un développement inclusif basé sur la réduction de la pauvreté et des inégalités.

Objectifs stratégiques : (i) bâtir une économie transformée et pleinement insérée dans les échanges régionaux et mondiaux ; (ii) Améliorer le bien-être social des populations ; (iii) Consolider l'option de faire du Mali un pays bien gouverné, sûr, stable et en paix pour l'ensemble de la population<sup>9</sup>.

### 2.2.2. Cadre de Dépense à Moyen Terme( CDMT):

Le Cadre de Dépense à Moyen Terme 2005-2009 du secteur de la santé constitue un instrument de programmation budgétaire permettant au Gouvernement de matérialiser les orientations stratégiques du secteur sanitaire. Le CDMT permet au Ministère de la Santé de :

- dégager, dans le cadre d'un budget programme cohérent, les principales stratégies et actions soutenables et qui conditionnent la performance du secteur et en estimer les coûts additionnels nécessaires ;
- prévoir les ressources budgétaires nécessaires à l'atteinte des objectifs assignés au secteur; et déterminer ainsi de manière prévisionnelle l'enveloppe budgétaire annuelle du secteur durant la période 2005- 2009 en tenant compte de l'évolution budgétaire globale du pays et des apports attendus des bailleurs de fonds sur ladite période.

L'architecture du CDMT (budget-programmes) se base essentiellement sur celle de la composante santé du CSCRP et vise à mettre en exergue les intrants essentiels en terme d'accès, de disponibilité et d'utilisation de prestations sanitaires curatives et préventives. Pour atteindre les objectifs suivants:

- Améliorer la santé des populations maliennes en particulier les plus défavorisées;
- protéger le revenu des pauvres et limiter la dépense de santé des groupes les plus défavorisés.

Le Ministère de la Santé développe dans le CDMT deux types de stratégies, à savoir :

- les stratégies de production de santé, d'une part, qui ciblent les ménages et les communautés pour les rendre moins vulnérables aux causes et conséquences du cercle vicieux « pauvreté, mauvaise santé » ;
- l'amélioration des performances et couvertures effectives du système de santé; et les stratégies au niveau de la politique de santé qui visent l'amélioration des ressources financières et humaines ainsi que de la capacité du pilotage du système<sup>9</sup>.



### 2.2.3. Actions programmées :

Le support de programmation opérationnelle 2005 -2009 est conçu sur la base d'une approche de Gestion axée sur les Résultats (GAR) et comporte, dans sa composante santé, sept (7) volets. À partir de la définition de l'effet spécifique de chaque volet, des extrants ont été définis, chaque extrant est à réaliser à travers un certain nombre d'interventions ( activités, investissements)<sup>9</sup>.

\_\_ Volet 1: Accessibilité géographique aux services de santé des districts sanitaires. Ce volet vise l'accès des populations aux soins de qualité à travers des stratégies spécifiques et ciblées qui rendront les soins disponibles et accessibles dans les structures publics, communautaires et privés pour les zones pauvres, déshéritées et/ou d'accès difficiles. L'accent sera mis sur l'extension de la couverture des soins primaires dans les zones les plus pauvres; construction, réhabilitation, relance des CSCom non fonctionnels, ainsi que le développement du partenariat avec les prestataires du Secteur privé.

\_\_ Volet 2: Disponibilité, qualité et gestion des ressources humaines.

Ce volet vise notamment la disponibilité du personnel de santé dans les services périphériques. Une attention particulière sera attachée à l'allocation et la gestion des ressources humaines. Les résultats visent l'augmentation absolue et relative des dépenses publiques, au regard de la subvention publique aux régions et groupes défavorisés, aux CSCom non viables, aux personnels en poste dans les zones difficiles.

\_\_ Volet 3: Disponibilité des médicaments essentiels, des vaccins et des consommables médicaux.

Ce volet vise à assurer la disponibilité des médicaments, des vaccins et des consommables médicaux de qualité de façon continue et aux prix les plus bas sur l'ensemble du territoire.

\_\_ Volet 4: amélioration de la qualité des services de santé, augmentation, de la demande et lutte contre la maladie.

L'amélioration de la qualité des soins de santé au niveau du district sanitaire vise à créer les conditions et aptitudes nécessaires pour assurer une production efficiente de santé aux populations les plus démunies. La lutte contre la maladie sera renforcée à travers, entre autres, l'application d'un système de surveillance intégrée et de riposte (maladies transmissibles et non transmissibles).

En matière de lutte contre la malnutrition il s'agira entre autres de favoriser la mise en oeuvre d'une politique nationale multisectorielle, d'améliorer les conditions des femmes et des enfants, de réduire la prévalence de la malnutrition globale et des carences en micro nutriments ( iode et fer ) dans des zones périurbaines, rurales, arides et semi-arides.

\_\_ Volet 5: Accessibilité financière soutien à la demande et participation communautaire.

Ce volet vise à améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé de qualité notamment dans les zones pauvres.

\_\_ Volet 6: réformes des établissements hospitaliers et des autres établissements de recherche.

Ce volet vise à assurer la prise en charge des malades référés y compris les pauvres aux hôpitaux selon les normes établies. À ce titre les autres établissements de recherche non hospitaliers y compris les instituts de recherche concourent à l'amélioration de la santé des populations notamment des pauvres.

\_\_ Volet 7: renforcement des capacités institutionnelles.

Le Ministère de la Santé a transféré une partie de ses compétences techniques et financières aux Collectivités territoriales. À travers ce volet les Collectivités Territoriales seront capables de gérer efficacement les problèmes de santé dans les Communes, les Cercles, les Régions et le District de Bamako.

### **2.3. PRODESS II prolongé : Amélioration de la qualité des services de santé, augmentation de la demande et lutte contre la maladie**

#### **2.3.1. La qualité des soins offerts**

L'extension de la couverture sanitaire a connu une progression régulière (2002-2006). Cette extension s'est accompagnée d'une augmentation de l'utilisation des services. Elle peut expliquer en partie l'amélioration du niveau des indicateurs relatifs au couple mère-enfant. Le taux de mortalité infantile est passé de 113 pour 1000 naissances vivantes (EDSM III) à 96 pour 1000 naissances vivantes (EDSM IV) ; celui de la mortalité infant juvénile de 229‰ (EDSM III) à 191‰ (EDSM IV). Le taux de mortalité maternelle est passé de 582 (EDSM III) à 464 pour 100 000 naissances vivantes (EDSM IV). Ces niveaux d'indicateurs, en tenant compte du rythme de progression, demeurent élevés par rapport à l'atteinte des OMD qui sont de 79 pour 1000 naissances vivantes pour la mortalité infantile et de 144 pour 100 000 naissances vivantes pour la mortalité maternelle à l'horizon 2015<sup>10</sup>.

Des défis restent à relever pour accélérer la réduction de ces niveaux de mortalité. Il s'agit notamment de la persistance de l'impact des deux premiers retards sur le système de référence évacuation (retard dans la prise de décision pour le recours aux soins du ménage, retard dans le transport du village vers le premier niveau de référence ; l'insuffisance et la mauvaise répartition du personnel qualifié, en particulier pour les sages-femmes avec un ratio de 1 pour 23928 habitants et dont 68% de l'effectif total travaillent dans le District de Bamako ; le faible taux de couverture des femmes enceintes et des nouveau-nés en interventions essentielles intégrées de qualité (grossesse et paludisme, CPON, PF, soins essentiels au nouveau-né, prise en charge du nouveau-né malade) ; l'insuffisance dans la collecte des données et informations fiables (collecte, analyse, utilisation et documentation ; l'insuffisance des actions de promotion de la santé de la mère et du nouveau-né au niveau communautaire et des ménages (pratiques néfastes, croyances ; la faible prévalence contraceptive ; l'insuffisance dans la coordination/suivi des actions de SMNI ; l'insuffisance de couverture des systèmes d'assurance maladie ; la faible utilisation des ressources mobilisées due aux procédures<sup>10</sup>.

### 2.3.2. La lutte contre la maladie

#### ➤ *La nutrition*

Les interventions mises en oeuvre ont permis l'édiction de textes législatifs et réglementaires en matière d'iodation de sels ; l'élaboration de directives nationales de supplémentation en vitamine A, en fer, d'iodation de sel, d'allaitement au sein maternel, de modules pour la mise en oeuvre de la stratégie nationale pour l'alimentation du jeune enfant et du nourrisson ; de module pour la prise en charge de la malnutrition aigüe ; l'introduction du paquet intégré de nutrition dans certaines aires de santé ; le renforcement des capacités du personnel à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour la prise en charge de la malnutrition ; l'existence d'unités fonctionnelles de récupération nutritionnelle dans les CSREF et certains EPH dans les régions. En dépit de ces efforts, la malnutrition demeure une préoccupation majeure<sup>10</sup>. Les tranches d'âge 0-11 mois et 1-4 ans enregistrent les taux d'incidence les plus élevés de la malnutrition grave, soit respectivement (16,91‰ et 10,85‰ en 2011). Pour les enfants de moins d'un an, ce taux varie de 30,05‰ dans la région de Sikasso à 3,79‰ dans la région de Kidal. La région de Sikasso reste toujours la région la plus touchée depuis 2009<sup>7</sup>.

Les difficultés relatives au leadership intra et inter sectoriel, l'insuffisance de ressources humaines qualifiées ont constitué un gros handicap. Le Plan stratégique national pour l'Alimentation et la Nutrition (PSNAN) vise, à travers ses huit composantes, à améliorer la cohérence et l'efficacité des politiques et programmes sectoriels ayant un impact direct ou indirect sur l'alimentation et la nutrition des populations, à l'effet de réduire la mortalité. Il devra permettre de mobiliser davantage de ressources financières pour la prise en charge des cas sévères de malnutrition dans les établissements de santé ; et de donner plus de visibilité et de lisibilité aux interventions en matière de nutrition<sup>10</sup>.

➤ *La lutte contre les IST, VIH et Sida*

D'après les estimations, en 2012, 35,3 (32,2-38,8) millions de personnes vivaient avec le VIH dans le monde. On constate une augmentation par rapport aux années précédentes due à l'augmentation du nombre de personnes sous thérapie antirétrovirale. À l'échelle mondiale, 2,3 (1,9-2,7) millions de nouvelles infections à VIH ont été signalés, soit un recul de 33 % par rapport aux 3,4 (3,1-3,7) millions de 2001. Les décès liés au Sida enregistrent également une baisse, passant de 2,3 (2,1-2,6) millions en 2005 à 1,6 (1,4-1,9) million en 2012 <sup>11</sup>.

L'Afrique subsaharienne reste l'une des régions les plus gravement touchées avec près de 1 adulte sur 20 (4,9 %) vivant avec le VIH, ce qui représente 69 % des personnes vivant avec le VIH dans le monde. La prévalence régionale de l'infection à VIH est près de 25 fois plus élevée en Afrique subsaharienne qu'en Asie, mais environ 5 millions de personnes vivent avec le virus dans l'ensemble de l'Asie du Sud, du Sud-Est et de l'Est.

Après l'Afrique subsaharienne, les régions les plus fortement touchées sont les Caraïbes, l'Europe de l'Est et l'Asie centrale, où 1 % des adultes vivait avec le VIH en 2011 <sup>12</sup>.

Au Mali, la prévalence du VIH dans la population générale de 15-49 ans est de 1,1 % en 2012-2013 (EDSM V). La prévalence du VIH est nettement plus élevée parmi les femmes (1,3 %) que parmi les hommes (0,8 %). C'est à Bamako que la prévalence des femmes et des hommes est la plus élevée (respectivement 1,7 % et 1,6 %). À l'opposé, c'est dans la région de Mopti qu'elle est la plus faible (0,8 % pour les femmes et 0,4 % pour les hommes). La prévalence du VIH est très élevée parmi les femmes en rupture d'union (2,0 %) et les célibataires ayant déjà eu des rapports sexuels (2,2 %). Une proportion encore importante de femmes et d'hommes séropositifs (respectivement 81 % et 90 %) n'ont jamais effectué de test du VIH ou en ont effectué un, mais n'en connaissent pas le résultat <sup>13</sup>.

➤ ***Les maladies à éradiquer***

○ ***La dracunculose***

Sa prévalence en 2001 était de 718 cas pour 120 villages endémiques<sup>14</sup> ; en 2011 le Mali a enregistré des cas dans 5 régions : Kidal (5 cas), Mopti (1 cas) Ségou (3 cas) Gao (1 cas) Tombouctou (2 cas), au total 12 cas de ver de Guinée en 2011 contre 57 en 2010 soit un de réduction du nombre de cas de 79%<sup>15</sup>. Six villages ont notifié des cas de ver de Guinée contre 22 en 2010, le taux de réduction du nombre de villages est 73%. Cinq cas sur les 12 notifiés ont été isolés soit un taux d'isolement de 42%, le taux d'isolement était 79%<sup>15</sup>. Les efforts doivent être soutenus dans la mobilisation sociale avec un accent particulier sur la CCC<sup>14</sup>.

○ ***La poliomyélite***

L'organisation des JNV de qualité, le renforcement du PEV de routine et de la surveillance ont permis de stopper la circulation du poliovirus sauvage de 2005 à nos jours<sup>14</sup>. 210 cas de PFLA ont été notifiés par les régions en 2011 sur 150 cas attendus<sup>7</sup>. Les prélèvements de selles des cas de PFLA (210) examinés au laboratoire de référence (Institut Pasteur d'Abidjan) du 1<sup>er</sup> au 31 décembre 2011 font état de sept cas de polio virus sauvage au stéréotype W3 dans le district de Sikasso (1 cas), Bougouni (1 cas), Mopti (2 cas), Douentza (1 cas), Badiangara (1 cas), Tombouctou (1 cas) ; 202 négatifs et un en attente. Tous les sept cas positifs ont été importés<sup>7</sup>.

➤ ***Les maladies à éliminer***

○ ***Le tétanos***

La mise en oeuvre d'une campagne correctrice (renforcement de l'immunité antitétanique chez les femmes en âge de procréer) est en cours dans le cadre de l'élimination du tétanos maternel et néonatal<sup>14</sup>. En 2011, 59 cas ont été enregistrés dont 45 hommes et 14 femmes. 11 cas de tétanos néonatal dont deux décès ont été enregistrés au cours de l'année 2011 (soit une létalité de 18,18%) contre 17 cas dont 14 décès (létalité : 82,35%) en 2010<sup>7</sup>.

○ ***La lèpre***

Les actions mises en oeuvre ont permis d'atteindre le seuil d'élimination de la lèpre (moins d'un cas pour 10000 habitants) dans 85 districts sanitaires depuis 2001<sup>14</sup>. Cependant en 2014 seul Kenieba n'a pas atteint ce seuil (1,2 /10000 habitants) cela est dû à l'enclavement de la localité d'où l'accès difficile aux soins de santé<sup>7</sup>. 259 nouveaux cas ont été détectés pour tout le pays, il y'a peu d'enfants et d'infirmité de degré 2.

La condition sociale défavorable joue un rôle important dans la survenue de la maladie. Le traitement fait appel à la polychimiothérapie (Rifampicine) <sup>7</sup>.

○ *Le trachome et autre maladie récurrents*

**Trachome 2012**

-Traitement de masse des districts ayant une prévalence supérieure à 10% : Bafoulabé, Koulikoro, Tominian. 565179 personnes traitées à l'Azitromicine et à la pommade tétracycline 1%<sup>7</sup> ;

-Campagne de Chirurgie gratuite du Trichiasis : 9068 personnes opérées sur financement du Centre Carter, Sigh Tsavers, HKI ;

- IEC Trachome par la diffusion de messages de 100 radios de proximité sur financement de HKI et décentre Carter<sup>7</sup> ;

-Construction de 601 latrines à Dalles Cenpla dans les districts de Baboulabé, Koulikoro et Tominian ;

-Et réalisation d'enquêtes sites sentinelles dans les districts ayant atteint le seuil d'élimination de trachome où la prévalence du trachome est inférieure à 5%<sup>7</sup>.

**Cataracte en 2012**

- 2048 personnes opérées par l'équipe mobile du PNLC

-1659 personnel opérées de la cataracte en campagne gratuite de chirurgie.

-Multiplication des points de chirurgie de la cataracte afin de rapprocher les services des utilisateurs<sup>7</sup>.

**Glaucome en 2012**

Campagne d'information et de sensibilisation sur le glaucome dans le cadre de la journée mondiale de la vue<sup>7</sup>.

## **Vice de réfraction en 2012**

- Organisation journées vice de réfraction avec prescription et don de verres correcteurs ;
- Mise en route de magasins d'optique dans les régions de Tombouctou et Koulikoro ;
- Infrastructures : création de six (6) Centres Secondaires d'Ophtalmologie(CSO) dirigés par des médecins : Koutiala, Bougouni, San, Ouelessebougou et Nara<sup>7</sup>.

### ➤ *Les maladies posant problème de santé publique*

#### ○ *Le Paludisme*

Au Mali, selon l'annuaire des statistiques sanitaires 2012 publié par le Ministère de la Santé, le paludisme demeure l'endémie majeure et la première cause de morbidité et de mortalité dans les groupes les plus vulnérables, à savoir les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. Malgré les progrès accomplis dans le domaine de la prévention et du traitement, les statistiques sanitaires nationales révèlent que le paludisme se situe toujours au 1<sup>er</sup> rang des affections et représente 42 % des motifs de recours aux soins dans les formations sanitaires dans la population générale. En 2012, on a enregistré dans les établissements de santé 2 111 434 cas de paludisme (1 465 046 de cas simples et 646 388 de cas graves) avec 1833 décès, soit un taux de létalité de 0,87 ‰ (SG/ministère de la Santé, 2013). Le paludisme constitue donc un problème majeur de santé publique au Mali. En plus des pertes en vies humaines, le paludisme coûte cher en dépenses de santé publique. Enfin, le paludisme constitue un facteur d'aggravation de la pauvreté, une cause d'inégalité et un frein au développement<sup>13</sup>.

Dans le domaine de la prévention, si la disponibilité en moustiquaires imprégnées d'insecticide au niveau des ménages s'est améliorée (84,4% selon EDSM V), son utilisation n'est que de 69,9% chez les enfants de moins de 5 ans et 75% chez les femmes enceintes<sup>13</sup>.



## **Organisation de la lutte contre le paludisme au Mali**

La stratégie nationale de lutte contre le paludisme au Mali est multisectorielle avec l'implication des communautés, de la Société Civile, du Secteur privé et des Partenaires au développement. Le paludisme est endémique au Mali avec une intense transmission au cours de la saison pluvieuse dont la durée est variable en fonction des zones écoclimatiques. Mais des poussées épidémiques sont souvent constatées dans certaines localités de la zone subsaharienne <sup>16</sup>.

Au Mali, il y a une extrême variabilité de la situation épidémiologique en fonction des faciès géo climatiques. La lutte antipaludique au Mali s'inspire fortement de l'initiative « faire reculer le paludisme », du Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté et des Objectifs du Millénaire pour le Développement <sup>16</sup>.

La vision : la politique de lutte contre le paludisme vise un «Mali sans paludisme » <sup>16</sup>.

### **Directives nationales**

Les diagnostics de paludisme reposent sur la confirmation des cas par la microscopie ou les Tests de Diagnostic rapide (TDR) avant le traitement <sup>16</sup>.

Le traitement du paludisme simple se fait par les CTA : Artéméther luméfantrine ou Artésunate-Amodiaquine (AS-AQ) est retenu pour le traitement du paludisme simple <sup>16</sup>.

Le traitement de paludisme simple chez la femme enceinte avec la quinine en comprimés au cours du premier trimestre et Artéméther luméfantrine à partir du deuxième trimestre.

Les médicaments lors du traitement du prétransfert sont : l'artéméther injectable, Artésunate suppositoire (l'artésunate suppositoire sera utilisé par les agents de santé communautaire) et la quinine injectable <sup>16</sup>.

Pour le traitement de paludisme grave et compliqué, la quinine, l'artésunate et l'artéméther injectable sont retenus. Ces cas seront pris en charge, après confirmation, par le personnel de santé au niveau d'une structure de santé appropriée. Le traitement de paludisme grave et compliqué chez la femme enceinte doit être fait avec la quinine injectable au cours du premier trimestre et artéméther ou artésunate ou la quinine injectable à partir du deuxième trimestre. La préférence doit être donnée à l'artésunate injectable si disponible <sup>16</sup>.

Les CTA et TDR sont disponibles dans presque toutes les structures sanitaires. Par contre, les moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée, pour la distribution gratuite pendant les CPNR recentrées et pendant la vaccination, n'étaient pas disponibles partout, bien que le taux d'utilisation des moustiquaires soit élevé aux distributions de masse de la campagne précédente.

La prise en charge de paludisme simple est satisfaisante, mais celle de paludisme grave s'est améliorée<sup>16</sup>.

La directive nationale demande la confirmation biologique de tous les cas de paludisme, mais cela n'est pas suivi systématiquement ; le taux de confirmation est pratiquement bas pour les cas suspects surtout pour les femmes enceintes. Par contre, la réalisation des tests effectués a été bien exécutée<sup>16</sup>.

La couverture en TPI reste basse à cause de la faible fréquentation des formations sanitaires ; les premières visites en CPNR sont tardives, la SPI n'était pas disponible partout et la valeur ajoutée de la CPNR n'étant pas toujours bien perçue par les prestataires et les femmes enceintes<sup>16</sup>.

La mise à l'échelle des interventions de contrôle du paludisme est confrontée à d'autres difficultés et contraintes, notamment l'insuffisance de ressources humaines qualifiées, la non-disponibilité des CTA malgré le changement de politique thérapeutique, les ruptures de stock de SP et de MII, la faible implication des structures privées dans la promotion des stratégies de prévention, notamment l'acquisition en MII et l'utilisation du TPI pendant la grossesse.

○ *Les maladies tropicales négligées*

▪ **Onchocercose**

35 Villages ont été suivis dans les bassins de Falémé du Sankarani Bagoé. 5493/7753 personnes ont été examinées dans l'ensemble des bassins<sup>7</sup>.

Les prévalences et les charges microfilariennes obtenues varient respectivement de 0 à 0,06 et de 0,243 au niveau des communautés visitées. Surveillance entomologique : 81340 simules ont été capturées sur 5 points, dont 4 sur la Falémé, 1 sur le Sankarani. 71022 simules ont été examinées au laboratoire de biologie monoculaire du centre de surveillance pourrie pathologique de Ouagadougou. Les taux d'infection obtenus sont nuls sur tous les points de capture. (Le seuil admis est d'un taux <0,5 pour 1000 simules<sup>7</sup>).

Traitement des communautés à l'ivermectine : 4 241 villages ont été traités par l'ivermectine dans le cadre de la mise en œuvre des activités de lutte contre les MTN.3407300/4167000 personnes ont été traitées avec un taux de couverture thérapeutique 81,7%<sup>7</sup>.

▪ **Filariose lymphatique :**

En 2008 avant la mise en route des premiers tours de traitement de masse, les sites sentinelles avaient une prévalence moyenne de 1,5%<sup>17</sup>.

**En 2011** la population traitée a été de 11948872/14941148 personnes avec un taux de couverture thérapeutique de 80%. Dans l'ensemble 15 113 villages et hameaux de culture /15 294 ont été traités soit un taux de couverture géographique de 99%<sup>7</sup>. Les résultats obtenus sont satisfaisants, car le taux de couverture de 80% visé par le programme filariose est globalement atteint.

Deux districts (Yanfolila et Bougouni) sur les 60 districts endémiques sont proposés pour un arrêt de traitement grâce au résultat (microfilarémie inférieure à 1% , seuil recommandé par l'OMS)<sup>7</sup>.

Dans le cadre du traitement des maladies tropicales négligées, des complications liées à la filariose lymphatique ont été recensées dans les régions de Sikasso, Kayes, Koulikoro, Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao, Kidal, Bamako : 999 cas d'hydrocèle et 557 cas d'éléphantiasis soit un total 1 556 cas. L'identification et la prise en charge des hydrocèles demeurent insuffisantes. Cette situation constitue un obstacle à l'atteinte des objectifs ambitieux d'élimination de cette maladie au Mali<sup>7</sup>.

En 2014, après cinq séances de TDM, la prévalence de la microfilarémie à *W. bancrofti*, dans les six districts sanitaires de Bamako était nulle aussi bien dans les sites sentinelles que dans les sites de contrôle évalués <sup>17</sup>.

#### ▪ **Schistosomiase**

L'administration des médicaments a été assurée par les relais communautaires qui ont été formés au déparasita, sous supervision des autorités locales et régionales de la santé. La supervision d'appui du niveau national a été assurée par les programmes en charge des MTN et le Groupe Pivot Santé Population. Les cibles du traitement étaient composées essentiellement des enfants âgés de 5 à 15 ans, scolarisés non scolarisés vivant dans les villages d'endémie bilharziennes et les groupes sociaux professionnels à risque <sup>7</sup>.

L'IEC qui a porté sur les précautions à prendre par les cibles avant et après la prise des médicaments a accompagné tout le processus. En 2011, hormis Tombouctou, toutes les régions ont dépassé le seuil de 80% du taux de couverture au traitement (recommandé par le plan stratégique) au praziquantel chez les enfants en âge scolaire. La couverture thérapeutique varie d'une année à l'autre. En 2011, le taux obtenu était de 92,85%, en 2009 il était de 83,13% <sup>7</sup>.

#### ▪ **La tuberculose**

Au Mali la détection de la tuberculose est surtout importante chez l'adulte, les personnes les plus touchées se situent entre 15 et 44 ans (68% de l'ensemble des personnes touchées) avec un pic dans la tranche d'âge 25 – 34 ans. La tranche d'âge 0 – 14 ans sont très faiblement dépistés avec 2% des cas TPN \*nc. Ceci pourrait s'expliquer par la difficulté de diagnostic de la tuberculose pulmonaire à microscopie positive chez les enfants qui crachent difficilement <sup>15</sup>. La proportion de la tuberculose à frottis positif des femmes 35% soit 1 246 cas et celle des hommes 67% soit 2 531 cas <sup>15</sup>.

La proportion des nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à frottis positif est de 68% en 2011 contre 67% en 2010 avec respectivement 3777 cas et 3562 cas <sup>15</sup>. 318 cas en retraitement (rechute, échec, reprise...) soit 6% en 2011 contre 345(7%) en 2010. 491 nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à frottis négatif correspondant à 9% du total contre 478(9%) en 2010. 983 cas de tuberculose extra pulmonaire soit 18% de l'ensemble des cas de 2011 contre 17% des cas en 2010. Au total 5 573 cas de tuberculose toutes formes confondues ont été notifiés au Mali en 2011 contre 5 299 cas en 2010 <sup>15</sup>.

➤ *Les maladies non transmissibles*

○ *La drépanocytose*

La prévalence de la maladie est mal connue au Mali, car aucune étude épidémiologique représentative de la population n'a été conduite. Les travaux épidémiologiques les plus significatifs conduits entre 1973-1985 situent la fréquence du trait drépanocytaire entre 4 et 17% pour les enquêtes de masse, 10 et 13,5% pour les études hospitalières.

En l'absence de prise en charge adéquate, le taux de mortalité est de 50% avant l'âge de 5 ans. La drépanocytose a été reconnue comme une priorité de santé publique par l'Union africaine en 2005, et par l'OMS en 2006.

Un centre de recherche et de lutte contre la drépanocytose a été créé aux fins de développer des actions appropriées et contribuer à améliorer la qualité de la prise en charge des malades.

○ *Le diabète*

Le diabète est une maladie chronique qui apparaît lorsque le pancréas ne produit pas suffisamment d'insuline ou que l'organisme n'utilise pas correctement l'insuline qu'il produit. L'insuline est une hormone qui régule la concentration de sucre dans le sang. L'hyperglycémie, ou concentration sanguine élevée de sucre, est un effet fréquent du diabète non contrôlé qui conduit avec le temps à des atteintes graves de nombreux systèmes organiques et plus particulièrement des nerfs et des vaisseaux sanguins<sup>18</sup>.

En 2014, 9% de la population adulte (18 ans et plus) était diabétique. En 2012, le diabète a été la cause directe de 1,5 million de décès. Plus de 80% des décès par diabète se produisent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire<sup>18</sup>.

○ *L'hypertension artérielle*

L'hypertension artérielle est un problème très commun chez les adultes dans la région, qui rend plus forte prévalence dans le monde de l'hypertension (38,1% chez les hommes, 35,5% chez les femmes) avec des pays faisant état de taux de prévalence 50% ou plus. La prévalence de l'hypertension a augmenté de façon significative au cours des deux ou trois dernières décennies<sup>19</sup>.

Il y avait environ 80 millions d'adultes souffrant d'hypertension en Afrique subsaharienne en 2000 et des projections fondées sur les données épidémiologiques actuelles suggèrent que ce chiffre passera à 150 millions en 2025. En outre, il existe des preuves indiquant que les complications de l'hypertension, en particulier AVC ou une insuffisance cardiaque, sont de plus en plus courante en Afrique subsaharienne<sup>19</sup>. Au Mali en 2011 on a enregistré 122897 cas d'HTA<sup>7</sup>.

Des apports élevés de sel sont fréquents dans la région, généralement parce que le sel est utilisé pour conserver les aliments, mais aussi parce qu'il est ajouté pour rendre les aliments plus savoureux. Le sel est également ajouté à la nourriture déjà préparée par le consommateur. Des études ont montré que la diminution de la consommation de sel non seulement réduit la pression artérielle et le risque lié aux maladies cardiovasculaires, mais a d'autres effets bénéfiques cardiovasculaires<sup>19</sup>.

○ *Le cancer*

Le cancer du col de l'utérus est causé par le papillomavirus humain (VPH), transmis par voie sexuelle, qui constitue l'infection virale la plus courante des voies génitales. Ce type de cancer touche les groupes d'âge les plus jeunes pratiquant une activité sexuelle précoce, et résulte de la multiplicité des partenaires sexuels et de l'exposition à d'autres infections sexuellement transmises telles que le VIH<sup>20</sup>.

Il existe plus de 100 types de VPH, dont au moins 13 sont cancérogènes. Deux types de VPH sont à l'origine de 70 % de tous les cas de cancer du col utérin. Les hommes et les femmes les plus sexuellement actives seront infectés par le VPH à un moment donné de leur vie – et certains pourraient même l'être plus d'une fois<sup>20</sup>.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) estime que les infections par le VPH causent environ 68 000 cas de cancer du col de l'utérus chaque année en Afrique. Toutefois, ces chiffres constituent très probablement une estimation prudente, compte tenu des problèmes qui se posent au niveau des systèmes d'information sanitaire et des registres des cancers dans la Région<sup>20</sup>.

Le cancer du col de l'utérus est une maladie évitable. Pourtant, il constitue la cause de cancer la plus fréquente dans la Région africaine, où il représente 22 % de tous les cancers féminins et 12 % de l'ensemble des cancers nouvellement diagnostiqués chez les hommes et les femmes, chaque année. En Afrique, 34 femmes sur 100 000 sont diagnostiquées d'un cancer du col de l'utérus, et 23 femmes sur 100 000 en meurent chaque année<sup>20</sup>.

En comparaison, 7 femmes sur 100 000 sont touchées par le cancer du col de l'utérus en Amérique du Nord, et seulement 3 femmes sur 100 000 en meurent, chaque année. En Afrique, la majorité des femmes sont diagnostiquées à un stade avancé du cancer, ce qui explique les mauvais résultats enregistrés<sup>20</sup>.

La maladie atteint les femmes à partir de 30 ans ; le diagnostic est fait dans environ 90% des cas à des stades très avancés. Le cancer du col de l'utérus est aujourd'hui un problème de santé publique en Afrique au sud du Sahara et mérite en conséquence une attention particulière<sup>21</sup>.

Il est possible de prévenir environ un tiers de tous les cancers. Ceci souligne l'importance de prendre les mesures législatives et réglementaires nécessaires, et la nécessité de mettre en œuvre les interventions de promotion de la santé qui prônent la vaccination contre le papillomavirus humain, un accès accru à l'exercice physique et à une alimentation saine, ainsi que la lutte contre le tabagisme et l'usage nocif de l'alcool<sup>20</sup>.

Le cancer du col de l'utérus est une maladie évitable qui touche un nombre trop élevé de femmes dans la Région africaine. Il faut de toute urgence intégrer les programmes de lutte anticancéreuse dans les services de soins de santé sexuelle et génésique primaires, renforcer la collaboration multisectorielle et améliorer la sensibilisation à la santé publique afin de faire face à cette maladie dévastatrice», a indiqué le Dr Matshidiso Moeti, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique<sup>20</sup>.

Les stratégies visant à lutter contre le cancer du col de l'utérus et à garantir le traitement de toutes les personnes touchées doivent s'attaquer aux inégalités en matière de santé qui découlent des conditions sociétales dans lesquelles les femmes naissent, grandissent, vivent et travaillent afin d'éliminer les obstacles au développement des enfants, à l'éducation, à l'emploi, au logement et à l'environnement. Ces stratégies doivent aussi aborder les facteurs culturels et socioéconomiques qui affectent négativement le dépistage, la détection précoce et les soins du cancer<sup>20</sup>.

En vue de réduire la charge due au cancer du col de l'utérus dans la Région africaine, l'OMS continuera à fournir aux ministères de la Santé un appui pour mettre en œuvre les interventions prioritaires de prévention et contrôle du cancer, dans tout le continuum des services de prévention, de dépistage précoce, de diagnostic, de traitement et de soins palliatifs<sup>20</sup>.

➤ *Maladies émergentes*

○ *Les troubles mentaux*

La santé importe au temps que la santé physique pour le bien-être général des individus des sociétés et des pays. Or, seuls une petite minorité des 450 millions de personnes qui souffrent de troubles mentaux ou de comportement se fait soigner. Les progrès des neurosciences et de la médecine du comportement montrent qu'à l'instar de nombreuses maladies physiques, les troubles mentaux et du comportement sont le résultat d'une interaction complexe de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. S'il reste encore beaucoup à apprendre à leur sujet, nous avons déjà les connaissances et les moyens nécessaires pour réduire l'impacte des troubles mentaux et de comportement dans le monde <sup>22</sup>.

Les troubles mentaux sont divers et complexes et constituent une cause majeure d'incapacité. Cependant, aucune enquête nationale de prévalence n'a été réalisée. La pauvreté, les conflits et catastrophes sont, entre autres, des facteurs déterminants dans leur survenue. La réalisation d'une enquête épidémiologique permettra d'entreprendre des actions de promotion de la santé mentale pour les groupes à risque<sup>23</sup>.

○ *La grippe aviaire*

L'apparition, entre 2003 et 2005, de l'influenza aviaire hautement pathogène (IAHP) en Asie du Sud-est et en Europe et très récemment en 2006 en Afrique, constitue une préoccupation majeure dans le domaine de la santé animale et de la santé humaine, avec des répercussions économiques sur la sécurité alimentaire. Le virus de la grippe aviaire, lorsque la souche est hautement pathogène, peut se transmettre exceptionnellement à l'homme, comme cela a été observé pour le virus influenza A/H5N1, lors de contacts fréquents et intensifs avec des sécrétions respiratoires ou des déjections d'animaux infectés.

Le risque d'introduction et de propagation de cette maladie au Mali est réel, en raison de l'importance des échanges commerciaux en général et particulièrement de volailles et de 22 produits avicoles entre le Mali et certains pays voisins où la présence du virus a été signalée d'une part, et l'existence des sites d'accueil d'oiseaux migrateurs dans le delta central du fleuve Niger et le bassin du fleuve Sénégal, d'autre part.



Le dispositif de surveillance de la grippe chez l'animal et chez l'homme repose respectivement sur la mise en oeuvre du plan de contingence pour la prévention et la lutte contre la grippe aviaire au Mali, et le plan stratégique sectoriel de prévention et de lutte contre la grippe humaine d'origine aviaire<sup>24</sup>.

○ *Les Fistules obstétricales*

La fistule obstétricale est la constitution d'une communication anormale entre la vessie et le vagin ou la vessie et le rectum<sup>13,25</sup> qui selon les Nations-Unies touche plus de 2 millions de jeunes femmes dans le monde (OMS, mars 2010), en particulier dans les pays où la disponibilité et l'utilisation des services de santé maternelle et reproductive restent limitées. Causée par un accouchement prolongé, une grossesse précoce, la fistule obstétricale a, entre autres, pour conséquences, l'incontinence urinaire chronique. À la douleur physique, s'ajoutent l'humiliation et ses conséquences sociales tragiques. Les femmes sont rejetées par leur famille et par leur mari/partenaire<sup>13</sup>.

Les moyens pour prévenir ce problème existe : le report de l'âge au premier mariage et de l'âge à la première grossesse, l'élargissement de l'accès aux services de Planification familiale, aux soins prénatals et aux Soins obstétricaux d'Urgence comptent parmi les moyens les plus importants et s'inscrivent dans une stratégie plus large de maternité à moindre risque<sup>13</sup>.

Aussi, la proportion de femmes qui souffrent de cette maladie ou qui en ont souffert dans le passé est-elle extrêmement faible (0,6 %), et cela quelle que soit la caractéristique sociodémographique<sup>13</sup>.

Il en ressort que, selon les déclarations des femmes, l'accouchement (25 %) est l'évènement à la suite duquel les fistules surviennent le plus fréquemment, suivi d'une opération du pelvis (14 %) et d'agressions sexuelles (11 %). Enfin, seulement 30 % des femmes qui ont souffert de fistule obstétricale ont recherché un traitement<sup>13</sup>.

○ *Aperçu général sur les fièvres hémorragiques virales*

Les fièvres hémorragiques virales (FHV) qui sévissent en Afrique sont : la fièvre de Lassa, la fièvre de la vallée du Rift, la maladie de Marburg, la fièvre hémorragique à virus Ebola, la fièvre hémorragique de Crimée-Congo et la fièvre jaune. L'homme peut contracter la maladie due à un virus des FHV par l'intermédiaire de rongeurs ou d'insectes (pour la maladie de Marburg et la fièvre hémorragique à virus Ebola, le réservoir naturel n'est pas connu). La transmission de personne à personne du virus des fièvres hémorragiques de Lassa, Ebola, Marburg et Crimée-Congo peut se faire par contact avec du matériel contaminé<sup>26</sup>.

Au cours de l'évolution d'une fièvre hémorragique virale, les vaisseaux sanguins et de nombreux organes sont atteints. Les fièvres hémorragiques virales sont souvent accompagnées de saignements et le virus est largement disséminé dans l'organisme. Le sang, l'urine, les vomissements, les selles, le pus, le sperme et la salive des malades atteints de fièvre hémorragique virale sont infectieux, d'où un risque important pour les membres du personnel de santé et pour la communauté<sup>26-28</sup>.

Le risque de transmission des fièvres hémorragiques virales parmi les membres du personnel de santé et de laboratoire a été amplement démontré. Au cours de l'épidémie de fièvre hémorragique à virus Ebola en 1995 à Kikwit, République Démocratique du Congo (à l'époque Zaïre), les personnes atteintes comptaient, pour un quart, des membres du personnel de santé qui avaient récemment soigné des malades. Une fois instaurés le port de vêtements protecteurs et la mise en pratique des soins protégés, le risque de contamination a nettement diminué. Aucun nouveau cas n'a été observé parmi le personnel de santé ayant appliqué ces pratiques<sup>26</sup>.

### ➤ **Fièvre jaune**

La fièvre jaune est une maladie hémorragique virale aiguë transmise par des moustiques aedes infectés. Le terme «jaune» fait référence à la jaunisse présentée par certains patients.

Près de 50% des personnes gravement atteintes de fièvre jaune qui ne sont pas traitées vont en mourir.

On estime chaque année à 130 000 le nombre de cas de fièvre jaune et à 44 000 le nombre de décès dus à cette maladie dans les pays d'Afrique endémiques, où surviennent 90% des cas.

Le virus amaril est endémique dans les zones tropicales d'Afrique et d'Amérique latine, totalisant une population de plus de 900 millions d'habitants.

Le nombre de cas de fièvre jaune a progressé ces deux dernières décennies en raison de la diminution de l'immunité de la population vis-à-vis de cette infection, de la déforestation, de l'urbanisation, des mouvements de population et du changement climatique.

Il n'y a pas de traitement spécifique de la fièvre jaune. Le traitement en est symptomatique et vise à réduire les symptômes pour le confort du patient.

La vaccination est la principale mesure préventive contre la fièvre jaune. Le vaccin est sûr, d'un prix abordable et très efficace, une seule dose suffit à conférer une immunité durable et une protection à vie contre la maladie, et aucune dose de rappel n'est nécessaire. Il donne en 30 jours une protection immunitaire efficace à 99% des sujets vaccinés.

### ➤ **Rougeole**

«Des progrès insuffisants dans l'augmentation de la couverture par la vaccination anti-rougeoleuse se sont traduits par des flambées de grande ampleur de cette maladie très contagieuse, et le cap mis sur les objectifs d'élimination pour 2015 a été perdu», déclare le Dr Peter Strebel du Département Vaccination, vaccins et produits biologiques de l'OMS<sup>29</sup>.

Les États membres des six Régions de l'OMS se sont fixé des objectifs en vue de l'élimination de la rougeole. Atteindre ces objectifs à temps est l'un des six buts du Plan d'action mondial pour les vaccins, adopté par l'ensemble des États membres lors de l'Assemblée mondiale de la Santé en 2012. Bien qu'il s'agisse d'une maladie évitable par la vaccination, la rougeole reste une cause de décès et d'incapacité majeure chez les enfants du monde entier<sup>29</sup>.

Dans les pays en développement, vacciner un enfant contre la maladie coûte environ un dollar, ce qui fait du vaccin antirougeoleux l'un des produits de santé publique les plus rentables. Au cours de 2013, 205 millions d'enfants ont été vaccinés contre la rougeole grâce à des campagnes de grande envergure menées dans 34 pays, dont Cap-Vert, le Cambodge, le Ghana, la Jordanie, le Sénégal et le Soudan<sup>29</sup>.

Toutefois, alors que, selon les estimations, la couverture par la première dose de vaccin antirougeoleux a augmenté à l'échelle mondiale pour atteindre 83% en 2009, elle est restée stable depuis, s'établissant toujours entre 83-84% en 2013<sup>29</sup>.

Plus de 60% des 21,5 millions d'enfants qui, l'an dernier, à l'âge de 9 mois, n'étaient pas vaccinés contre la rougeole venaient de six pays:

- Inde (6,4 millions)
- Nigeria (2,7 millions)
- Pakistan (1.7 million)
- Éthiopie (1,1 million)
- Indonésie (0,7 million)
- République démocratique du Congo (0.7 million)

Les enfants qui ne sont pas vaccinés contre la rougeole sont exposés au risque de graves complications de la maladie telles que pneumonie, diarrhée, encéphalite et cécité. La vaste majorité des décès dus à la rougeole surviennent dans les pays en développement et, en 2013, on estime que plus de 70% des décès par rougeole dans le monde ont eu lieu dans les six pays ci-dessus<sup>29</sup>.

### **3. MÉTHODOLOGIE**

#### **3.1. Lieu d'étude :**

Notre étude s'est déroulée dans le Centre de Santé communautaire des logements sociaux de Yirimadio dans la Commune VI du District de Bamako.

##### **3.1.1. Présentation de la commune VI :**

Comme toutes les autres communes du District de Bamako, la Commune VI est l'aboutissement d'un long processus historique dans le domaine de l'organisation administrative héritée de la période coloniale. Créée par l'ordonnance n° 78-82/CMLN du 18 août 1978, la Commune VI est limitée :

- à l'est par le Cercle de Kati ;
- au nord par le fleuve Niger ;
- à l'ouest par la Commune V ;
- au sud par le Cercle de Kati.

Elle couvre une superficie de 8882 hectares et comporte dix (10) quartiers, à savoir : Banankabougou, Dianeguella, Faladié, Magnambougou, Missabougou, Niamakoro, Senou, Sogoniko, Sokorodji et Yirimadio. Lesdits quartiers sont équipés de onze (11) Associations de Santé communautaire (ASACO) que sont :

1. ASACOBABA (Banankabougou) ;
2. ASACOSODIA (Sokorodji-Dianeguella).
3. ASACOFA(Faladié) ;
4. ASACOMA (Magnambougou) ;
5. ASACOMIS(Missabougou) ;
6. ASACONIA (Niamakoro) ;
7. ANIASCO (Niamakoro) ;
8. ASACOSE(Sénou) ;
9. ASACOSO(Sogoniko) ;
10. ASACUYIR (Yirimadio) ;
11. ASOCOCY( CitéYirimadio).



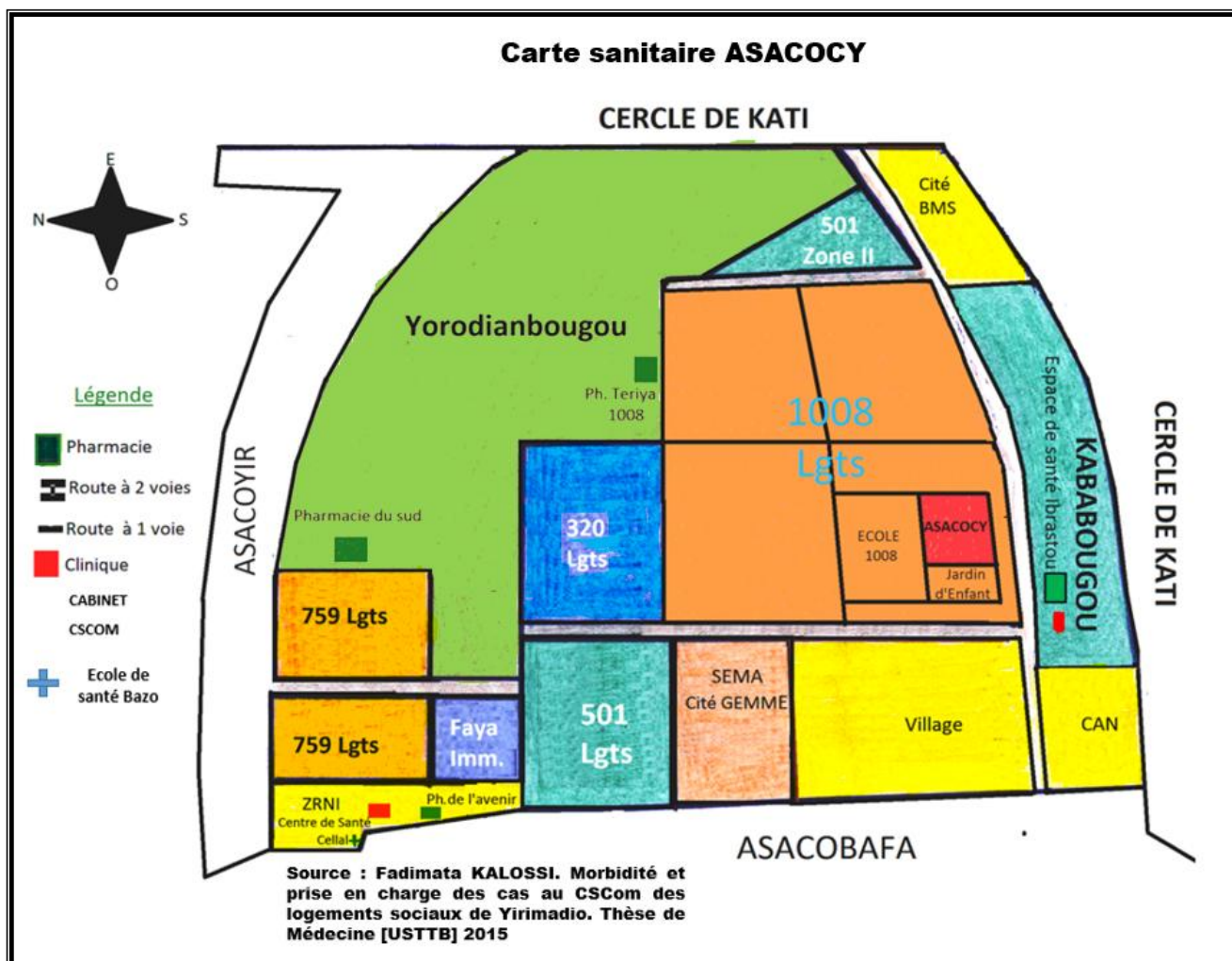


Figure 2 : Carte sanitaire association de santé communautaire des cités de Yirimadio

### **3.1.2. Présentation de Yirimadio :**

Le quartier de Yirimadio est situé à l'extrémité est de la commune VI du District de Bamako, il est l'un des 10 quartiers de cette commune.

#### **3.2.1.1. Historique :**

Il ressort des résultats du diagnostic participatif, que l'occupation de la zone remonterait à la fin du XIXe siècle. En effet, le quartier de Sénou qui est considéré comme le plus vieil établissement humain de la commune a été créé en 1887 par des Bambaras venus de la région de Ségou. Leur départ de cette région serait lié aux nombreuses guerres tribales qui minaient la zone. Le quartier de Yirimadio, qui est le second quartier de la commune a été également fondé par des Bambaras venus de Ségou, tandis que Magnambougou, fondé en 1925, est le quartier le plus récent de la commune<sup>31</sup>.

Au fil de l'évolution de l'histoire, le processus d'implantation des populations s'est poursuivi à la faveur de la disponibilité des terres, de la proximité du fleuve et de la position de la commune par rapport au centre-ville. Aujourd'hui, la Commune VI renferme une population cosmopolite, composée des différentes ethnies présentes au Mali, mais aussi issues des pays limitrophes.

Dans l'histoire, Yirimadio existe depuis le temps de Maridié Niaré (chef de village de Bamako), les fondateurs sont venus de Mouroudhja dans le cercle de Nara : ce sont les DIARRA du Village. Il y a trois (3) familles qui composent Yirimadio, la chefferie est tenue par les DIARRA après se fut la cohabitation avec les TRAORE puis les COULIBALY.

De sa création à nos jours une dizaine de chefs de village se sont succédé dont le premier fut : Dagnan DIARRA, après lui Dosson DIARRA, Samory DIARRA, Namissa DIARRA, Saado DIARRA, Siriman DIARRA, Noumery DIARRA décédé en mai 1986, Négouéssé DIARRA a fait 9 mois et est décédé en décembre 1986, Lassana Dotié DIARRA de 1987 à 2006 et Youba DIARRA depuis 2006 dirige actuellement le village de Yirimadio<sup>31</sup>.



### **3.2.1.2. Situation géographique :**

Avec une superficie de 350 hectares (anciens tissus) Yirimadio est limitée :

- ✓ à l'est par le village de Niamana,
- ✓ au nord par Missabougou,
- ✓ au sud par le village de Sirakoro Méguetana,
- ✓ À l'ouest par Banankabougou Faladié.

### **3.2.1.3. Relief, hydrographie et climat**

Yirimadio est situé dans une cuvette entourée par un chaînon de colline : au Nord Koulouba ; au Sud Douba zoulou ; à l'Ouest Fama koulouni et à l'Est Niama zoulou.

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

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

### **3.2.1.4. Caractéristique démographique :**

La population de Yirimadio est de 7009 habitante (recensement 1998) et estimée à 17418 habitants en 2008 (soit une augmentation 10409 habitants), et est composée de plusieurs ethnies (Bambara, Peulhs, Sonrhaï, Dogon, Sarakolé, Senoufo, Mianka, Bobo) qui sont réparties entre 1268 ménages (DNSI 1998).

La population des cités de Yirimadio est de 17000 Hbt.

### **3.2.1.5. Activités économiques, religion et éducation**

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

**Religion :** Les religions pratiquées sont : l'Islam (avec 15 Mosquées) le Christianisme (2 Églises protestante et catholique) et l'Animisme.

**Éducation :** Yirimadio abrite plusieurs établissements d'enseignement primaire, secondaire, professionnel et l'INJS (Institut National de Jeunesse et de Sport) au Stade du 26 mars.

**GIE :** Il y a deux groupements d'intérêt économique Faso Dambé et Sininyèsigui<sup>31</sup>.

### **3.2.1.6. Infrastructures sanitaires :**

Il y a deux CSCom : CSCom d'ASACOYIR et CSCom d'ASACOCY, et des structures médicales privées : Cabinet médical DILY ; BALANCONI ; LE BONHEUR ; HACHIM ; Kènèya ; Waati ; CLINIQUE MAYA et des tradithérapeutes.

#### **➤ Présentation du CSCom des logements sociaux :**

Le Centre de Santé communautaire de la cité des 1008 Logements de Yirimadio a ouvert ses portes en 2006. Il est l'un des 11 centres de santé communautaires de la commune VI. Sa position géographique dans le quartier rend son accès difficile à certains habitants de l'aire de santé. Il est situé à proximité de l'école, du poste de police et du terrain de football du quartier.

Il offre le paquet minimum d'activité (PMA) à savoir :

- les consultations médicales.
- Les soins infirmiers.
- La vaccination.
- CPN
- Les accouchements.
- CPON, PF,
- SPE
- L'IEC.
- Les examens de laboratoire

Le CSCOM comprend 1 bâtiment principal et 2 annexes:

le premier servant de logement pour le gardien, le second de toilettes.

Un espace aménagé pour la prière, 2 châteaux d'eau, 2 hangars : le premier sert pour la vaccination et la gestion des problèmes de nutrition, le deuxième sert de salle d'attente pour la consultation médicale, le laboratoire, les soins infirmiers, la maternité, les accompagnantes des malades en repos ; et aussi d'accueil, d'orientation des malades et la vente des tickets de consultation d'analyse de laboratoire, d'échographie.

#### **Le bâtiment principal comprend :**

- *Le dépôt de médicaments :*

Il occupe une salle avec des étagères où sont exposés les différents médicaments. Dans la pharmacie on ne trouve que des médicaments en DCI.

Le gérant de la pharmacie s'occupe de tous les problèmes matériels et financiers du CSCom.

- *Le magasin pour les stocks et le matériel de travail.*
- *Le Laboratoire:*

Le laboratoire occupe une salle aménagée à cet effet. Dans ce laboratoire, effectue beaucoup d'examen complémentaires de base : la goutte épaisse (GE), le sérodiagnostic de Widal et Félix, la glycémie, le taux d'hémoglobine, le groupage rhésus, le test d'Emmel.

- *Le bureau du Médecin directeur :*

Il sert de salle pour la consultation médicale, pour les Échographies et la salle de garde pour les médecins ;

- *Le dispensaire :*

Il occupe une salle divisée en deux par une séparation murale ; la première partie servant de salle d'injection tandis que l'autre est réservée pour la petite chirurgie et les pansements.

*Le bureau du Major*

- *La Maternité:*

Elle est composée d'une salle d'accouchement, d'une salle d'observation, et d'une salle pour les consultations prêtes post natal.

- *Une Unité de CREN:*

Elle est affiliée à la maternité, elle effectue des séances d'IEC et de démonstrations culinaires et c'est le lieu aussi de prise en charge des enfants malnutris.

### **Le Personnel du CSCOM :**

Le personnel permanent comprend 17 travailleurs :

- Un médecin directeur
- Un Médecin chargé de la santé de la reproduction
- Deux infirmiers d'état
- Quatre sages-femmes
- Un gérant la pharmacie
- Deux techniciennes de laboratoire
- Une matrone
- Quatre aides-soignants
- Un gardien / manœuvre.

Une partie du personnel médical a été recrutée sur concours en collaboration avec l'équipe sociosanitaire de la commune VI. Ils ont tout un contrat de travail avec l'ASACOCY et sont en cours d'immatriculation à l'INPS; une partie au compte de l'État. Le personnel a été stable depuis la création du CSCOM.

### **3.2. Type et période d'étude :**

Notre étude est une étude descriptive rétrospective et analytique qui s'est déroulée du 1er janvier au 31 décembre 2011.

### **3.3. Population d'étude**

Les patients qui ont été consultés dans le CSCom des logements sociaux de Yirimadio durant la période d'étude.

### **3.4. Échantillonnage**

L'échantillonnage était exhaustif et a concerné 2946 patients.

### **3.5. Critères d'inclusion**

Tous les patients vus durant la période et bien enregistrés dans le registre.

### **3.6. Collecte, saisie et analyse des données**

La collecte et la saisie des données ont été effectuées au moyen du logiciel Excel version 2010. Les patients ont été préalablement numérotés de 1 à 2946 pour faciliter la correction éventuelle des erreurs. Les informations relatives aux patients ont été saisies sur Excel et codifiées pour faciliter la saisie des modalités. Ensuite le logiciel SPSS 16.0 a été utilisé pour générer des tableaux de fréquence. Les figures ont été réalisées avec le logiciel Excel version 2010.

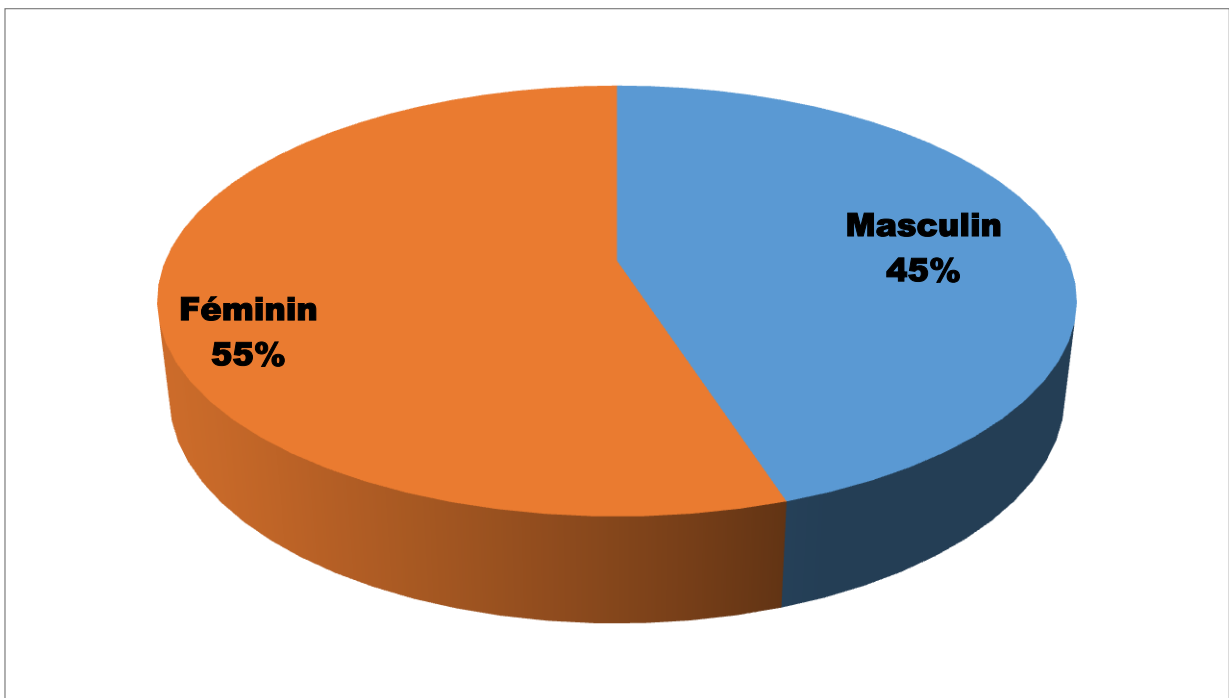
### **3.7. Considérations éthiques**

Nous avons obtenu l'accord des responsables du CSCom avant le début de l'étude. La confidentialité des informations personnelles est garantie. Aucun patient ne sera reconnu à travers les résultats de l'étude. L'accès à la base de données est limité.

#### 4. RÉSULTATS

Le taux de couverture curative de l'aire de santé était de  $\frac{2946 \text{ consultations}}{17764 \text{ habitants des cités de Yiridio}}$  soit 0,17 nouvelle consultation par habitant et par an.

##### 4.1. Résultat I : Profil sociodémographique des patients du CSCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011.



**Figure 3 : Répartition des patients selon le sexe**

Le sexe féminin a représenté 55% des patients avec un sexe ratio de 0,80 en faveur de la femme.

**Tableau I: Répartition des patients du CSCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011 selon la tranche d'âge.**

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
0-11 mois	258	8,8
1-4 ans	648	22,0
5-9ans	411	14,0
10-14ans	337	11,4
15-24 ans	693	23,5
25 ans et plus	599	20,3
Total	2946	100,0

Parmi les patients 30,8% avaient moins de cinq ans. La moyenne d'âge est de 15,8 ans. L'âge médian est de 13 ans.

**Tableau II: Répartition des patients du CSCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011 selon le sexe et la tranche d'âge.**

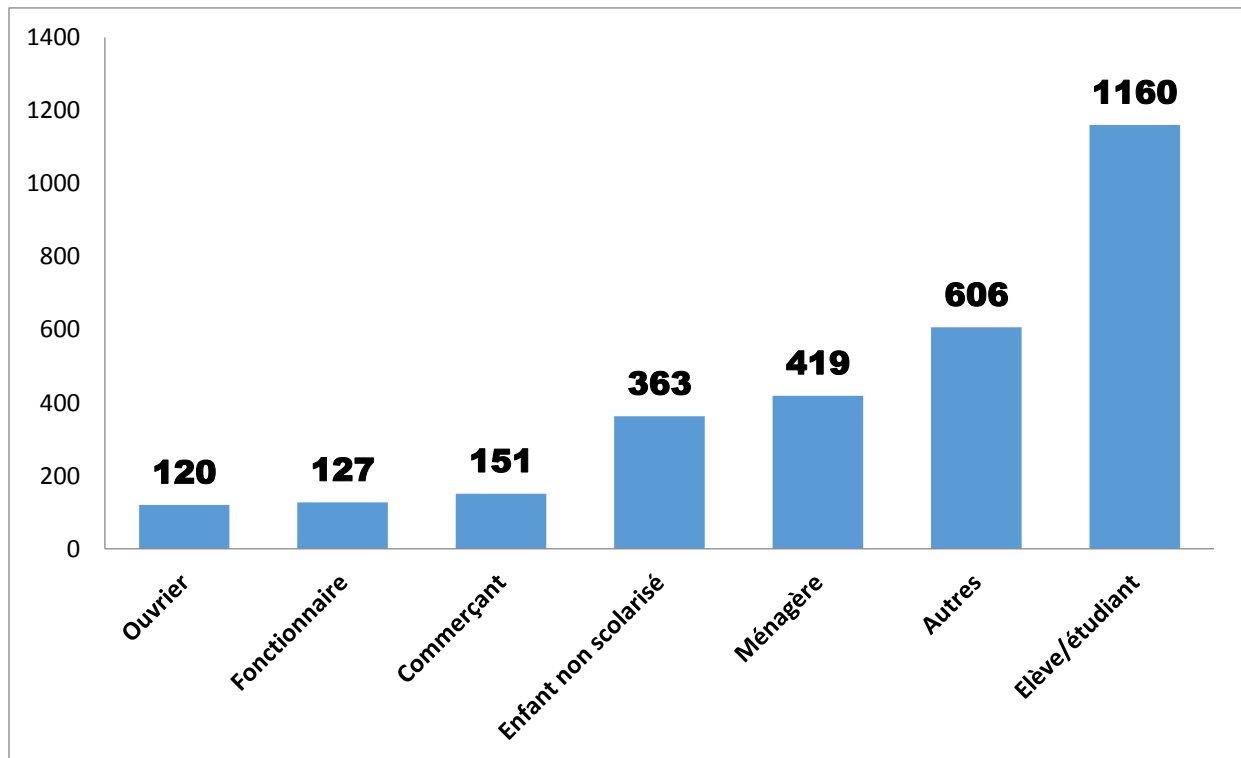
Sexe		Tranche d'âge						Total	p
		0-11 mois	1-4 ans	5-9ans	10-14ans	15-24 ans	≥25 ans		
<b>Masculin</b>	Effectif	130	345	210	161	253	227	1326	0,0001
	Pourcentage	50,4	53,2	51,1	47,8	36,5	37,9	45,0	
<b>Féminin</b>	Effectif	128	303	201	176	440	372	1620	
	Pourcentage	49,6	46,8	48,9	52,2	63,5	62,1	55,0	
<b>Total</b>	Effectif	258	648	411	337	693	599	2946	
	Pourcentage	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	

Le sexe féminin prédominait dans les tranches d'âges 15-24 ans (63,5%) et 25 ans et plus (62,1%) avec une différence statistiquement significative (p=0,0001).

**Tableau III: Répartition des patients du CSCCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011 selon la résidence.**

Aire de santé	Effectif	Pourcentage
Résident	2498	84,8
Non résident	448	15,2
Total	2946	100,0

Les patients de l'aire de santé vus en consultation représentaient 84,8% contre 15,2% hors aire.



**Figure 4 : Répartition des patients du CSCCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011 selon la profession**

Les élèves et étudiants représentaient 1160/2946 (39.4%) suivis des ménagères 419/2946 (13.6%).

Autres : Enfants, sans emploi, nourrissons, personnes âgées, retraités

**Tableau IV : Répartition des patients du CSCOM des logements sociaux de Yirimadio en 2011 selon la consultation.**

<b>Consultation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Nouvelle	2922	99,2
Ancienne	24	0,8
Total	2946	100,0

Parmi les enregistrés au CSCOM 99,2% des patients étaient des nouvelles consultations contre 0,8% qui étaient des anciennes consultations.

#### **4.2. Résultat II : Motifs de consultation des patients du CSCOM des logements sociaux de Yirimadio en 2011.**

**Tableau V: Répartition des patients du CSCOM des logements sociaux de Yirimadio en 2011 selon les motifs de consultation**

<b>Motif de consultation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Fièvre	990	33,6
Autres <sup>1</sup>	807	27,4
Céphalée	548	18,6
douleur abdominale.	160	5,4
Eruption cutanée	143	4,9
Vomissement	117	4,0
Toux	93	3,2
Diarrhée	60	2,0
Douleur thoracique	28	1,0
Total	2946	100,0

Les motifs de consultation les plus fréquents sont par ordre décroissant : Fièvre 33,6% suivie des céphalées 18,6% et des douleurs abdominales 5,4%.

<sup>1</sup> Des centaines de combinaisons entre les différents motifs de consultation.



#### 4.3. Résultat III : Classification du rapport trimestriel d'activité du CSCoM des logements sociaux de Yirimadio en 2011.

**Tableau VI : Répartition des patients selon la classification du rapport trimestriel d'activité (RTA) des différentes maladies rencontrées au CSCoM des logements sociaux de Yirimadio en 2011.**

<b>Diagnostic</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Diarrhée présumée infectieuse en dehors du choléra	28	1,0
Rougeole	3	0,1
Tous < 15 jours, IRA basses, pneumonie, bronchopneumonie	138	4,7
IRA hautes (Rhinopharyngite, rhinite, trachéite)	13	0,4
Paludisme simple	1456	49,4
Paludisme grave	207	7,0
Conjonctivites	23	0,8
Bilharziose urinaire	6	0,2
Vers intestinaux	11	0,4
Écoulement urétral et/ou dysurie	17	0,6
Écoulement vaginal	20	0,7
Douleurs abdominales basses	20	0,7
Intoxication alimentaire	69	2,3
Troubles liés à la grossesse	18	0,6
Troubles liés à l'accouchement et aux post-partum	17	0,6
Traumatismes (plaies, brûlures, fractures) liés aux accidents de la voie publique	98	3,3
Traumatismes (plaies, brûlures, fractures) non liés aux accidents de la voie publique	293	9,9
Carie dentaire	8	0,3
Gingivite simple	3	0,1
Gingivite ulcéro-nécrotique aiguë	2	0,1
Autres affections de la bouche et des dents	5	0,2
HTA	19	0,6
Otite aiguë	30	1,0
Otite purulente	11	0,4
Angine	56	1,9
Eczéma	78	2,6
Teigne	2	0,1
Pyodermite	144	4,9
Autres	151	5,1
<b>Total</b>	<b>2946</b>	<b>100,0</b>

Les pathologies les plus fréquentes étaient : Le paludisme avec 56,4%, les traumatismes (13,1%), les pyodermites (4,9%), les IRA basses ( 4,7%). La rougeole a représenté 0,1% des consultations.

**4.4. Résultat IV : Variation des maladies en fonction des différentes périodes de l'année du CSCoM des logements sociaux de yirimadio en 2011.**

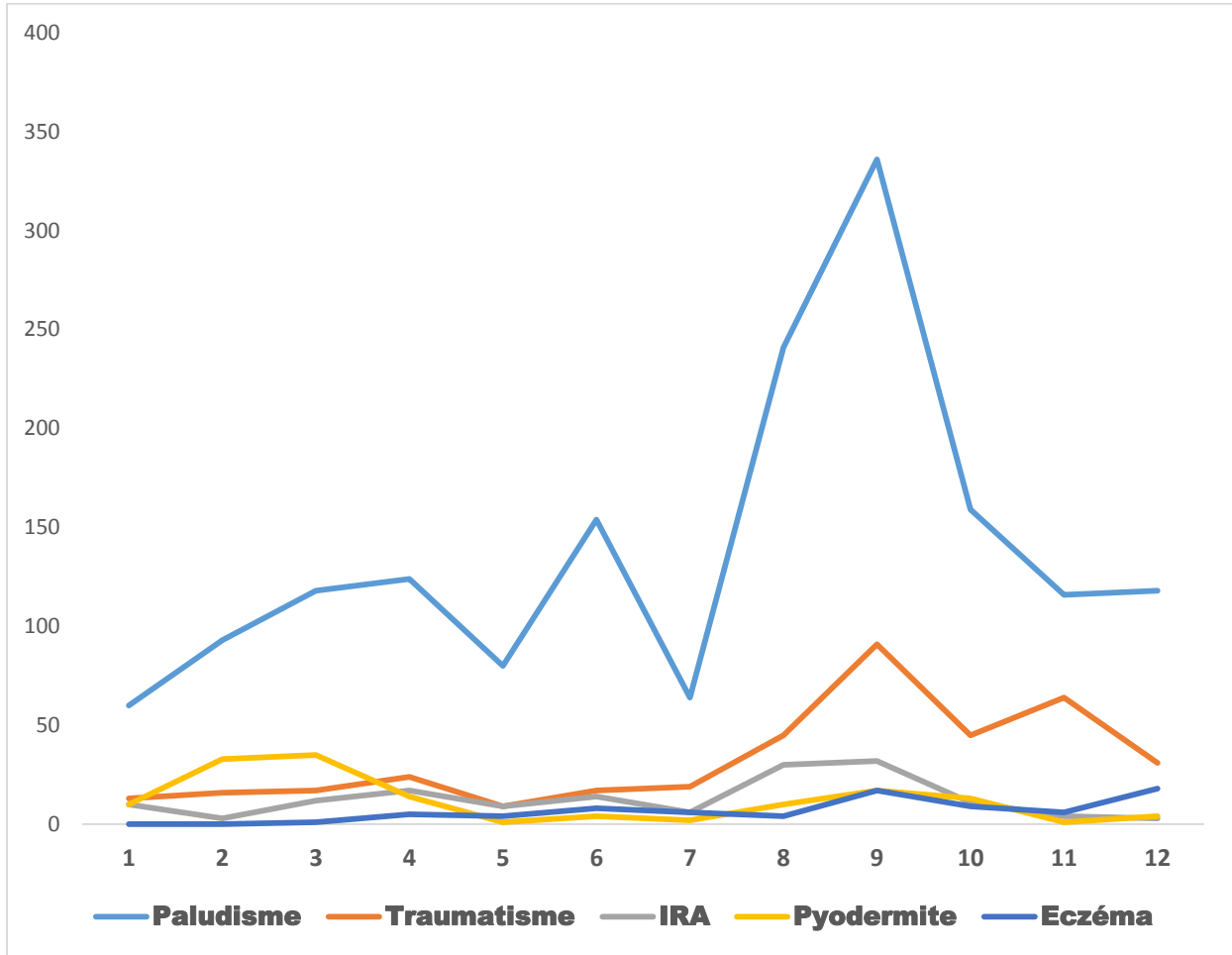
**Tableau VII: Les maladies rencontrées au CSCoM des logements sociaux de Yirimadio en 2011 en fonction des différentes périodes de l'année.**

Diagnostic	Mois												Total
	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	
	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif
Diarrhée présumée infectieuse en dehors du choléra	1	0	0	0	0	0	0	3	3	10	5	6	28
Rougeole	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3
Tous < 15 jours, IRA basses, pneumonie, bronchopneumonie	9	2	12	15	8	14	6	30	27	9	4	2	138
IRA hautes (Rhinopharyngite, rhinite, trachéite)	1	1	0	2	1	0	0	0	5	2	0	1	13
Paludisme simple	54	90	112	120	77	140	56	235	250	150	85	87	1456
Paludisme grave	6	3	6	4	3	14	8	6	86	9	31	31	207
Conjonctivites	1	0	1	0	0	5	0	9	2	1	2	2	23
Bilharziose urinaire	0	0	0	1	0	2	2	0	1	0	0	0	6
Vers intestinaux	1	1	0	1	0	0	2	1	2	0	1	2	11
Écoulement urétral et/ou dysurie	1	1	2	2	1	2	1	2	3	0	1	1	17
Écoulement vaginal	0	0	1	0	1	3	0	5	3	3	3	1	20
Douleurs abdominales basses	1	4	0	0	0	0	0	4	8	0	3	0	20
Intoxication alimentaire	4	6	0	5	1	4	6	16	13	7	2	5	69
Troubles liés à la grossesse	2	2	3	1	0	3	0	1	2	1	3	0	18
Troubles liés à l'accouchement et aux post-partum	4	2	1	1	2	0	1	0	1	2	2	1	17

*Etude de la morbidité et de la prise en charge des cas au CSCom des logements sociaux de Yirimadio*

Diagnostic	Mois												Total
	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	
	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif
Traumatismes (plaies, brûlures, fractures) liés aux accidents de la voie publique	1	5	0	1	0	4	6	7	26	10	25	13	98
Traumatismes (plaies, brûlures, fractures) non liés aux accidents de la voie publique	12	11	17	23	9	13	13	38	65	35	39	18	293
Carie dentaire	0	2	0	2	0	0	1	1	1	1	0	0	8
Gingivite simple	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	3
Gingivite ulcéro-nécrotique aiguë	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2
Autres affections de la bouche et des dents	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	2	5
HTA	2	0	0	0	1	3	1	1	4	2	2	3	19
Otite aiguë	1	2	1	4	3	2	0	2	6	6	0	3	30
Otite purulente	0	0	0	1	0	6	0	1	0	1	2	0	11
Angine	3	5	2	1	2	6	4	7	13	5	4	4	56
Eczéma	0	0	1	5	4	8	6	4	17	9	6	18	78
Teigne	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2
Pyodermite	10	33	35	14	1	4	2	10	17	13	1	4	144
Autres	6	2	6	4	8	11	17	33	27	15	18	4	151
<b>Total</b>	120	174	201	207	122	244	133	419	584	293	241	208	2946

Le pic du paludisme se situe au mois d' août, septembre, octobre ; celui des traumatismes au mois de septembre pyodermite au mois de février et mars.



**Figure 5 : Tendence des cinq premières maladies du RTA en fonction des 12 mois au CSCCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011.**

Le pic du paludisme et des traumatismes s'observent en période hivernale (août, septembre et octobre), qui correspond à la période de haute transmission.

**Tableau VIII : Répartition selon la fréquence du paludisme par mois au CSCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011.**

Mois		Paludisme		Total	X <sup>2</sup> (ddl)	p
		Oui	Non			
<b>Janvier</b>	Effectif	118	90	208	24,21 (11)	0,012
	Pourcentage	7,1%	7,0%	7,1%		
<b>Février</b>	Effectif	116	125	241		
	Pourcentage	7,0%	9,7%	8,2%		
<b>Mars</b>	Effectif	159	134	293		
	Pourcentage	9,6%	10,4%	9,9%		
<b>Avril</b>	Effectif	336	248	584		
	Pourcentage	20,2%	19,3%	19,8%		
<b>Mai</b>	Effectif	241	178	419		
	Pourcentage	14,5%	13,9%	14,2%		
<b>Juin</b>	Effectif	64	69	133		
	Pourcentage	3,8%	5,4%	4,5%		
<b>Juillet</b>	Effectif	154	90	244		
	Pourcentage	9,3%	7,0%	8,3%		
<b>Août</b>	Effectif	80	42	122		
	Pourcentage	4,8%	3,3%	4,1%		
<b>Septembre</b>	Effectif	124	83	207		
	Pourcentage	7,5%	6,5%	7,0%		
<b>Octobre</b>	Effectif	118	83	201		
	Pourcentage	7,1%	6,5%	6,8%		
<b>Novembre</b>	Effectif	93	81	174		
	Pourcentage	5,6%	6,3%	5,9%		
<b>Décembre</b>	Effectif	60	60	120		
	Pourcentage	3,6%	4,7%	4,1%		
<b>Total</b>	Effectif	1663	1283	2946		
	Pourcentage	100,0%	100,0%	100,0%		

Le mois de mai a enregistré le plus grand pourcentage de paludisme pour l'ensemble des consultations du mois avec une différence significative ( $X^2=24,21$  ;  $p=0,012$ ).

**Tableau IX : Répartition selon le nombre de cas de paludisme confirmé ou non par mois au CSCCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011.**

Mois		Paludisme		Total	X <sup>2</sup> (ddl)	p
		Confirmé	Non confirmé			
<b>Janvier</b>	Effectif	51	69	120		
	Pourcentage	42,50%	57,50%	100,00%		
<b>Février</b>	Effectif	83	91	174		
	Pourcentage	47,70%	52,30%	100,00%		
<b>Mars</b>	Effectif	80	121	201		
	Pourcentage	39,80%	60,20%	100,00%		
<b>Avril</b>	Effectif	93	114	207		
	Pourcentage	44,90%	55,10%	100,00%		
<b>Mai</b>	Effectif	75	47	122		
	Pourcentage	61,50%	38,50%	100,00%		
<b>Juin</b>	Effectif	126	118	244		
	Pourcentage	51,60%	48,40%	100,00%		
<b>Juillet</b>	Effectif	58	75	133	70,05	0,0001
	Pourcentage	43,60%	56,40%	100,00%	(11)	
<b>Août</b>	Effectif	218	201	419		
	Pourcentage	52,00%	48,00%	100,00%		
<b>Septembre</b>	Effectif	244	340	584		
	Pourcentage	41,80%	58,20%	100,00%		
<b>Octobre</b>	Effectif	105	188	293		
	Pourcentage	35,80%	64,20%	100,00%		
<b>Novembre</b>	Effectif	69	172	241		
	Pourcentage	28,60%	71,40%	100,00%		
<b>Décembre</b>	Effectif	78	130	208		
	Pourcentage	37,50%	62,50%	100,00%		
<b>Total</b>	Effectif	1280	1666	2946		
	Pourcentage	43,40%	56,60%	100,00%		

Le mois de mai a enregistré le plus grand nombre de cas de paludisme confirmés (61,5%) suivis du mois d'août (52,0%) avec une différence significative ( $X^2=70,05$  ;  $p=0,0001$ ).

#### 4.5. Résultat V : Distribution des maladies en fonction des caractéristiques sociodémographiques au CSCoM des logements sociaux de Yirimadio.

**Tableau X: Répartition du paludisme selon le sexe au CSCoM des logements sociaux de Yirimadio en 2011.**

Sexe		Paludisme		Total	X <sup>2</sup> (ddl)	p
		Oui	Non			
Masculin	Effectif	604	722	1326	3,92 (1)	0,048
	Pourcentage	45,6%	54,4%	100,0%		
Féminin	Effectif	679	941	1620		
	Pourcentage	41,9%	58,1%	100,0%		
<b>Total</b>	Effectif	1283	1663	2946		
	Pourcentage	43,6%	56,4%	100,0%		

Nous avons relevé que 58,1% des femmes étaient diagnostiqués de paludisme et 54,4% d'hommes avec une différence significative (p=0.048).

**Tableau XI : Évolution du paludisme selon l'âge au CSCoM des logements sociaux de Yirimadio en 2011.**

Tranche d'âge		Paludisme		Total	X <sup>2</sup> (ddl)	p
		Oui	Non			
0-11 mois	Effectif	102	156	258	37,98 (5)	0,249
	Pourcentage	39,5%	60,5%	100,0%		
1-4 ans	Effectif	396	252	648		
	Pourcentage	61,1%	38,9%	100,0%		
5-9 ans	Effectif	245	166	411		
	Pourcentage	59,6%	40,4%	100,0%		
10-14 ans	Effectif	196	141	337		
	Pourcentage	58,2%	41,8%	100,0%		
15-24 ans	Effectif	386	307	693		
	Pourcentage	55,7%	44,3%	100,0%		
25 ans et plus	Effectif	338	261	599		
	Pourcentage	56,4%	43,6%	100,0%		
<b>Total</b>	Effectif	1663	1283	2946		
	Pourcentage	56,4%	43,6%	100,0%		

L'étude révèle que les tranches d'âge 1-4 ans, 15-24 et 25 ans et plus ans sont les plus touchées par le paludisme avec respectivement 61,1%, 55,7% et 56,4% sans une différence statistiquement significative (p=0,249).

**Tableau XII: évolution du paludisme selon la résidence**

Aire de santé		Paludisme		Total	X <sup>2</sup> (ddl)	p
		Oui	Non			
<b>Oui</b>	Effectif	1403	1095	2498	0,541(1)	0,462
	Pourcentage	56,2%	43,8%	100,0%		
<b>Non</b>	Effectif	260	188	448		
	Pourcentage	58,0%	42,0%	100,0%		
<b>Total</b>	Effectif	1663	1283	2946		
	Pourcentage	56,4%	43,6%	100,0%		

Les résultats de l'étude attestent que 56,2% des patients diagnostiqués de paludisme habitaient dans l'aire de santé, contre 58,0% qui étaient hors aire de santé sans différence significative(p=0,462).

**Tableau XIII: Évolution du paludisme selon la profession**

Profession		Paludisme		Total	X <sup>2</sup> (ddl)	p
		Oui	Non			
Commerçant	Effectif	98	53	151	37,51 (6)	0,0001
	Pourcentage	64,9%	35,1%	100,0%		
Fonctionnaire	Effectif	82	45	127		
	Pourcentage	64,6%	35,4%	100,0%		
Ouvrier	Effectif	4	4	8		
	Pourcentage	50,0%	50,0%	100,0%		
Élève/étudiant	Effectif	45	67	112		
	Pourcentage	40,2%	59,8%	100,0%		
Ménagère	Effectif	681	479	1160		
	Pourcentage	58,7%	41,3%	100,0%		
Enfant non scolarisé	Effectif	11	8	19		
	Pourcentage	57,9%	42,1%	100,0%		
Autres	Effectif	215	185	400		
	Pourcentage	53,8%	46,2%	100,0%		
<b>Total</b>	Effectif	1663	1283	2946		
	Pourcentage	56,4%	43,6%	100,0%		

L'étude montre que les commerçants étaient les plus touchés par le paludisme avec 64,9%. Par contre les ouvriers étaient les moins touchés avec 40,8% ; avec une différence significative (p=0,0001).



**Tableau XIV: Répartition des patients en fonction de la goutte épaisse réalisée ou non et du paludisme au CSCCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011.**

Goutte épaisse		Paludisme		Total	X <sup>2</sup> (ddl)	p
		Oui	Non			
<b>Réalisée</b>	Effectif	1244	36	1280		
	Pourcentage	97,2%	2,8%	100,0%		
<b>Non réalisée</b>	Effectif	419	1247	1666	1527,97	0,0001
	Pourcentage	25,2%	74,8%	100,0%	(1)	
<b>Total</b>	Effectif	1663	1283	2946		
	Pourcentage	56,4%	43,6%	100,0%		

La goutte épaisse a été réalisée chez 97,2% des patients diagnostiqués de paludisme contre 25,2% qui n'avaient pas réalisé de goutte épaisse avec une différence significative (p=0,0001).

**Tableau XV: Répartition des patients en fonction du TDR réalisé ou non et du paludisme au CSCCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011.**

TDR		Paludisme		Total	X <sup>2</sup> (ddl)	p
		Oui	Non			
<b>Réalisée</b>	Effectif	12	5	17		
	Pourcentage	70,6%	29,4%	100,0%		
<b>Non réalisée</b>	Effectif	1651	1278	2929	1,39 (1)	0,238
	Pourcentage	56,4%	43,6%	100,0%		
<b>Total</b>	Effectif	1663	1283	2946		
	Pourcentage	56,4%	43,6%	100,0%		

L'étude montre que parmi les patients ayant manifesté le paludisme, seulement 0,7% avaient fait le TDR sans différence significative (p=0,238).

**Tableau XVI: Répartition des cas de traumatisme selon le sexe au CSCoM des logements sociaux de Yirimadio en 2011.**

Sexe		Traumatisme		Total	X <sup>2</sup> (ddl)	p
		Oui	Non			
Masculin	Effectif	234	1092	1326	40,09 (1)	0,0001
	Pourcentage	17,6%	82,4%	100,0%		
Féminin	Effectif	157	1463	1620		
	Pourcentage	9,7%	90,3%	100,0%		
<b>Total</b>	Effectif	391	2555	2946		
	Pourcentage	13,3%	86,7%	100,0%		

Les hommes étaient les plus exposés au traumatisme, avec 17,6% de cas, contre 9,7% de femmes avec une différence significative (p=0,0001).

**Tableau XVII: Répartition des cas de traumatisme selon la tranche d'âge au CSCoM des logements sociaux de Yirimadio en 2011.**

Tranche d'âge		Traumatisme		Total	X <sup>2</sup> (ddl)	p
		Oui	Non			
0-11 mois	Effectif	13	245	258	29,02 (5)	0,0001
	Pourcentage	5,0%	95,0%	100,0%		
1-4 ans	Effectif	74	574	648		
	Pourcentage	11,4%	88,6%	100,0%		
5-9 ans	Effectif	47	364	411		
	Pourcentage	11,4%	88,6%	100,0%		
10-14 ans	Effectif	58	279	337		
	Pourcentage	17,2%	82,8%	100,0%		
15-24 ans	Effectif	113	580	693		
	Pourcentage	16,3%	83,7%	100,0%		
25 ans et plus	Effectif	86	513	599		
	Pourcentage	14,4%	85,6%	100,0%		
<b>Total</b>	Effectif	391	2555	2946		
	Pourcentage	13,3%	86,7%	100,0%		

La tranche d'âge 10-14 est la plus touchée par les traumatismes (17,2) suivis de la tranche 15-24ans (16,3), la tranche la moins touchée 0-11 mois (5,2%) est la moins touchée avec une différence significative (p=0,0001).

**Tableau XVIII :Répartition des cas de traumatisme selon la profession au CSCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011.**

Profession		Traumatisme		Total	$\chi^2$ (ddl)	p
		Oui	Non			
Commerçant	Effectif	18	133	151	79,70 (6)	0,0001
	Pourcentage	11,9%	88,1%	100,0%		
Fonctionnaire	Effectif	14	113	127		
	Pourcentage	11,0%	89,0%	100,0%		
Ouvrier	Effectif	46	74	120		
	Pourcentage	38,3%	61,7%	100,0%		
Élève/étudiant	Effectif	161	999	1160		
	Pourcentage	13,9%	86,1%	100,0%		
Ménagère	Effectif	59	360	419		
	Pourcentage	14,1%	85,9%	100,0%		
Enfant non scolarisé	Effectif	41	322	363		
	Pourcentage	11,3%	88,7%	100,0%		
Autres	Effectif	52	554	606		
	Pourcentage	8,6%	91,4%	100,0%		
<b>Total</b>	Effectif	14	113	127		
	Pourcentage	11,0%	89,0%	100,0%		

Les ouvriers sont les plus touchés par les traumatismes (38,3%) suivis des ménagères (14,1%) avec différence significative (p=0,0001).

**Tableau XIX: Répartition des cas de traumatisme selon la résidence au CSCCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011.**

Aire de santé	Traumatisme		Total	X <sup>2</sup> (ddl)	p
	Oui	Non			
<b>Résident</b>	Effectif	337	2161	2498	
	Pourcentage	13,5%	86,5%	100,0%	
<b>Non résident</b>	Effectif	54	394	448	0,68 (1) 0,409
	Pourcentage	12,1%	87,9%	100,0%	
<b>Total</b>	Effectif	391	2555	2946	
	Pourcentage	13,3%	86,7%	100,0%	

Les patients diagnostiqués de traumatisme, 13,5% étaient de l'aire de santé contre 12,1% qui étaient hors aire de santé sans différence significative (p=0,409).

**Tableau XX: Répartition des cas de pyodermite selon le sexe au CSCCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011.**

Sexe	Pyodermite		Total	X <sup>2</sup> (ddl)	p
	Oui	Non			
Masculin	Effectif	57	1269	1326	
	Pourcentage	4,3%	95,7%	100,0%	
Féminin	Effectif	68	1552	1620	0,018 (1) 0,892
	Pourcentage	4,2%	95,8%	100,0%	
<b>Total</b>	Effectif	125	2821	2946	
	Pourcentage	4,2%	95,8%	100,0%	

Les résultats de l'étude font ressortir que les femmes représentent 4,2% des cas de pyodermes rencontrés, contre 4,3% pour les hommes, sans différence significative (p=0,892).

**Tableau XXI : Répartition des cas de pyodermite selon la tranche d'âge au CSCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011.**

Tranche d'âge		Pyodermite		Total	X <sup>2</sup> (ddl)	p
		Oui	Non			
0-11 mois	Effectif	12	246	258	37,37 (5)	0,0001
	Pourcentage	4,7%	95,3%	100,0%		
1-4 ans	Effectif	39	609	648		
	Pourcentage	6,0%	94,0%	100,0%		
5-9 ans	Effectif	34	377	411		
	Pourcentage	8,3%	91,7%	100,0%		
10-14 ans	Effectif	13	324	337		
	Pourcentage	3,9%	96,1%	100,0%		
15-24 ans	Effectif	18	675	693		
	Pourcentage	2,6%	97,4%	100,0%		
25 ans et plus	Effectif	9	590	599		
	Pourcentage	1,5%	98,5%	100,0%		
<b>Total</b>	Effectif	125	2821	2946		
	Pourcentage	4,2%	95,8%	100,0%		

Les tranches d'âge 5-9 ans et 1-4ans faisaient plus de pyodermite avec respectivement 8,3% et 6,0% avec une différence significative(p=0,0001).

**Tableau XXII: Répartition des cas de pyodermite selon la profession au CSCoM des logements sociaux de Yirimadio en 2011.**

Profession	Pyodermite		Total	X <sup>2</sup> (ddl)	p
	Oui	Non			
Commerçant	Effectif	4	147	151	
	Pourcentage	2,6%	97,4%	100,0%	
Fonctionnaire	Effectif	1	126	127	
	Pourcentage	,8%	99,2%	100,0%	
Ouvrier	Effectif	5	115	120	
	Pourcentage	4,2%	95,8%	100,0%	
Élève/étudiant	Effectif	60	1100	1160	
	Pourcentage	5,2%	94,8%	100,0%	19,90 (6) 0,003
Ménagère	Effectif	5	414	419	
	Pourcentage	1,2%	98,8%	100,0%	
Enfant non scolarisé	Effectif	22	341	363	
	Pourcentage	6,1%	93,9%	100,0%	
Autres	Effectif	28	578	606	
	Pourcentage	4,6%	95,4%	100,0%	
<b>Total</b>	Effectif	1	126	127	
	Pourcentage	,8%	99,2%	100,0%	

L'étude fait ressortir que la pyodermite est plus fréquente chez les enfants non scolarisés avec 6,1% suivis des élèves et étudiants; par contre, elle n'est pas représentée chez les sans professions, avec une différence significative (p=0,003).

**Tableau XXIII : Répartition des cas de pyodermite selon la résidence au CSCoM des logements sociaux de Yirimadio en 2011.**

Aire de santé		Pyodermite		Total	X <sup>2</sup> (ddl)	p
		Oui	Non			
Oui	Effectif	109	2389	2498	0,58 (1)	0,444
	Pourcentage	4,4%	95,6%	100,0%		
Non	Effectif	16	432	448		
	Pourcentage	3,6%	96,4%	100,0%		
<b>Total</b>	Effectif	125	2821	2946		
	Pourcentage	4,2%	95,8%	100,0%		

Les cas de pyodermites rencontrés, 4,4% habitaient dans l'aire de santé, contre 3,6% qui étaient hors aire de santé sans différence significative (p=0,444).

**Tableau XXIV : Répartition des cas d'infections respiratoires aiguës selon le sexe au CSCoM des logements sociaux de Yirimadio en 2011.**

Sexe		IRA		Total	X <sup>2</sup> (ddl)	p
		Oui	Non			
<b>Masculin</b>	Effectif	1266	60	1326	1,78 (1)	0,181
	Pourcentage	95,5%	4,5%	100,0%		
<b>Féminin</b>	Effectif	1529	91	1620		
	Pourcentage	94,4%	5,6%	100,0%		
<b>Total</b>	Effectif	2795	151	2946		
	Pourcentage	94,9%	5,1%	100,0%		

Les résultats de l'étude font ressortir que les cas de IRA sont plus fréquents chez le sexe féminin avec 5,6%, contre 4,5% chez les hommes, sans différence significative (p=0,181).

**Tableau XXV : Répartition des cas d'infections respiratoires aiguës selon la tranche d'âge au CSCoM des logements sociaux de Yirimadio en 2011.**

Tranche d'âge		IRA		Total	X <sup>2</sup> (ddl)	p
		Oui	Non			
0-11 mois	Effectif	41	217	258	82,80 (5)	0,0001
	Pourcentage	15,9%	84,1%	100,0%		
1-4 ans	Effectif	42	606	648		
	Pourcentage	6,5%	93,5%	100,0%		
5-9 ans	Effectif	19	392	411		
	Pourcentage	4,6%	95,4%	100,0%		
10-14 ans	Effectif	17	320	337		
	Pourcentage	5,0%	95,0%	100,0%		
15-24 ans	Effectif	17	676	693		
	Pourcentage	2,5%	97,5%	100,0%		
25 ans et plus	Effectif	15	584	599		
	Pourcentage	2,5%	97,5%	100,0%		
<b>Total</b>	Effectif	151	2795	2946		
	Pourcentage	5,1%	94,9%	100,0%		

Les résultats de l'étude font ressortir que les cas de IRA sont plus fréquents chez les tranches d'âge 0-11 mois et 1-4 ans, avec respectivement 15,8% et 6,5% ; par contre la tranche d'âge 25ans et plus est la moins représentée avec 9,9%, avec différence significative (p=0,0001).

**Tableau XXVI : Répartition des cas d'infections respiratoires aiguës selon la résidence au CSCoM des logements sociaux de Yirimadio en 2011.**

Aire de santé		IRA		Total	X <sup>2</sup> (ddl)	p
		Oui	Non			
Résident	Effectif	126	2372	2498	0,22 (1)	0,635
	Pourcentage	5,0%	95,0%	100,0%		
Non résident	Effectif	25	423	448		
	Pourcentage	5,6%	94,4%	100,0%		
<b>Total</b>	Effectif	151	2795	2946		
	Pourcentage	5,1%	94,9%	100,0%		

Les résultats de l'étude font ressortir que parmi les cas d'IRA rencontrés 5,0% sont de l'aire de santé, contre 5,6% hors aire de santé, sans différence significative (p=0,352).



**Tableau XXVII: Répartition des cas d'infections respiratoires aiguës selon la profession au CSCoM des logements sociaux de Yirimadio en 2011.**

Profession		IRA		Total	X <sup>2</sup> (ddl)	p
		Oui	Non			
Commerçant	Effectif	3	148	151	53,25 (6)	0,0001
	Pourcentage	2,0%	98,0%	100,0%		
Fonctionnaire	Effectif	2	125	127		
	Pourcentage	1,6%	98,4%	100,0%		
Ouvrier	Effectif	0	8	8		
	Pourcentage	,0%	100,0%	100,0%		
Élève/étudiant	Effectif	0	112	112		
	Pourcentage	,0%	100,0%	100,0%		
Ménagère	Effectif	51	1109	1160		
	Pourcentage	4,4%	95,6%	100,0%		
Enfant non scolarisé	Effectif	0	19	19		
	Pourcentage	,0%	100,0%	100,0%		
Autres	Effectif	9	391	400		
	Pourcentage	2,2%	97,8%	100,0%		
<b>Total</b>	Effectif	151	2795	2946		
	Pourcentage	5,1%	94,9%	100,0%		

Les IRA sont plus fréquentes chez les enfants non scolarisés (7,2%) ; suivies des élèves et étudiants (4,4%) avec une différence significative(p=0,0001).

**4.6. Resultat VI : Répartition des patients selon des examens complémentaires réalisés et le traitement au CSCoM des logements sociaux de Yirimadio en 2011.**

**Tableau XXVIII : Repartition des cas suspects de paludisme au CSCoM des logements sociaux de Yirimadio en 2011.**

<b>Goutte épaisse</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Suspects	1280	43,4
Non suspects	1666	56,6
Total	2946	100,0

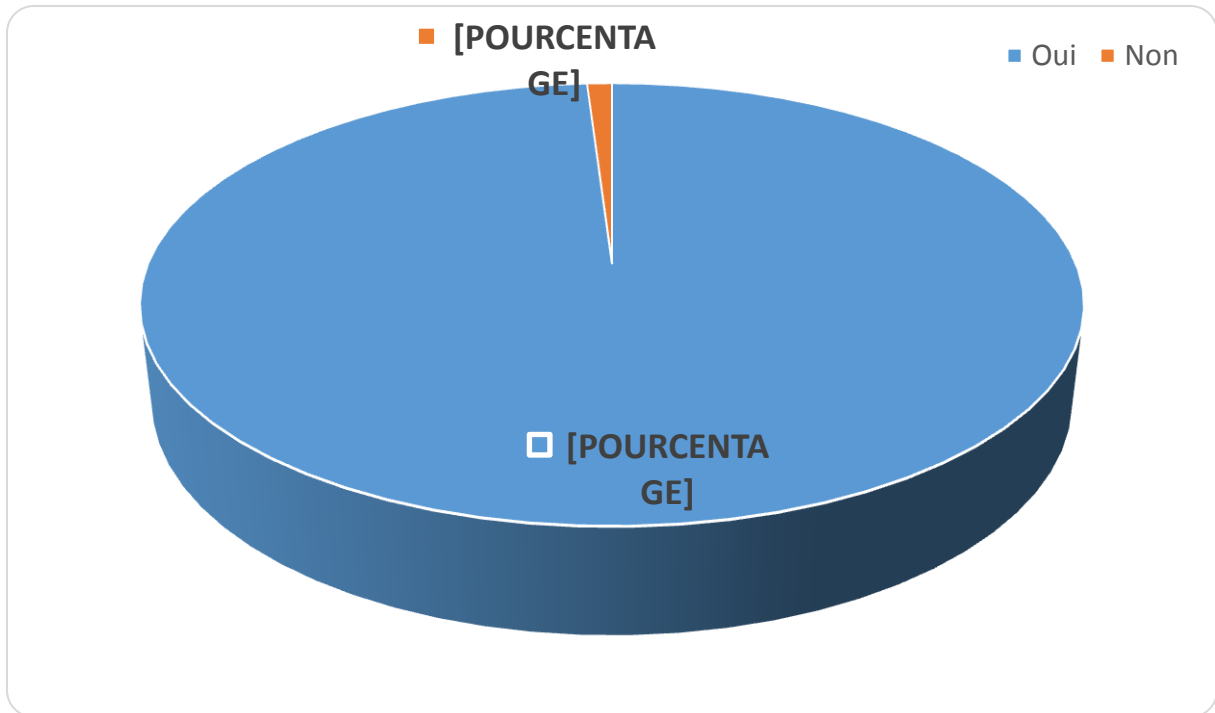
La goutte épaisse a été donnée dans 43,4% des consultations

**Tableau XXIX: Repartition des patients selon les gouttes épaisses testées positives au CSCoM des logements sociaux de Yirimadio en 2011.**

<b>Goutte épaisse positive</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
NA	1668	56,6
Oui	1265	42,9
Non	13	0,4
Total	2946	100,0

42,9% des patients testés à la goutte épaisse sont revenus positifs

NA= non applicable



**Figure 6 : Répartition selon les cas confirmés de paludisme<sup>2</sup> au CSCCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011.**

Le diagnostic de paludisme était confirmé dans 99% cas.

**Tableau XXX: Répartition des patients selon les examens complémentaires réalisés au CSCCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011.**

Examen complémentaire	Effectif	Pourcentage
Pas d'examen	1597	54,2
Goutte épaisse	1280	43,4
Widal	31	1,1
TDR	17	0,6
Autre	21	0,7
Total	2946	100,0

48,2 % des patients ont fait un examen complémentaire contre 54,2%.

<sup>2</sup>Seule la goutte épaisse a été considérée pour confirmer les cas de paludisme.

**Tableau XXXI : Répartition selon les cas suspects de paludisme au CSCoM des logements sociaux de Yirimadio en 2011.**

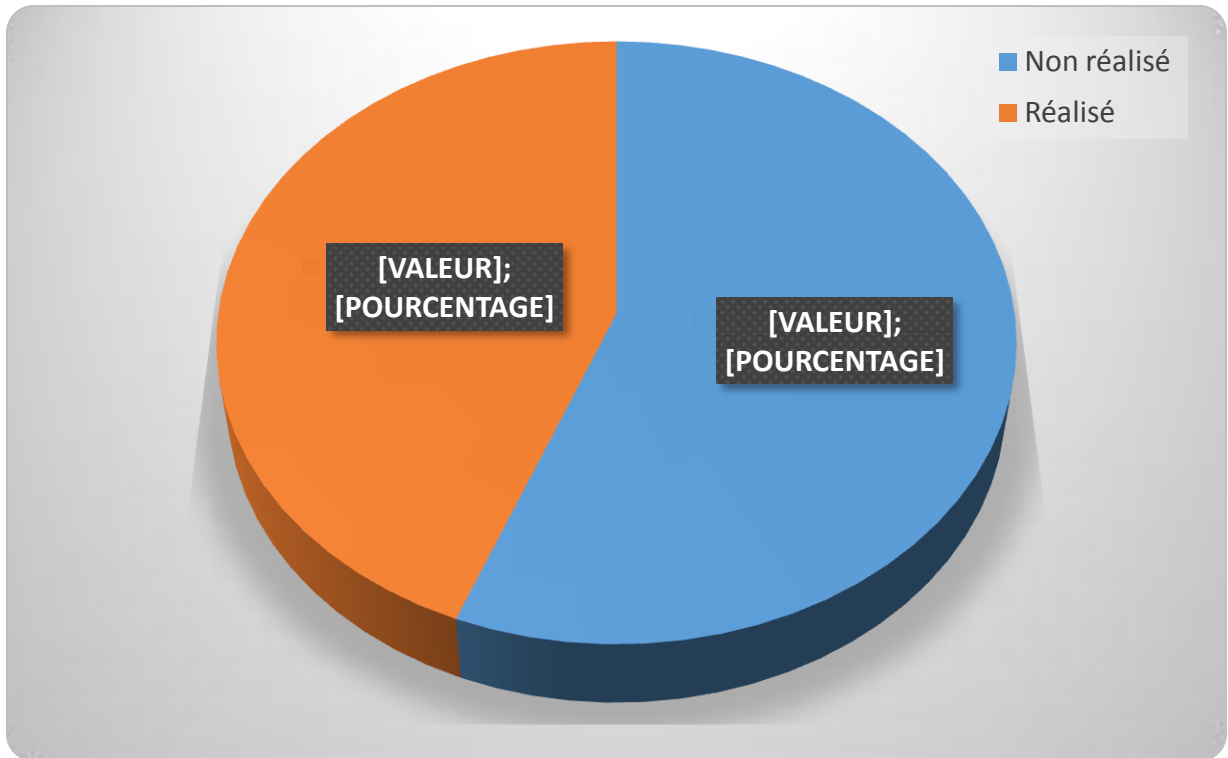
<b>Cas suspects de paludisme</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	1895	64,3
Non	1051	35,7
Total	2946	100,0

Les cas suspects de paludisme représentaient 64,3% des consultations.

**Tableau XXXII : Examen biologique de paludisme réalisé (GE et TDR) au CSCoM des logements sociaux de Yirimadio en 2011.**

<b>Examen biologique de paludisme</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Réalisé	1297	44,0
Non réalisé	1649	56,0
Total	2946	100,0

L'examen biologique de paludisme était réalisé chez 44,0% des patients.



**Figure 7 : Répartition des cas testés du paludisme sur l'ensemble des consultations au CSCoM des logements sociaux de Yirimadio en 2011.**

L'examen biologique de paludisme était réalisé chez 44,0% des patients.

**Tableau XXXIII: Répartition de la goutte épaisse selon l'aire de santé**

Aire de santé		Goutte épaisse		Total	X <sup>2</sup> (ddl)	p
		Oui	Non			
Oui	Effectif	1074	1424	2498		
	Pourcentage	43,0%	57,0%	100,0%		
Non	Effectif	206	242	448	1,380(1)	0,255
	Pourcentage	46,0%	54,0%	100,0%		
<b>Total</b>	Effectif	1280	1666	2946		
	Pourcentage	43,4%	56,6%	100,0%		

(43,0%) des gouttes épaisses étaient de l'aire de santé contre 46,0% qui étaient hors aire de santé sans différence significative (p=0,255).

**Tableau XXXIV: Repartition de la goutte épaisse selon le traitement anti paludique au CSCoM des logements sociaux de Yirimadio en 2011.**

Antipaludique		Goutte épaisse		Total	X <sup>2</sup> (ddl)	p
		Oui	Non			
Oui	Effectif	1221	467	1688		
	Pourcentage	72,3%	27,7%	100,0%		
Non	Effectif	59	1199	1258	1342 (1)	0,0001
	Pourcentage	4,7%	95,3%	100,0%		
<b>Total</b>	Effectif	1280	1666	2946		
	Pourcentage	43,4%	56,6%	100,0%		

(72,3%) des patients ayant reçu des anti paludiques ont eu une goutte épaisse contre 27,7% qui ont reçu des antipaludiques sans goutte épaisse avec une différence significative (p=0,0001).

**Tableau XXXV : Repartition des patients selon l'examen biologique et l'antipaludique au CSCoM des logements sociaux de Yirimadio en 2011.**

Examen biologique de paludisme		Antipaludique		Total	X <sup>2</sup> (ddl)	p
		Oui	Non			
Réalisé	Effectif	1233	64	1297		
	Pourcentage	95,1%	4,9%	100,0%		
Non réalisé	Effectif	455	1194	1649	1350,83 (1)	0,0001
	Pourcentage	27,6%	72,4%	100,0%		
<b>Total</b>	Effectif	1688	1258	2946		
	Pourcentage	57,3%	42,7%	100,0%		

L'examen biologique du paludisme a été réalisé chez 95,1% des patients ayant reçu des anti paludiques contre 27,6% qui n'ont pas fait l'objet de bilan, avec une différence significative (p=0,0001).

**Tableau XXXVI: Répartition de goutte épaisse selon la tranche d'âge au CSCoM des logements sociaux de Yirimadio en 2011.**

Tranche d'âge		Goutte épaisse		Total	X <sup>2</sup> (ddl)	p
		Oui	Non			
0 à 11 mois	Effectif	75	183	258	24,52 (5)	0,0001
	Pourcentage	29,1%	70,9%	100,0%		
1 à 4 ans	Effectif	288	360	648		
	Pourcentage	44,4%	55,6%	100,0%		
5 à 9 ans	Effectif	187	224	411		
	Pourcentage	45,5%	54,5%	100,0%		
10 à 14 ans	Effectif	155	182	337		
	Pourcentage	46,0%	54,0%	100,0%		
15 à 24 ans	Effectif	303	390	693		
	Pourcentage	43,7%	56,3%	100,0%		
25 ans et plus	Effectif	272	327	599		
	Pourcentage	45,4%	54,6%	100,0%		
Total	Effectif	1280	1666	2946		
	Pourcentage	43,4%	56,6%	100,0%		

La tranche d'âge 10 à 14 ans a le plus enregistré de goutte épaisse soit 46,0% , suivie de la tranche 5-9 ans ( 45,5%) avec une différence significative (p=0,0001).

#### **4.7. Résultat VII : Décision thérapeutique.**

**Tableau XXXVII : Répartition des patients selon la décision thérapeutique au CSCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011.**

<b>Décision thérapeutique</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Locale	2915	98,9
Référé	31	1,1
Total	2946	100,0

Les patients étaient traités localement dans près de 99% des cas.

**Tableau XXXVIII: Répartition des patients selon le traitement antibiotique au CSCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011.**

<b>Antibiotique</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	1851	62,8
Non	1095	37,2
Total	2946	100,0

Les antibiotiques ont été utilisés dans 62,8% des cas.



**Tableau XXXIX: Répartition des patients selon le traitement anti paludique au CSCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011.**

<b>Antipaludique</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	1688	57,3
Non	1258	42,7
Total	2946	100,0

Les anti paludiques ont été utilisés chez 57,3% des patients.

**Tableau XL : Répartition des patients selon le traitement antalgique/anti pyrétique au CSCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011.**

<b>Antalgique/Antipyretique</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	1788	60,7
Non	1158	39,3
Total	2946	100,0

Les antalgiques ont été utilisés chez 60,7% des patients.

**Tableau XLI : Répartition des patients selon le traitement antihistaminique au CSCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011.**

<b>Antihistaminique (autres)</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	187	6,3
Non	2759	93,7
Total	2946	100,0

Les antihistaminiques étaient utilisés chez 6,3% des patients.

**4.8. Résultat VIII : La prise en charge des maladies infectieuses.**

**Tableau XLII: Utilisation des antibiotiques dans la prise en charge des maladies infectieuses au CSCoM des logements sociaux de Yirimadio en 2011.**

Maladie infectieuse	Antibiotique		Total	X <sup>2</sup> (ddl)	p
	Oui	Non			
Oui	Effectif	270	25	295	
	Pourcentage	91,5%	8,5%	100,0%	
Non	Effectif	1581	1070	2651	115,58 (1) 0,0001
	Pourcentage	59,6%	40,4%	100,0%	
<b>Total</b>	Effectif	1851	1095	2946	
	Pourcentage	62,8%	37,2%	100,0%	

Les patients qui avaient une maladie infectieuse et ayant reçu les antibiotiques représentaient 91,5% contre 59,6% qui avaient reçu les antibiotiques et n'ayant pas une maladie infectieuse avec une différence significative (p=0,0001).

**Tableau XLIII : Utilisation des antibiotiques dans le traitement des otites au CSCoM des logements sociaux de Yirimadio en 2011.**

Otite	Antibiotique		Total	X <sup>2</sup> (ddl)	p
	Oui	Non			
Oui	Effectif	38	2	40	
	Pourcentage	95,0%	5,0%	100,0%	
Non	Effectif	1813	1093	2906	17,96 (1) 0,0001
	Pourcentage	62,4%	37,6%	100,0%	
<b>Total</b>	Effectif	1851	1095	2946	
	Pourcentage	62,8%	37,2%	100,0%	

Les patients diagnostiqués d'otites et ayant reçu les antibiotiques représentaient 95,0% contre 62,4% qui n'avaient pas d'otite et ont reçu des antibiotiques avec une différence significative (p=0,0001).

**Tableau XLIV: Utilisation des antibiotiques dans la prise en charge de l'angine au CSCCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011.**

Angine	Antibiotique		Total	X <sup>2</sup> (ddl)	p
	Oui	Non			
Oui	Effectif	62	5	67	
	Pourcentage	92,5%	7,5%	100,0%	
Non	Effectif	1789	1090	2879	25,90 (1) 0,0001
	Pourcentage	62,1%	37,9%	100,0%	
<b>Total</b>	Effectif	1851	1095	2946	
	Pourcentage	62,8%	37,2%	100,0%	

Les patients diagnostiqués d'une angine et ayant reçu les antibiotiques représentaient 92,5% contre 62,1% qui avaient reçu un antibiotique et n'ayant pas une angine avec une différence significative (p=0,0001).

**Tableau XLV : Utilisation des antibiotiques dans la prise en charge des bronchites au CSCCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011.**

Bronchite	Antibiotique		Total	X <sup>2</sup> (ddl)	p
	Oui	Non			
Oui	Effectif	23	2	25	
	Pourcentage	92,0%	8,0%	100,0%	
Non	Effectif	1828	1093	2921	9,18 (1) 0,001
	Pourcentage	62,6%	37,4%	100,0%	
<b>Total</b>	Effectif	1851	1095	2946	
	Pourcentage	62,8%	37,2%	100,0%	

Les patients qui avaient une bronchite et ayant reçu les antibiotiques représentaient 92,0% contre 62,6% qui avaient reçu un antibiotique et n'ayant pas une bronchite avec une différence significative (p=0,001).

**Tableau XLVI: Utilisation des antibiotiques dans la prise en charge des conjonctivites au CSCoM des logements sociaux de Yirimadio en 2011.**

Conjonctivite	Antibiotique		Total	X <sup>2</sup> (ddl)	p
	Oui	Non			
Oui	Effectif	4	0	4	
	Pourcentage	100,0%	,0%	100,0%	
Non	Effectif	1847	1095	2942	2,37 (1) 0,304
	Pourcentage	62,8%	37,2%	100,0%	
<b>Total</b>	Effectif	1851	1095	2946	
	Pourcentage	62,8%	37,2%	100,0%	

Les patients qui avaient la conjonctivite et ayant reçu les antibiotiques représentaient 100,0% contre 62,8% qui avaient reçu un antibiotique et n'ayant pas une conjonctivite ; il n'y a pas une différence significative (p=0,304).

**Tableau XLVII: Utilisation des antibiotiques dans la prise en charge des pyodermites au CSCoM des logements sociaux de Yirimadio en 2011.**

Pyodermite	Antibiotique		Total	X <sup>2</sup> (ddl)	p
	Oui	Non			
Oui	Effectif	120	5	125	
	Pourcentage	96,0%	4,0%	100,0%	
Non	Effectif	1731	1090	2821	61,49 (1) 0,0001
	Pourcentage	61,4%	38,6%	100,0%	
<b>Total</b>	Effectif	1851	1095	2946	
	Pourcentage	62,8%	37,2%	100,0%	

Les patients qui avaient la pyodermite et ayant reçu les antibiotiques représentaient 96,0% contre 61,4% qui avaient reçu un antibiotique et n'ayant pas la pyodermite avec une différence significative (p=0,0001).

**Tableau XLVIII: Utilisation des antibiotiques dans la prise en charge de la rougeole au CSCCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011.**

Rougeole		Antibiotique		Total	X <sup>2</sup> (ddl)	p
		Oui	Non			
Oui	Effectif	3	0	3		
	Pourcentage	100,0%	0,0%	100,0%		
Non	Effectif	1848	1095	2943	1,77 (1)	0,299
	Pourcentage	62,8%	37,2%	100,0%		
<b>Total</b>	Effectif	1851	1095	2946		
	Pourcentage	62,8%	37,2%	100,0%		

Les patients qui avaient la rougeole et ayant reçu les antibiotiques représentaient 100,0% contre 62,8% qui avaient reçu un antibiotique et n'ayant pas la rougeole; il n'ya pas une différence significative (p=0,304).

**Tableau XLIX: Utilisation des antibiotiques dans la prise en charge de la Gastroenterite au CSCCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011.**

Gastroentérite		Antibiotique		Total	X <sup>2</sup> (ddl)	p
		Oui	Non			
Oui	Effectif	35	9	44		
	Pourcentage	79,5%	20,5%	100,0%		
Non	Effectif	1816	1086	2902	5,34 (1)	0,027
	Pourcentage	62,6%	37,4%	100,0%		
<b>Total</b>	Effectif	1851	1095	2946		
	Pourcentage	62,8%	37,2%	100,0%		

Les patients qui avaient une gastroentérite et ayant reçu les antibiotiques représentaient 79,5% contre 62,6% qui avaient reçu un antibiotique et n'ayant pas une gastro entérite avec une différence significative (p=0,027).

**Tableau L: Utilisation des antibiotiques dans la prise en charge de diarrhée au CSCCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011.**

Diarrhée		Antibiotique		Total	X <sup>2</sup> (ddl)	p
		Oui	Non			
Oui	Effectif	35	9	44		
	Pourcentage	79,5%	20,5%	100,0%		
Non	Effectif	1816	1086	2902	5,99 (1)	0,016
	Pourcentage	62,6%	37,4%	100,0%		
<b>Total</b>	Effectif	1851	1095	2946		
	Pourcentage	62,8%	37,2%	100,0%		

Les patients qui avaient une diarrhée et ayant reçu les antibiotiques représentaient 79,6% contre 62,5% qui avaient reçu un antibiotique et n'ayant pas une diarrhée avec une différence significative (p=0,016)

**Tableau LI: Utilisation des antibiotiques dans la prise en charge de la fièvre typhoïde au CSCCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011.**

Fièvre typhoïde		Antibiotique		Total	X <sup>2</sup> (ddl)	p
		Oui	Non			
Oui	Effectif	124	4	128		
	Pourcentage	96,9%	3,1%	100,0%		
Non	Effectif	1727	1091	2818	66,40 (1)	0,0001
	Pourcentage	61,3%	38,7%	100,0%		
<b>Total</b>	Effectif	1851	1095	2946		
	Pourcentage	62,8%	37,2%	100,0%		

Les patients qui avaient la fièvre typhoïde et ayant reçu les antibiotiques représentaient 96,9% contre 61,3% qui avaient reçu un antibiotique et n'ayant pas la fièvre typhoïde avec une différence significative (p=0,0001).

## **5. DISCUSSION**

### **Données socio démographiques**

Notre étude a porté sur 2946 patients reçus pour les consultations externes et une partie des consultations de la maternité.

Il convient, en raison de la faible qualité des données sources, de l'étude transversale rétrospective d'être prudent dans l'interprétation causale ou l'estimation de la causalité. C'est pourquoi nous ne pouvons pas dégager dans cette étude une interrelation entre la fréquence constatée et l'insalubrité du milieu (situé en zone péri urbaine et réservoir des eaux usées et dépotoir des ordures).

La forte incidence du paludisme peut être due à la situation périphérique du quartier Yirimadio, à l'insalubrité du milieu, à la saison hivernale. Dans notre étude le sexe féminin a représenté 55,0% des patients, il sera intéressant de chercher aussi à savoir si le paludisme se féminise.

Au terme de l'étude, les patients de la tranche d'âge de 15 à 24 ans étaient les plus représentés avec 23,5% des consultations ; les moins de 15 ans étaient les plus représentés dans l'étude faite par DOLO A <sup>32</sup> ; dans l'étude de Moussa Soumanala tranche d'âge de 15 à 24 ans était la plus représentée avec 24,2%

Dans notre étude le sexe féminin a représenté 55,0% des patients, BALDE <sup>33</sup> et KWEN <sup>34</sup> ont obtenu également une prédominance féminine avec respectivement 57,26% et 51,2% par contre DOLO A <sup>32</sup> a révélé une prédominance masculine avec 58,1% des consultations.

Les élèves et étudiants ont représenté 39,4% des patients, dans l'étude Soumana M <sup>4</sup> les élèves et étudiants sont les plus touchés avec 24,4% ; Lissom R a trouvé 25,63% pour les élèves et étudiants <sup>1</sup>.

84,8% de nos patients étaient de l'aire de santé contre 15,2% qui sont hors aire de santé ; 94,7% étaient de l'aire de santé dans l'étude ( Moussa Soumana). Il ressort de notre étude que 98,9% des patients ont été pris en charge au niveau du CSCom, chez ELIANE 99,0% des patients ont été pris en charge localement <sup>35</sup>.

### **Donnée clinique :**

Notre étude a porté sur 2946 nouvelles consultations ; ce chiffre rapporté à la population de l'aire estimée 17764 habitant nous a donné 0,17 NC \habitants.

L'étude faite par Dolo A <sup>32</sup> sur une population estimée à 23138 habitants au CSCom de Sangha a donné 0,28 NC\ habitant.

Bagayogo O <sup>36</sup> a obtenu 0,33NC\ habitant à partir d'une étude faite sur une population estimée à 30000 habitants.

Les motifs de consultation les plus fréquents sont : fièvre (33,6%), céphalée (18,6%), douleur abdominale (5,4%),

### **Fréquence des différentes maladies:**

Dans notre étude, la fréquence du paludisme était de 56,4% donc il vient au 1<sup>er</sup> rang des maladies rencontrées au CSCom des logements sociaux de Yirimadio. Cette fréquence du paludisme s'expliquerait par plusieurs facteurs : l'insalubrité du milieu à travers sa position géographique qui se trouve en zone péri urbaine, réservoir d'eau usée de toilette et dépôt d'ordures et par les cultures en période hivernale tout autour des habitations. Traoré B en 2009 dans son étude a trouvé une fréquence de 40,9% chez les enfants de 0 à 59 mois <sup>37</sup>.

Aussi, les statistiques sanitaires nationales révèlent que le paludisme se situe toujours au 1<sup>er</sup> rang des affections et représente 42 % des motifs de recours aux soins, dans les formations sanitaires, dans la population générale avec une prévalence nationale de 52,0% selon l'EDSM-V 2012-2013<sup>13</sup>.

Nous avons eu 1456 cas de paludisme simples soit 87,55 contre 207 cas de paludisme graves soit 12,45%. Cette proportion est supérieure aux données de 2012 enregistrées dans les établissements de santé qui étaient de 2 111 434 cas de paludisme avec 1 465 046 de cas simples soit 69,39% et 646 388 cas graves soit 30,61%<sup>37</sup>. Cette différence peut s'expliquer par plusieurs facteurs :un accès aux soins plus facile, une consultation précoce, le niveau d'éducation et le revenu qui sont généralement plus élevés dans la capitale qu'à l'intérieur du pays.



Les traumatismes (13,2%) : Les ouvriers et les ménagères sont largement représentés dans cette catégorie. Dans l'étude de Lyson R, les traumatismes ont représenté 14,0% des consultations <sup>1</sup>et pour Éliane M <sup>35</sup> 10,96 %.

Les IRA ont représenté 5,1% des consultations dans notre étude ; cette fréquence est inférieure à l'étude de Mariko O <sup>38</sup> dans laquelle les pneumonies ont représenté 6% des consultations et de l'étude de Éliane ou les bronchites ont représenté 8% des consultations<sup>35</sup>.

Les pyodermites ont représenté 4,9% des consultations. La fièvre typhoïde a représenté 4,3% des consultations.

### **Distribution des maladies en fonction de l'âge:**

Le paludisme a été le plus représenté chez les patients de la tranche d'âge 1-4 ans avec 61,1% par contre la tranche d'âge 0-11 mois est la moins touchée avec 39,5% ceci peut s'expliquer par le fait que les bébés sont protégés par les anticorps maternels .

Les traumatismes ont été les plus représentés dans la tranche d'âge 5- 24 ans, avec 28,9% ; les pyodermites sont plus représentées dans la tranche d'âge 5-9 ans avec 8,3% des cas ; IRA dans la tranche 0-11mois avec 15,8% des cas.

**Distribution des maladies en fonction du sexe :** 58% des patients de sexe féminin étaient atteints par le paludisme, le sexe féminin a représenté 4,2% des cas de pyodermite. Par contre les patients de sexe masculin étaient atteints respectivement à 54,4% et 4,3%. Le sexe masculin est plus touché par les traumatismes avec 17,6% des cas contre 9,7% pour le féminin. Chez les patients présentant les IRA, 5,6% sont de sexe féminin contre 4,5% qui sont de sexe masculin.

### **Distribution des maladies en fonction de la profession:**

Les commerçants étaient les plus touchés par le paludisme avec 64,9% des cas.

Les ouvriers étaient les plus touchés par les traumatismes avec 38,3%

Les enfants sont les plus touchés par les IRA avec 7,2% des cas.

### **Distribution des maladies en fonction de la provenance:**

En ce qui concerne la provenance 85,1% de nos patients étaient de l'aire de santé, ce qui a fait que ces maladies étaient plus rencontrées chez les patients de l'aire de santé.

## **Examens complémentaires**

Pour l'ensemble des consultations, 1280 gouttes épaisses ont été réalisées (43,4% des consultations) ; et 1265 gouttes épaisses (42,9%) sont revenues positives. La GE a représenté 41,9% des examens complémentaires. La tranche d'âge de 10-14 ans a le plus bénéficié du test de goutte épaisse soit 46,0% suivie par la tranche 1-5 ans soit 22,5%.

## **Traitement**

Dans notre étude 62,8% des patients ont reçu des antibiotiques, chez Éliane les antibiotiques ont été prescrits 90,83%<sup>35</sup>. Ici 9% des moins d'un an ont reçu des antibiotiques, le pic d'utilisation s'observe dans la tranche d'âge de 1à5ans. Dans les pathologies infectieuses : Angine, fièvre typhoïde, bronchite, otite, rougeole, diarrhée, dysenterie la base du traitement a été les antibiotiques.

À ASACOCY seulement 60,7% des patients ont reçu des antalgiques contre 85,81% dans l'étude faite au CSCom de l'Hippodrome par Éliane<sup>35</sup>.

## **6. CONCLUSION**

Comme notre étude le laisse apparaître, le taux de couverture curative de l'aire de santé a été de **0,17** nouvelle consultation par habitant et par an. La classification des maladies selon la RTA nous montre que le paludisme vient au premier rang avec un pic à la période hivernale suivie par les traumatismes et les IRA. Les motifs de consultations restent dominés par la fièvre, céphalée et les douleurs abdominales.

Nous devons explorer les causes et facteurs expliquant cette faible fréquentation dans un CSCOM urbains.

## **7. RECOMMANDATIONS**

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

- **A la Mairie de la commune VI, au CSRéf de la commune VI et à l'ASACO**
  - Renforcer la lutte contre le péril fécal.
  - Assurer la disponibilité des médicaments au CSCOM.
  - Assurer la formation continue du personnel du CSCOM.
  - Augmenter la capacité d'accueil du CSCom.
- **Au Personnel de santé :**
  - Animer les séances d'Information d'Éducation et de Communication pour le Changement de Comportement (IEC/CCC).
  - Faire un bon usage des registres.
  - Faire la recherche active des perdus de vue.
- **Aux Populations de l'aire de santé:**
  - Faire vacciner les enfants et les femmes en âge de procréer.
  - Assainir leur environnement afin de diminuer l'incidence des maladies infectieuses et parasitaires.
  - Utiliser les MII même en dehors de la période de haute transmission.

## **8. RÉFÉRENCES**

1. Lissom, R. M. N. La fréquence des maladies rencontrées au CSCom de Koulouba. (Bamako, 2008).
2. Wikipedia. Initiative de Bamako. (2014). at  
<[http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Initiative\\_de\\_Bamako&oldid=100481433](http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Initiative_de_Bamako&oldid=100481433)>
3. Memoire Online - Facteurs déterminants la faible utilisation des services des soins curatifs dans la zone de santé de Karisimbi - Affable IZANDENGERA ABINTEGENKE. *Memoire Online* at  
<[http://www.memoireonline.com/01/12/5102/m\\_Facteurs-determinants-la-faible-utilisation-des-services-des-soins-curatifs-dans-la-zone-de-sante5.html](http://www.memoireonline.com/01/12/5102/m_Facteurs-determinants-la-faible-utilisation-des-services-des-soins-curatifs-dans-la-zone-de-sante5.html)>
4. Soumana, M. Étude analytique des activités du CSCom de Bacodjicoroni année 2003. (Bamako, 2005).
5. *Rapport trimestriel d'activités de premier echelon*. 1–30 (Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, 2006).
6. Secrétariat général du Ministère de la santé. Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social I. (1998).
7. DNS. *Annuaire des statistiuaques sanitaire 2012 : Système local d'information sanitaire*. (DNS, 2013).
8. Secrétariat général du Ministère de la santé. Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social I. (1998).
9. Secrétariat général du Ministère de la santé. Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social II. (2003).
10. Secrétariat général du Ministère de la santé. Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social II prolongé. (2009).
11. *Rapport mondial : Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2013*. 274 (ONUSIDA, 2013). at  
<[unaid.org](http://unaid.org)>
12. *Rapport mondial : Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2012*. 212 (ONUSIDA, 2012). at  
<[unaid.org](http://unaid.org)>

13. Cellule de Planification et de Statistique (CPS), Institut National de la Statistique (INSTAT), INFO-STAT & ICF International. *Enquête Démographique et de Santé au Mali 2012-2013*. 577 (Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, 2014).
14. Secrétariat général du Ministère de la santé. Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social II prolongé. (2009).
15. DNS. *Annuaire des statistiques sanitaires 2011 : Système local d'information sanitaire*. (DNS, 2012).
16. INRSP, PNL, USAID, CDC & ATN PLUS. *Evaluation de la qualité de la prise en charge des cas de paludisme et des soins prénatals dans les structures de santé du Mali*. 80 (Institut Nationale de Recherche en Santé Publique, 2013).
17. Doumbia, S. S. & Dembélé, M. *Rapport d'évaluation de l'impact de six séances de traitement de masse avec l'ivermectine et l'albendazole sur la microfilarémie dans les sites sentinelles et les sites de contrôle du district de Bamako (Pré-TAS 2014)*. 16 (DNS, 2014).
18. Diabète. WHO at <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/fr/>>
19. Cardiovascular diseases prevention and control - WHO | Regional Office for Africa. at <<http://www.afro.who.int/fr/groupes-organiques-et-programmes/ddc/prevention-et-lutte-contre-les-maladies-non-transmissibles/composantes-du-programme/cardiovascular-diseases-prevention-and-control.html>>
20. Le cancer du col de l'utérus est fréquent chez les femmes africaines. at <<http://www.afro.who.int/media-centre/afro-feature/item/7564-le-cancer-du-col-de-l-utérus-est-fréquent-chez-les-femmes-africaines.html?lang=en>>
21. Prévention du cancer du col de l'utérus par le dépistage à l'aide de méthodes visuelles (IVA / IVL) et le traitement des lésions par la cryothérapie ». - WHO | Regional Office for Africa. at <<http://www.afro.who.int/fr/mali/mali-publications/2258-l-prevention-du-cancer-du-col.html>>
22. Organisation mondiale de la santé. *Rapport sur la santé dans le monde 2001. La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs*. (Organisation mondiale de la santé, 2001).
23. Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social II prolongé. (2009).

24. Soumana, M. Étude analytique des activités du CSCom de Bacodjicoroni en 2003. (Bamako, 2005).
25. Yves M, .Wainsten J-P. *Larousse médical*. (2006). at <[www.larousse.fr](http://www.larousse.fr)>
26. Centers for Disease Control and Prevention & Organisation Mondiale de la Santé. Contrôle de l'infection en cas de fièvre hémorragique virale en milieu hospitalier africain. (1998).
27. OMS | Maladie à virus Ebola: questions-réponses. *WHO* at <<http://who.int/csr/disease/ebola/faq-ebola/fr/>>
28. Baize, S. *et al.* Emergence of Zaire Ebola virus disease in Guinea. *N. Engl. J. Med.* **371**, 1418–1425 (2014).
29. OMS. Les progrès en vue d'éliminer la rougeole sont au point mort, prévient l'OMS. *WHO* at <<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/eliminating-measles/fr/>>
30. IGM. Carte sanitaire de la commune VI. (2010).
31. Diarra, A. Evaluation du centre de sante communautaire de Yirimadio de la commune VI du district de Bamako. (Bamako, 2010).
32. Dolo, A. Activité de soins dans un centre de santé d'arrondissement; cas de Sangha. (Mali, 2001).
33. Baldé, B. Etude épidémiologique de l'ASACOBABA. (1997).
34. Kwen, F. Evaluation du CSCom de Magnambougou. (1997).
35. Mougang Ngongang, E. Fréquence des pathologies rencontrées au CSCom de l'hippodrome. (Bamako, 2009).
36. Bagayogo, O. . Evaluation du CSCom de Sébénikoro-Kalabanougou. (1998).
37. Traoré, B. Etude de la morbidité des enfants de 0 à 59 mois au centre de santé communautaire de Baco-Djicoroni de 2002 à 2006. (Université de Bamako, 2009). at <<http://www.keneya.net/fmpos/theses/2009/med/pdf/09M142.pdf>>
38. Mariko, O. Santé communautaire au Mali : cas de l'ASACOBABA. (Ecole Nationale de Médecine, 1993).

## 9. ANNEXES

### Annexe 1 : Liste des tableaux

<b>Tableau I: Répartition des patients du CSCCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011 selon la tranche d'âge.</b> -----	<b>42</b>
<b>Tableau II: Répartition des patients du CSCCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011 selon le sexe et la tranche d'âge.</b> -----	<b>42</b>
<b>Tableau III: Répartition des patients du CSCCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011 selon la résidence.</b> -----	<b>43</b>
<b>Tableau IV : Répartition des patients du CSCCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011 selon la consultation.</b> -----	<b>44</b>
<b>Tableau V: Répartition des patients du CSCCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011 selon les motifs de consultation</b> -----	<b>44</b>
<b>Tableau VI : Répartition des patients selon la classification du rapport trimestriel d'activité (RTA) des différentes maladies rencontrées au CSCCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011.</b> -----	<b>45</b>
<b>Tableau VII: Les maladies rencontrées au CSCCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011 en fonction des différentes périodes de l'année.</b> -----	<b>46</b>
<b>Tableau VIII : Répartition selon la fréquence du paludisme par mois au CSCCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011.</b> -----	<b>49</b>
<b>Tableau IX : Répartition selon le nombre de cas de paludisme confirmé ou non par mois au CSCCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011.</b> -----	<b>50</b>
<b>Tableau X: Répartition du paludisme selon le sexe au CSCCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011.</b> -----	<b>51</b>
<b>Tableau XI : Évolution du paludisme selon l'âge au CSCCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011.</b> -----	<b>51</b>
<b>Tableau XII: évolution du paludisme selon la résidence</b> -----	<b>52</b>
<b>Tableau XIII: Évolution du paludisme selon la profession</b> -----	<b>52</b>
<b>Tableau XIV: Répartition des patients en fonction de la goutte épaisse réalisée ou non et du paludisme au CSCCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011.</b> -----	<b>53</b>
<b>Tableau XV: Répartition des patients en fonction du TDR réalisé ou non et du paludisme au CSCCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011.</b> -----	<b>53</b>
<b>Tableau XVI: Répartition des cas de traumatisme selon le sexe au CSCCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011.</b> -----	<b>54</b>
<b>Tableau XVII: Répartition des cas de traumatisme selon la tranche d'âge au CSCCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011.</b> -----	<b>54</b>
<b>Tableau XVIII : Répartition des cas de traumatisme selon la profession au CSCCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011.</b> -----	<b>55</b>
<b>Tableau XIX: Répartition des cas de traumatisme selon la résidence au CSCCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011.</b> -----	<b>56</b>
<b>Tableau XX: Évolution de la pyodermite selon le sexe au CSCCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011.</b> -----	<b>56</b>



<b>Tableau XXI : Répartition des cas de pyodermite selon la tranche d'âge au CSCCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011.</b> -----	<b>57</b>
<b>Tableau XXII: Répartition des cas de pyodermite selon la profession au CSCCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011.</b> -----	<b>58</b>
<b>Tableau XXIII : Répartition des cas de pyodermite selon la résidence au CSCCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011.</b> -----	<b>59</b>
<b>Tableau XXIV : Répartition des cas d'infections respiratoires aiguës selon le sexe au CSCCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011.</b> -----	<b>59</b>
<b>Tableau XXV : Répartition des cas d'infections respiratoires aiguës selon la tranche d'âge au CSCCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011.</b> -----	<b>60</b>
<b>Tableau XXVI : Répartition des cas d'infections respiratoires aiguës selon la résidence au CSCCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011.</b> -----	<b>60</b>
<b>Tableau XXVII: Répartition des cas d'infections respiratoires aiguës selon la profession au CSCCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011.</b> -----	<b>61</b>
<b>Tableau XXVIII : Repartition des cas suspects de paludisme au CSCCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011.</b> -----	<b>62</b>
<b>Tableau XXIX: Repartition des patients selon les gouttes épaisses testées positives au CSCCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011.</b> -----	<b>62</b>
<b>Tableau XXX: Répartition des patients selon les examens complémentaires réalisés au CSCCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011.</b> -----	<b>63</b>
<b>Tableau XXXI : Répartition selon les cas suspects de paludisme au CSCCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011.</b> -----	<b>64</b>
<b>Tableau XXXII : Examen biologique de paludisme réalisé (GE et TDR)au CSCCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011.</b> -----	<b>64</b>
<b>Tableau XXXIII: Repartition de la goutte épaisse selon l'aire de santé</b> -----	<b>65</b>
<b>Tableau XXXIV: Repartition de la goutte épaisse selon le traitement anti paludique au CSCCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011.</b> -----	<b>66</b>
<b>Tableau XXXV : Repartition des patients selon l'examen biologique et l'antipaludique au CSCCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011.</b> -----	<b>66</b>
<b>Tableau XXXVI: Répartition de goutte épaisse selon la tranche d'âge au CSCCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011.</b> -----	<b>67</b>
<b>Tableau XXXVII : Répartition des patients selon la décision thérapeutique au CSCCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011.</b> -----	<b>68</b>
<b>Tableau XXXVIII: Repartition des patients selon le traitement antibiotique au CSCCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011.</b> -----	<b>68</b>
<b>Tableau XXXIX: Répartition des patients selon le traitement anti paludique au CSCCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011.</b> -----	<b>69</b>
<b>Tableau XL : Répartition des patients selon le traitement antalgique/anti pyrétique au CSCCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011.</b> -----	<b>69</b>
<b>Tableau XLI : Répartition des patients selon le traitement antihistaminique au CSCCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011.</b> -----	<b>69</b>

<b>Tableau XLII: Utilisation des antibiotiques dans la prise en charge des maladies infectieuses au CSCCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011. -----</b>	<b>70</b>
<b>Tableau XLIII : Utilisation des antibiotiques dans le traitement des otites au CSCCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011.-----</b>	<b>70</b>
<b>Tableau XLIV: Utilisation des antibiotiques dans la prise en charge de l'angine au CSCCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011. -----</b>	<b>71</b>
<b>Tableau XLV : Utilisation des antibiotiques dans la prise en charge des bronchites au CSCCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011.-----</b>	<b>71</b>
<b>Tableau XLVI: Utilisation des antibiotiques dans la prise en charge des conjonctivites au CSCCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011.-----</b>	<b>72</b>
<b>Tableau XLVII: Utilisation des antibiotiques dans la prise en charge des pyodermites au CSCCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011.-----</b>	<b>72</b>
<b>Tableau XLVIII: Utilisation des antibiotiques dans la prise en charge de la rougeole au CSCCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011.-----</b>	<b>73</b>
<b>Tableau XLIX: Utilisation des antibiotiques dans la prise en charge de la Gastroenterite au CSCCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011.-----</b>	<b>73</b>
<b>Tableau L: Utilisation des antibiotiques dans la prise en charge de diarrhée au CSCCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011.-----</b>	<b>74</b>
<b>Tableau LI: Utilisation des antibiotiques dans la prise en charge de la fièvre typhoïde au CSCCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011.-----</b>	<b>74</b>

**Annexe 2 : Liste des figures**

<b>Figure 1 : Carte sanitaire de la Commune VI<sup>30</sup> .....</b>	<b>34</b>
<b>Figure 2 : Carte sanitaire association de santé communautaire des cités de Yirimadio .....</b>	<b>35</b>
<b>Figure 3 : Répartition des patients selon le sexe .....</b>	<b>41</b>
<b>Figure 4 : Répartition des patients du CSCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011selon la profession .....</b>	<b>43</b>
<b>Figure 5 : Tendence des cinq premières maladies du RTA en fonction des 12 mois au CSCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011. ....</b>	<b>48</b>
<b>Figure 6 : Répartition selon les cas confirmés de paludisme au CSCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011. ....</b>	<b>63</b>
<b>Figure 7 :Répartition des cas testés du paludisme sur l'ensemble des consultations au CSCom des logements sociaux de Yirimadio en 2011. ....</b>	<b>65</b>

### **Annexe 3 : Fiche signalétique**

**Prénom** : Fadimata ; **Nom** : KALOSSSI

**E-mail** : [fadikalossi@yahoo.fr](mailto:fadikalossi@yahoo.fr)

**Ville de soutenance** : Bamako. Pays : Mali

**Année universitaire** : 2014-2015

**Secteur d'intérêt** : Santé communautaire.

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

**Titre** : Étude de la morbidité et de la prise en charge des cas au CSCom des logements sociaux de Yirimadio.

#### **RÉSUMÉ**

**But** : le but de l'étude était d'étudier la morbidité et la prise en charge des cas au CSCom des logements sociaux de Yirimadio.

**Méthode** : Il s'agissait d'une étude descriptive transversale rétrospective qui a été menée de janvier à décembre 2011 au CSCOM des cités de Yirimadio. L'échantillonnage était exhaustif et constitué de 2946 patients vus en consultation médicale.

**Résultats** : le sexe féminin représentait 55% avec un ratio de 0,84 en faveur des femmes. La moyenne d'âge était de 15,8 ans, la médiane était de 13 ans. 30,8% des patients avaient moins cinq ans. La tranche d'âge de 15 à 24 ans représentait 23,5% de cas, les élèves et étudiants 39,4%. Le taux de couverture curative de l'aire de santé a été de 0,17 nouvelle consultation par habitant et par an. La fièvre (33,6%), les céphalées (18,6%) et la douleur abdominale (5,4%) étaient les motifs de consultations les plus fréquentes. Les maladies les plus rencontrées selon les rapports trimestriels d'activités étaient le paludisme (56,4%), les traumatismes (13,1%), les infections respiratoires aiguës (haute et basse) avec 5,1%. Les pics de ces différentes maladies ont été observés pendant la période hivernale (août, septembre et octobre).

**Conclusion** : Le taux de couverture curative de l'aire de santé était de **0,17** nouvelle consultation par habitant et par an. La classification du rapport trimestriel d'activités nous montre que le paludisme vient au premier rang avec un pic à la période hivernale suivie par les traumatismes et les infections respiratoires aiguës. Les motifs de consultations restent dominés par la fièvre, les céphalées et les douleurs abdominales.

**Mots clés** : Fréquence ; périodicité ; Maladies ; motifs ; RTA ; Communauté.

**First name:**Fadimata; **Last name:** KALOSSSI

**E-mail:**[fadikalossi@yahoo.fr](mailto:fadikalossi@yahoo.fr)

**City of defense:** Bamako. **Country:** Mali

**Academic year:** 2014-2015

**Area:** Community Health.

**Filing Location:** Library of Pharmacy Faculty of Medicine and Dentistry.

**Title:** Study of morbidity and care for cases CSCOM social housing Yirimadio.

## **ABSTRACT**

**Purpose:** The purpose of the study was to investigate the morbidity and taking cases to CSCOM charge social housing Yirimadio.

**Method:** This was a retrospective cross descriptive study which was conducted from January to December 2011 to the cities of Yirimadio CSCOM. Sampling was comprehensive and consisted of 2946 patients seen in medical consultation.

**Results:** females represented 55%, with a 0.84 ratio in favor of women. The average age was 15.8 years, the median was 13 years. 30.8% of patients were under five. The age group of 15-24 years accounted for 23.5% of cases, pupils and students 39.4%. The curative coverage in the health area was 0.17 new consultations per inhabitant per year. Fever (33.6%), headache (18.6%) and abdominal pain (5.4%) were the most frequent reasons for consultations. The most encountered diseases according to the quarterly activity reports were malaria (56.4%), trauma (13.1%), acute respiratory infections (high and low) with 5.1%. The peaks of these different diseases were observed during the winter months (August, September and October).

**Conclusion:** The curative rate of coverage of the health area was 0.17 new consultations per inhabitant per year. The classification of quarterly activity reports shows that malaria ranks first with a peak in the winter followed by trauma and acute respiratory infections. The reasons for consultations are dominated by fever, headaches and abdominal pain.

**Keywords:** Frequency; Periodicity; Diseases; Grounds; RTA; Community.

Annexe 4 : Fiche d'enquête

**ÉTUDE DE LA MORBIDITÉ ET DE LA PRISE EN CHARGE DES CAS AU CSCOM  
DES LOGEMENTS SOCIAUX DE YIRIMADIO**

**FICHE D'ENQUETE**

**N° fiche**

**Nom et prénom :** .....

**Résidence :** /\_ /

1=aire de santé 2=Hors aire de santé

**Sexe :** /\_ /

1=Masculin 2=Féminin

**Age:**/\_ /

1= [0-12 mois[ 2= [1an-6ans[ 3= [6ans-21ans[ 4= [21ans-40ans[ 5= 40 ans et plus

**Ethnie :** /\_ /

1=Bambara 2= Sonrhäï 3=Dogon 4=Malinké 5=Bobo 6=Peulh 7=Tamashek 8=Bozo 9=Sarakolé 10=Senoufo 11=Maure 12=Autres (à préciser) :

**Profession /\_ /**

1=Commerçant 2=fonctionnaire 3=Paysan 4=Ouvrier 5=Elève /étudiant  
6=Sans profession 7=Ménagère 8=Enfant non scolarisée 9=Autres (à préciser)

**Motif /\_ /**

1=Céphalée 2=Fièvre 3=Douleur abdominale 4=Vomissement 5=Diarrhée  
6=Eruption cutanée 7=Toux 8=Douleur thoracique 9=Autres

**Diagnostic /\_ /**

### **CLASSIFICATION RTA**

<b>N°</b>	<b>Code</b>	<b>Affections</b>
1	A00	Choléra
2	A09	Diarrhée présumée infectieuse en dehors du choléra
a	B05	Rougeole
4	A35	Tétanos
5	A80	Paralysie flasque aiguë
6	A39	Méningite cérébrospinale
7	J22	Tous < 15 jours, IRA basses, pneumonie, bronchopneumonie
8	J06.9	IRA hautes (Rhinopharyngite, rhinite, trachéite)
9	R05	Tous >15 jours
10	A16	Tuberculose suspecte
11	A15.9	Tuberculose confirmée
12	B54	Paludisme simple
13	B50.0	Paludisme grave
14	H10	Conjonctivites
15	A71.9	Trachome
16	H02.2	Trichiasis
17	H54.2	Baisse d'Acuité visuelle (BAV)
18	B65.0	Bilharziose urinaire
19	B82.0	Vers intestinaux
20	R36	Écoulement urétral et/ou dysurie
21	N76.6	Ulcération génitale
22	A65	Syphilis endémique
23	A56.2	Écoulement vaginal
24	R10.2	Douleurs abdominales basses
25	A54.3	Conjonctivite du nouveau-né
26	E45	Insuffisance pondérale
27	R62.8	Retard de croissance
28	E43	Malnutrition grave (Malnutritionsevère)
29	A05.9	Intoxication alimentaire
30	O26.9	Troubles liés à la grossesse

31	O90.9	Troubles liés à l'accouchement et aux post-partum
32	R68.8a	Traumatismes (plaies, brûlures, fractures) liés aux accidents de la voie publique
33	R68.8b	Traumatismes (plaies, brûlures, fractures) non liés aux accidents de la voie publique
34	K02.9	Carie dentaire
35	K05.1	Gingivite simple
36	A69.1	Gingivite ulcéro-nécrotique aiguë
37	À 69.0	Nomma
38	K00-K14	Autres affections de la bouche et des dents
39	I10	HTA
40	H65	Otite aiguë
41	H66	Otite purulente
42	J02.9	Angine
43	B72	Dracunculose
44	B24	SIDA présumé
45	F99	Troubles mentaux
46	L30.9	Eczéma
47	L30.4	Intertrigo (Mycoses des plis)
48	B35.9	Teigne
49	B86	Gale
50	L08.0	Pyodermite
51	B73	Onchocercose
52		Autres

**Décision thérapeutique /\_ /**

1=Locale 2=Référence

**Traitement médical /\_ /**

1=Antibiotique 2=Antipaludéens 3=Antalgique 4=Autres (à préciser) .....

**EXAMENS COMPLÉMENTAIRES**

1= Goutte épaisse

2= Sérologie Widal

3= TDR

4=Autre



### **Annexe 5 :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.

**Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres**, je rendrai à leurs enfants l’instruction que j’ai reçue de leurs pères.

**Que les hommes m’accordent** leurs estime si je suis fidèle à mes promesses !

**Que je sois couverte d’opprobre** et méprisée de mes confrères si j’y manque !

**Je le jure !**