

**MINISTRE DES ENSEIGNEMENTS  
SECONDAIRE, SUPERIEUR ET DE LA  
RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

**REPUBLIQUE DU MALI**

\*\*\*\*\*

**Un Peuple – Un But – Une Foi**



*UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES  
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO*

\*\*\*\*\*



**U.S.T.T-B**

***Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie***

***Année Universitaire 2012 – 2013***

***Thèse N° \_\_\_\_/Med***

**EVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE  
DU PALUDISME PAR LA MEDECINE TRADITIONNELLE  
CHEZ LES ENFANTS DE 0 A 14 ANS  
DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE SELINGUE**

***THESE***

*présentée et soutenue publiquement le \_\_ / \_\_ / 2013*

*devant la Faculté de Médecine et d'Odonto- Stomatologie*

***Par Monsieur Abdoulaye COULIBALY.***

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

***JURY***

<b>Président :</b>	<b>Professeur</b>	<b>Boubacar</b>	<b>TOGO</b>
<b>Membre :</b>	<b>Professeur</b>	<b>Diénéba</b>	<b>DOUMBIA</b>
<b>Co-directeur :</b>	<b>Docteur</b>	<b>Chiaka</b>	<b>DIAKITE</b>
<b>Directeur :</b>	<b>Professeur</b>	<b>Adégné</b>	<b>NIANGALY</b>

## **DEDICACES**

Je dédie ce travail

**A mes parents pour leur soutien inconditionnel et sans limites :**

- **A Mon père : Adama COULIBALY**
- **A Ma mère : Oumou DIARISSO**

Que Dieu les garde le plus longtemps auprès de leurs enfants.

**A mes frères, sœurs.**

## REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont :

- **Au corps professoral de la FMOS** pour l'enseignement et la formation de qualité qu'ils m'ont donnés.
- **Au médecin chef du CSRéf de Sélingué**, le Dr HAIDARA Dadé Ben Sidi, pour sa disponibilité.
- **Au personnel du laboratoire du CSRéf de Sélingué**,
- **Au directeur adjoint du CRFZR-S**, Mamadou COULIBALY, pour son assistance,
- **A mes tantes et oncles** pour leur aide si précieuse,
- **A mes cousines et cousins** pour leur encouragement,

## MENTION SPECIALE

- **A l'association des Tradipraticiens de la santé de Selingué**

Pour leur collaboration, ce travail est le votre.

- **Au sous-préfet de Selingué Ibrahim MAIGA et à sa femme Rokia N'DIAYE :**


Votre soutien a été déterminant pour la réussite de ce travail.

## AUX MEMBRES DU JURY

**A notre maître et président du jury :**

**Professeur Boubacar TOGO**

 *Oncopédiatre au CHU Gabriel TOURE ;*

 *Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE.*

Cher maître, nous vous remercions pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury de thèse ;

Permettez nous de vous exprimez ici, cher Maître le témoignage de notre profonde reconnaissance.

## A notre maître et juge :

### Professeur Diénéba DOUMBIA

- 🇸🇳 *Maître de conférences à la FMOS de Bamako ;*
- 🇸🇳 *Spécialiste en anesthésie-réanimation, urgences et de la médecine des catastrophes ;*
- 🇸🇳 *Membre de la société Française d'anesthésie-réanimation.*

Nous avons été très touchés par votre accueil et la disponibilité dont vous avez fait preuve à notre égard.

A travers ce travail, recevez chère Maître notre profonde gratitude.

## **A notre maître et co-directeur de thèse :**

### **Docteur Chiaka DIAKITE**

- *Maître de Recherche en Gastro-entérologie ;*
- *Chargé de clinique au département de Médecine traditionnelle ;*
- *Membre de la Fédération Internationale de la Société Chinoise de la Médecine traditionnelle.*

Permettez-nous de vous adresser nos remerciements pour l'honneur que vous nous avez fait en nous guidant dans la réalisation de ce travail.

Puissiez-vous trouver ici, cher Maître le témoignage de notre reconnaissance la plus sincère.

## A notre maître et directeur de thèse :

### Professeur Adégné NIANGALY

- 🇲🇱 *Maître de Recherche de classe exceptionnelle à l'INRSP ;*
- 🇲🇱 *Doctorat de 3<sup>e</sup> cycle en Santé communautaire de l'Université Laval, Québec, Canada ;*
- 🇲🇱 *Chef du Centre de Recherche et de Formation en Zone Rurale de Sélingué (CRFZR-S) ;*
- 🇲🇱 *Membre de la Société de Santé Publique du Mali*
- 🇲🇱 *Membre de l'Association des Diplômés de l'Université Laval (ADUL) ;*
- 🇲🇱 *Membre du Comité scientifique et technique de la Maison des Aînés ;*
- 🇲🇱 *Membre du Comité scientifique interne de l'INRSP ;*
- 🇲🇱 *Médecin du personnel de l'INRSP.*

C'est un grand honneur pour nous de vous avoir comme directeur.

Votre constante disponibilité, votre courtoisie, votre humilité, votre sagesse mérite admiration. Nous sommes comblés de l'enseignement dont nous avons bénéficié auprès de vous. Vous avez cultivé en nous l'envie de bien faire.

Que Dieu vous récompense de vos efforts inestimables.



## SIGLES ET ABBREVIATIONS

<b>Cp</b>	Comprimé
<b>CRFZR-S</b>	Centre de Recherche et de Formation en Zone Rurale de Sélingué.
<b>CSCOM</b>	Centre de Santé Communautaire.
<b>CSRéf</b>	Centre de Santé de Référence.
<b>CTA :</b>	Combinaison thérapeutique à base d'artémisinine
<b>DMT</b>	Département Médecine traditionnelle.
<b>GE</b>	Goute Epaisse
<b>IM</b>	Intra musculaire
<b>INRSP</b>	Institut National de Recherche en Santé Publique.
<b>IRA</b>	Infection Respiratoire Aigue
<b>IV</b>	Intra veineuse
<b>Kg</b>	Kilogramme
<b>Mg</b>	Milligramme.
<b>NB</b>	Nota Bene.
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la Santé.
<b>PCR</b>	Polymerase chain Reaction
<b>RBC</b>	Red blood cell (globules rouges)
<b>SLIS</b>	Système Local d'Information Sanitaire.
<b>TDR</b>	Test de diagnostic rapide.
<b>TPS</b>	Tradipraticiens de santé.

## LISTE DES TABLEAUX

<b>TABLEAUX</b>	<b>TITRES</b>	<b>PAGES</b>
<b>Tableau I :</b>	Quelques plantes utilisées dans le traitement du paludisme au Mali.	<b>7</b>
<b>Tableau II :</b>	Caractéristiques du paludisme grave chez les enfants.	<b>12</b>
<b>Tableau III :</b>	Les aires de santé du district sanitaire de Sélingué.	<b>19</b>
<b>Tableau IV :</b>	Répartition des TPS selon le lieu de résidence.	<b>24</b>
<b>Tableau V :</b>	Répartition des TPS selon l'âge, l'ethnie et l'expérience professionnelle	<b>25</b>
<b>Tableau VI :</b>	Signes de paludisme cités par les tradipraticiens de la santé.	<b>26</b>
<b>Tableau VII :</b>	Répartition des TPS selon les signes du paludisme.	<b>26</b>
<b>Tableau VIII :</b>	Réponse des TPS sur le mode de transmission cité.	<b>27</b>
<b>Tableau IX :</b>	Fréquence des modes de transmission cités.	<b>27</b>
<b>Tableau X :</b>	Complications citées par les tradipraticiens de la santé.	<b>28</b>
<b>Tableau XI :</b>	Complications après regroupement des signes.	<b>28</b>
<b>Tableau XII :</b>	Moyens de prévention contre le paludisme cités.	<b>29</b>
<b>Tableau XIII :</b>	Fréquence des moyens de prévention cités.	<b>29</b>
<b>Tableau XIV :</b>	Répartition des pères des patients selon leur occupation principale.	<b>30</b>
<b>Tableau XV :</b>	Répartition des mères des patients selon leur occupation principale.	<b>30</b>
<b>Tableau XVI</b>	Répartition des parents selon leur fréquentation chez le TPS.	<b>31</b>
<b>Tableau XVII :</b>	Moyens de transport utilisés par les accompagnants pour arriver chez le TPS.	<b>31</b>
<b>Tableau XVIII :</b>	Répartition des TPS selon le montant à payer pour la prise en charge.	<b>32</b>
<b>Tableau XIX :</b>	Disponibilité des produits chez le TPS.	<b>32</b>
<b>Tableau XX:</b>	Disponibilité du TPS.	<b>32</b>
<b>Tableau XXI :</b>	Répartition des parents selon leur opinion	<b>33</b>

	sur l'accueil.	
<b>Tableau XXII :</b>	Répartition des TPS en fonction de l'interrogatoire des malades.	<b>33</b>
<b>Tableau XXIII :</b>	Examen clinique des malades.	<b>33</b>
<b>Tableau XXIV :</b>	Répartition des patients selon l'itinéraire thérapeutique.	<b>34</b>
<b>Tableau XXV :</b>	Répartition des enfants malades selon l'ethnie.	<b>36</b>
<b>Tableau XXVI :</b>	Répartition des enfants malades selon le niveau d'instruction.	<b>36</b>
<b>Tableau XXVII :</b>	Répartition des patients en fonction des antécédents.	<b>37</b>
<b>Tableau XXVIII</b>	Répartition des patients en fonction du mode d'apparition de la maladie.	<b>37</b>
<b>Tableau XXIX :</b>	Répartition des enfants en fonction du motif de consultation.	<b>38</b>
<b>Tableau XXX :</b>	Répartition des patients en fonction de la température des à l'entrée.	<b>38</b>
<b>Tableau XXXI :</b>	Répartition des patients en fonction de l'état des conjonctives à l'entrée.	<b>39</b>
<b>Tableau XXXII :</b>	Répartition des patients en fonction du rythme cardiaque.	<b>39</b>
<b>Tableau XXXIII :</b>	Répartition des patients en fonction du résultat de la Goutte Epaisse à l'entrée.	<b>39</b>
<b>Tableau XXXIV :</b>	Répartition des patients selon la nature des produits utilisés pour le traitement.	<b>40</b>
<b>Tableau XXXV :</b>	Répartition des patients selon les parties de la plante utilisée comme moyen de traitement.	<b>40</b>
<b>Tableau XXXVI :</b>	Répartition des patients en fonction de la voie d'administration.	<b>40</b>
<b>Tableau XXXVII :</b>	Répartition des patients en fonction de la durée du traitement.	<b>41</b>
<b>Tableau XXXVIII :</b>	Répartition des patients selon les aspects cliniques au début du traitement et une semaine plus tard.	<b>42</b>
<b>Tableau IXXL :</b>	Répartition des patients selon les aspects biologiques au début du traitement et une semaine plus tard.	<b>43</b>

---

<b>Tableau XL :</b>	Répartition des TPS en fonction de leur habitude à référer vers les structures sanitaires	<b>43</b>
---------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------	-----------

---

## LISTE DES FIGURES

---

<b>FIGURES</b>	<b>TITRES</b>	<b>PAGES</b>
<b>Figure 1 :</b>	Cycle parasitaire du paludisme.	<b>10</b>
<b>Figure 2 :</b>	Représentation graphique des patients en fonction du sexe.	<b>35</b>
<b>Figure 3 :</b>	Représentation graphique des patients en fonction des tranches d'âge.	<b>35</b>

---

<b>TABLE DES MATIERES</b>	<b>PAGES</b>
<b>I - INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>II - OBJECTIF.....</b>	<b>4</b>
2.1 - Objectif général.....	4
2.2 Objectifs spécifiques.....	4
<b>III - GENERALITE.....</b>	<b>5</b>
3.1- Définition des concepts.....	5
3.2 - Fédération Malienne des Associations des Thérapeutes traditionnels et herboristes.....	5
3.3 - Association des Tradipraticiens de la santé du district sanitaire de Sélingué.....	6
3.4 - Prise en charge du paludisme par la médecine traditionnelle .....	6
3.5 – Conception moderne du paludisme.....	8
<b>IV - METHODOLOGIE.....</b>	<b>18</b>
4.1 - Cadre de l'étude.....	18
4.2 - Type d'étude.....	20
4.3 - Population d'étude et échantillonnage.....	20
4.4 - Variables d'études.....	21
4.5 - Outils et procédure de collecte des données.....	22
<b>V - RESULTATS.....</b>	<b>24</b>
5.1 - Tradipraticiens de la santé enquêtés.....	24
5.2 - Perception des parents des enfants malades sur la prise en charge des cas de paludisme par les tradipraticiens de la santé.....	30
5.3 - Appréciation des gestes techniques.....	33
5.4 - Enfants pris en charge par les TPS.....	34
5.5 - Collaboration avec la médecine conventionnelle.....	43
<b>VI - COMMENTAIRE ET DISCUSSION.....</b>	<b>44</b>
6.1 - L'approche méthodologique .....	44
6.2 - Discussion des résultats.....	44
<b>VII - CONCLUSION.....</b>	<b>49</b>
<b>VIII - RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>50</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>51</b>

## **ANNEXES**

---

## **1- INTRODUCTION**

Avec un indice plasmodique de 25,5% [1], chez les enfants de moins de 5 ans, le paludisme est un problème de santé publique dans le district sanitaire de Sélingué.

Erythrocytopathie fébrile et hémolysante, c'est la maladie qui a certainement tué, au cours de l'histoire, plus de personnes qu'aucune autre maladie infectieuse. Selon les estimations, 20% de la population mondiale, principalement dans les pays les plus pauvres, sont exposés au risque de contracter le paludisme [2].

On estime à près de 247 millions le nombre annuel de cas cliniques et à un million le nombre de décès dus à cette maladie. On dénombre également 108 pays à risque dont 45 dans la région africaine [3].

Les pertes économiques dues au paludisme pour l'Afrique ont été estimées à US \$ 12 milliards pour la seule année 2000. Ce qui fait de cette maladie un véritable frein au développement économique des pays en voie de développement [4].

Au Mali, le paludisme est responsable de 37,5% des motifs de consultation dans les services de santé (SLIS 2007). Il représente la première cause de décès des enfants de moins de 5ans et la première cause d'anémie chez les femmes enceintes. [4]

A Sikasso en 2002, 83,3% des hospitalisations concernant les enfants de 0 à 5 ans pour 92,7%, étaient dues au paludisme grave. Le paludisme représentait 65,8% des causes de mortalité.[5]

Armée d'un éventail d'antipaludéens doués d'activités spécifiques et de puissants insecticides, l'Organisation Mondiale de la Santé (O M S) a déclaré en 1955 que la malaria pourrait être éradiquée. Cependant, la conviction des années 1960 qui devait voir aboutir l'éradication du paludisme a fait place à une confusion engendrée par la déception qui suivit l'échec du programme

de l'OMS. Les *Plasmodium* profitaient du répit qui leur était donné pour développer une forme de lutte : la résistance. Cette résistance a entraîné un dérèglement des attitudes thérapeutiques conduisant à la sélection de souches résistantes. [6]

L'apparition de parasites résistants à un principe actif (ex : la chloroquine) oblige les chercheurs à élaborer de nouveaux principes actifs.

Actuellement, la plupart des médicaments antipaludiques sont ainsi constitués de plusieurs principes actifs associés car l'apparition de parasites résistants à plusieurs principes actifs n'ayant pas le même mode d'action, est plus rare. Malheureusement, ces médicaments sont chers et la plupart des pays impaludés sont des pays en voie de développement. Ainsi les personnes touchées n'ont souvent pas les moyens d'acheter ces médicaments efficaces à chaque crise de paludisme et encore moins de se prémunir de la maladie avec un traitement prophylactique.[7]

Face à cette situation, une alternative doit être trouvée. Elle se doit d'être efficace et abordable.

Les plantes ont toujours été utilisées pour le traitement du paludisme en médecine traditionnelle ; elles pourraient donc être une solution intéressante. Les propriétés antipaludiques de certaines plantes ont été scientifiquement prouvées et certains principes actifs ont été purifiés et utilisés en médecine conventionnelle.

Dès 1820, la quinine était purifiée de l'écorce de *Cinchona*, espèce très utilisée en médecine traditionnelle d'Amérique latine. Les médicaments du groupe artémisinine dérivent d'*Artemisia annua*, plante traditionnellement utilisée dans la lutte antipaludique en Asie. Dans ces deux exemples, on peut s'interroger sur l'intérêt de purifier un principe actif issu d'une plante plutôt que d'utiliser la plante elle-même d'autant plus que, bien souvent, les plantes renferment plusieurs principes actifs à action antipaludique. Il devrait donc être moins probable de voir apparaître des parasites résistants à une plante médicinale. Second argument en faveur de l'utilisation des



plantes, elles constituent un remède peu cher. Le seul bémol que l'on puisse opposer à l'utilisation des plantes est qu'il est nécessaire de vérifier que la plante ne contienne pas de substance toxique en plus des substances antipaludiques. [7]

Dans le district sanitaire de Sélingué, la prise en charge des cas de paludisme est assurée en majeure partie par la médecine conventionnelle, c'est-à-dire par les centres de santé. Cependant, il y a dans la zone une association de tradipraticiens de santé (TPS) dont certains membres soignent des cas de paludisme, même si cette prise en charge n'avait jamais été évaluée auparavant.[8]

Le présent travail qui était de réaliser cette évaluation, a fait appel à une série de critères d'évaluation de la qualité des soins et services tels que décrits dans une récente étude de l'INRSP. [1]

Cette évaluation a beaucoup d'intérêt pour les raisons suivantes :

- L'amélioration de l'état de santé d'une population passe par la dynamisation de celle-ci et la mobilisation des ressources locales. L'inventaire des ressources locales a permis de noter l'existence d'une pratique médicale traditionnelle assez variée, répondant aux besoins de la communauté [9] ;
- Le Mali dispose d'une biodiversité florissante ;
- Notre étude contribue à l'amélioration des stratégies communautaires de mise en œuvre des moyens de lutte contre le paludisme au Mali.

## **2- OBJECTIFS**

### **2.1 Objectif général**

Evaluer la prise en charge des cas de paludisme chez les enfants par la médecine traditionnelle dans le district sanitaire de Sélingué.

### **2.2 Objectifs spécifiques**

Les objectifs spécifiques sont :

- Déterminer les connaissances et pratiques des tradipraticiens de santé en ce qui concerne le paludisme chez les enfants de 0 à 14 ans ;
- Evaluer la qualité de la prise en charge des cas de paludisme par les tradipraticiens de santé chez les enfants de 0 à 14 ans ;
- Déterminer l'évolution de la maladie par un suivi clinique et biologique ;
- Déterminer le degré de collaboration des tradipraticiens de santé avec la médecine conventionnelle ;

### **3- GENERALITES**

#### **3.1 Définition des concepts**

- **Médecine traditionnelle** [10]

“ La médecine traditionnelle est l’ensemble de toutes les connaissances , usages de substances, de mesures et de pratiques explicables ou non basées sur les fondements socio-culturels et religieux d’une collectivité donnée, ainsi que sur les expériences vécues et les observations, le tout transmis de génération en génération oralement ou par écrit et utilisés pour diagnostiquer, prévenir ou éliminer un déséquilibre du bien être physique, mental, social ou spirituel ”..

- **Tradipraticiens de santé** [10]

Le tradipraticien est défini traditionnellement comme la personne reconnue par la collectivité dans laquelle il vit comme compétente pour prodiguer des soins grâce à l’emploi des substances d’origine végétale, animale ou minérale et/ou de pratiques basées sur un fondement socioculturel ou religieux.

#### **3.2 Fédération Malienne des Associations des Thérapeutes Traditionnels et Herboristes : (FEMATH)**

Mise en place le 16 Mars 2002, la FEMATH, structure de coordination des thérapeutes traditionnels et herboristes est reconnue sous le récépissé N°0562 MATCL/DNI du 16 Août 2002. Ses missions sont de :

- Coordonner les activités des associations des tradipraticiens à travers la promotion de la médecine traditionnelle, les travaux de recherche et l’organisation des centres scientifiques et socio-éducatifs,
- Promouvoir un code de bonne conduite dans le secteur de la médecine traditionnelle,
- Contribuer à l’établissement d’une plateforme de collaboration entre la médecine traditionnelle et conventionnelle.
- Faciliter la recherche de financement au profit des associations membres.

### **3.3. Association des Tradipraticiens de Santé du district sanitaire de Sélingué :** (voir liste à l'annexe 2)

L'association des TPS de Sélingué a été créée le 21/08/2002 sous le récépissé N°283MATCL, cinq mois après la FEMATH. Elle regroupe 45 membres et 30 d'entre eux traitent le paludisme.

Les deux principaux buts de l'association sont de :

- Contribuer à la prise en charge médicale des malades de la zone ;
- Veiller à la sauvegarde des plantes médicinales en voie de disparition.

La réunion du bureau se tient toutes les deux semaines au niveau du Centre de Recherche et de Formation en Zone Rurale de Sélingué.

### **3.4. Prise en charge du paludisme par la médecine traditionnelle**

Au Mali, le paludisme est défini en bambara par le terme “*suma*” ou “*sumaya*”. Il se manifeste par des céphalées, frissons, fièvres, nausées et vomissements. Cet état correspond au paludisme simple. Le terme “*kônô*” (oiseau) ou “*kônognama*”(maléfice de l'oiseau) correspond à l'accès pernicieux. Pour la médecine traditionnelle, cet état qui se manifeste par des convulsions, perte de connaissance et plafonnement du regard, surtout chez les enfants, est dû à un maléfice causé par un oiseau crépusculaire. Dans le traitement de cet état, un grand nombre de rites incantatoires sont réalisés pour chasser l'oiseau.[7]

Dans plusieurs pays, des études réalisées sur l'usage des plantes ont confirmé leur intérêt dans le traitement du paludisme.

Parmi ces plantes utilisées dans le traitement traditionnel du paludisme, nous pouvons citer quelques unes dans le tableau ci dessous.

**Tableau I : Quelques plantes utilisées dans le traitement du paludisme au Mali. [11]**

<b>Famille</b>	<b>Genre et espèce</b>	<b>Nom bambara</b>
<b>Aizoacée</b>	<i>Glinusoppositifolius</i>	Balassa
<b>Anacardiaceae</b>	<i>Mangifera indica</i> <i>Spondias mombin</i> L	Magoro Mugon
<b>Boraginaceae</b>	<i>Cordia myxa</i>	N'Tèkè
<b>Caricaceae</b>	<i>Carica papaya</i> L	Madjié
<b>Cesalpiniaceae</b>	<i>Cassia sieberiana</i> <i>Bauhinia reticulata</i> <i>Detarium microcarpum</i>	Sindjan Niama Tiénié Tabacouba
<b>Cochospermaceae</b>	<i>Cochlospermum tinctorium</i>	N'Tribaracéni
<b>Combretaceae</b>	<i>Combretum glutinosum</i> <i>Guiera senegalensis</i> <i>Combretum micranthum</i>	Tchangarablé N'kundjè N'golobè
<b>Euphorbiaceae</b>	<i>Alchornea cordifolia</i> <i>Chrozophora senegalensis</i>	Dunféké Dalada
<b>Hypericaceae</b>	<i>Psorospermum guineense</i>	Karidjakouma
<b>Meliaceae</b>	<i>Khaya senegalensis</i>	Djala
<b>Mimosaceae</b>	<i>Acacia albida</i>	Balanzan
<b>Moraceae</b>	<i>Ficus thonningii</i>	Doubalè
<b>Opiliaceae</b>	<i>Opilia celtidifolia</i>	Korongohi
<b>Papaveraceae</b>	<i>Argemone mexicana</i>	Sahibagani
<b>Poaceae</b>	<i>Oxytenanthera abyssinica</i>	Munzobo
<b>Rubiaceae</b>	<i>Gardenia ternifolia</i> <i>Mitragyna inermis</i> <i>Nauclea latifolia</i>	Bouretchè Jun Baro
<b>Rutaceae</b>	<i>Citrus limonum</i> <i>Fagara xanthoxyloides</i>	Némourou Wo
<b>Sapotaceae</b>	<i>Vitellaria paradoxa</i>	Chi

### 3.5. Conception moderne du paludisme

#### 1.5.1 Définition du paludisme

Endémie parasitaire majeure, le paludisme est une érythrocytopathie hémolysante fébrile due à un hématozoaire du genre Plasmodium et transmis à l'homme par la piqûre infestante d'un moustique femelle du genre anophèle.

#### 1.5.2 Epidémiologie : [12]

##### 1.5.2.1 Agents pathogènes

Le protozoaire responsable du paludisme appartient au genre plasmodium qui comporte 4 espèces :

- *P. falciparum* : c'est l'espèce la plus répandue et la plus dangereuse car elle donne la forme la plus redoutable du paludisme, le paludisme cérébral ;
- *P. vivax* : rencontré dans les zones tempérées ;
- *P. ovale* : il est rare et ne se rencontre qu'en Afrique intertropicale ;
- *P. Malariae* : présent dans toute l'Afrique et en Asie.

#### Cycle parasitaire

Le parasite est dixène ; l'homme est l'hôte définitif et l'anophèle l'hôte intermédiaire ou vecteur. Le cycle est complexe et comporte deux phases :

- une phase de multiplication asexuée ou schizogonie se déroulant chez l'homme,
  - une phase de multiplication sexuée ou gamogonie se déroulant chez l'anophèle.
- **Chez l'homme :**
- **Phase hépatique ou schizogonie exo-érythrocytaire**

Au cours de son repas sanguin, l'anophèle infecté inocule à l'homme les formes infestantes appelées sporozoïtes qui sont des éléments fusiformes et

mobiles, se retrouvant rapidement (15 à 30 minutes) dans le sang. Seuls les sporozoïtes qui arrivent dans le foie vont continuer leur évolution. Le sporozoïte dans la cellule hépatique, s'arrondit pour donner une volumineuse cellule appelée trophozoïte qui s'accroît et son noyau se divise plusieurs fois donnant ainsi un schizonte intra-hépatique dont le cytoplasme se fragmente autour de chacun des noyaux formant ainsi des milliers de mérozoïtes. La cellule hépatique éclate et libère les mérozoïtes dont la plupart vont pénétrer dans les hématies amorçant ainsi la phase sanguine.

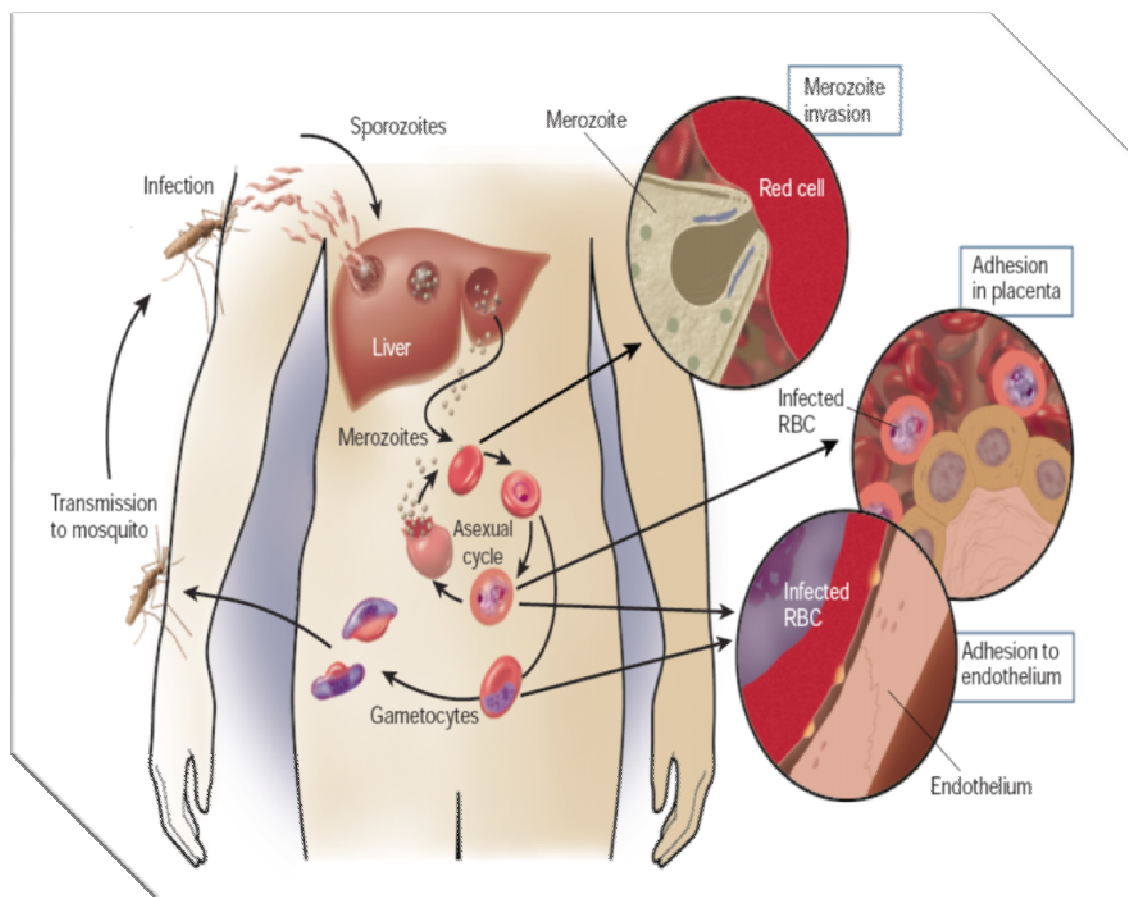
Cette phase d'inoculation dure 10 à 14 jours selon l'espèce et est asymptomatique. Certaines espèces, lorsqu'elles arrivent au stade de trophozoïte rentrent dans une vie ralentie et sont appelées hypnozoïtes. Elles peuvent rester durant 4 à 5 ans dans le foie et sont responsables des rechutes cliniques.

○ **Phase sanguine ou schizogonie endo-érythrocytaire :**

Les mérozoïtes de provenance hépatique vont coloniser les cellules sanguines et se transformer en trophozoïtes jeunes puis en trophozoïtes sages. Le trophozoïte se nourrit d'hémoglobine (Hb) dont le résidu forme un pigment brun appelé hémozoïne. Le noyau du trophozoïte se divise plusieurs fois pour donner un schizonte sanguin. Le cytoplasme du schizonte se fragmente autour de chaque noyau donnant ainsi des mérozoïtes qui vont être régulièrement disposés autour des grains de pigment formant un <<corps en rosace>>. Ce dernier éclate et libère les mérozoïtes qui vont à leur tour envahir de nouvelles hématies.

La durée du cycle est de 48 heures pour *P. ovale*, *P. vivax*, *P. falciparum* et de 72 heures pour *P. malariae*.

L'éclatement quasi-simultané des <<corps en rosace>> d'une même génération provoque l'accès de fièvre typique du paludisme. Certains mérozoïtes se transforment, après plusieurs cycles sanguins en éléments sexués qui sont les gamétocytes dont l'évolution ne peut se poursuivre que chez l'anophèle.



**Figure 1 :** Cycle de développement asexué de *Plasmodium*.

#### ▪ Chez l'anophèle

Le moustique s'installe en avalant le parasite au cours du repas sanguin ; seuls les gamétocytes absorbés avec le sang vont continuer leur développement. Le gamétocyte femelle se transforme en macro-gamète et le gamétocyte mâle va donner 8 microgamètes mobiles. Après fécondation, il se forme un œuf ou zygote qui se transforme en élément mobile appelé Ookinete qui va migrer vers la membrane externe de l'estomac où il se fixe et s'entoure d'une coque pour devenir un Oocyste. Le noyau et le cytoplasme de celui-ci se divisent pour former de nombreux élément allongés fusiformes appelés sporozoïtes. Parvenu à maturité l'Oocyste éclate et libère les sporozoïtes qui vont se diriger vers les glandes salivaires de l'insecte et seront inoculés à un nouveau sujet lors d'un prochain repas.



### 3.5.2.2 Vecteurs

Ce sont des moustiques du genre Anopheles, de l'ordre des Diptera, famille des Culicidae et sous-famille des Anophelinae. Ils regroupent plusieurs espèces ne transmettant pas toute la maladie. Les principaux vecteurs sont :

- Anophelesgambiae S.S.
- Anophelesarabiensis
- Anophelesfunestus

Seules les femelles sont hémato-phages. Le sang absorbé leur permet d'assurer la maturité des ovaires. Après le repas sanguin, l'insecte a besoin de 3 jours pour digérer complètement sa nourriture. La femelle pond des œufs qui donnent des larves. Celles-ci grandissent, se différencient et deviennent adultes en deux (2) semaines.

### 1.5.3 Clinique

#### 1.5.3.1 Accès palustre simple : [13]

Le paludisme simple se définit par la présence de formes asexuées de plasmodium à l'examen sanguin. Quelle que soit l'espèce plasmodiale, il apparaît classiquement trois (3) stades cliniques :

- Une sensation de froid et malaises intenses pendant 1h à 2 h,
- Une ascension rapide de la température corporelle  $\geq 40^{\circ}\text{C}$  avec un pouls lent ou rapide (1h à 4h),
- Une sueur profuse qui accompagne la défervescence thermique. Le malade devient asthénique et présente des courbatures. Il éprouve ensuite une sensation de bien être et tombe dans le sommeil.

L'hépatosplénomégalie reste inconstante et est fonction de la répétition des accès. Ceux-ci vont se répéter tous les 2 ou 3 jours selon l'espèce pendant une dizaine de jours. Ils peuvent soit donner lieu ultérieurement à quelques rechutes similaires plus au moins éloignées (*P. vivax*, *P. ovale*, *P. malariae*), soit évoluer à tout instant vers l'aggravation (*P. falciparum*).

### 1.5.3.2 Paludisme grave

#### 1.5.3.2.1 Définition : [14]

Le paludisme grave se définit par la présence de formes asexuées de *P. falciparum* à l'examen sanguin et l'association d'un ou plusieurs des signes suivants (voir Tableau II)

**Tableau II** : Caractéristiques du paludisme grave chez l'enfant

<b>CARACTERISTIQUES DU PALUDISME GRAVE CHEZ L'ENFANT</b>		
<b>Signes</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Valeur pronostique</b>
Prostration	+++	+
Altération de la conscience	+++	+++
Convulsion multiples	+++	+
Détresse respiratoire	+++	+++
Collapsus circulatoire	+	+++
Œdème pulmonaire	+	+++
Ictère	+	++
Hémoglobinurie	+	+
Saignement anormal	+	+++
Hyperparasitémie	+++	+++
Anémie sévère (Hb<5g /dl ou Ht<15%)	+++	+++
Hypoglycémie (<2,2mmol)	+++	+++
Atteinte rénale	+	++
Acidose	+++	+++
Hyperlactatémie	+++	+++

### 1.5.3.2.2 Diagnostic biologique du paludisme : [14]

Le diagnostic du paludisme est essentiel pour la prise en charge thérapeutique, car plus de 90 % des cas sont déclarés uniquement sur des signes cliniques, ce qui accroît les traitements par excès, la pression médicamenteuse et l'extension des résistances.

Le diagnostic biologique du paludisme permet de confirmer la présomption clinique, de quantifier la parasitémie, d'identifier l'espèce, d'apprécier la gravité du paludisme et d'évaluer l'efficacité du traitement. De ce fait, la disponibilité et l'accessibilité des tests microscopiques sont essentielles pour une utilisation rationnelle des antipaludiques, en particulier les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA).

- **Diagnostic parasitologique/microscopique**

- **Tests conventionnels**

La technique de référence pour le diagnostic des parasites du paludisme est l'**examen microscopique** d'une goutte de sang après coloration au **Giemsa**.

- ✓ La **goutte épaisse** permet d'obtenir un grand nombre de globules rouges déshémoglobinisés, pour faciliter la détection des parasites et la **quantification** de leur densité.
- ✓ Le **frottis sanguin** permet le **diagnostic de l'espèce** du Plasmodium, l'étude de la morphologie du parasite et celle de l'hématie parasitée. Il peut être négatif dans les formes pauci-parasitaires.

- **Tests de diagnostic rapide (TDR)**

Tests d'immunochromatographie basés sur la détection des antigènes parasitaires du sang périphérique en utilisant des anticorps mono ou polyclonaux dirigés contre les cibles antigéniques du parasite.

Les trousse de détection prêtes à l'emploi permettent de mettre en évidence en quelques minutes la présence de Plasmodium, sans nécessiter ni laboratoire, ni électricité, ni équipement spécial.

- **Polymerasechainreaction (PCR)**
- **Séro-immunologie**

- **Autres examens**

Des examens hématologiques et biochimiques permettent d'apprécier la gravité du paludisme et d'évaluer la tolérance au traitement :

L'**hémogramme** permet de rechercher une **anémie**, une **thrombopénie**, voire une **leucopénie**, soit liée à l'infection palustre, soit d'origine iatrogène. Une **hyperleucocytose** peut se voir dans le paludisme grave ou en cas d'infection bactérienne associée.

#### **1.5.4 . Stratégie de lutte contre le paludisme :**

Le programme national de lutte contre le paludisme a adopté une stratégie nationale de lutte contre le paludisme.

Les principales stratégies de lutte sont axées sur la prévention et le traitement.

##### **3.5.4.1. La prévention [15] :**

- **La lutte anti vectorielle :**

La lutte anti vectorielle est l'une des stratégies essentielles de lutte antipaludique préconisée au Mali. Elle a pour but de réduire ou même de supprimer la transmission du paludisme.

Ses principales composantes sont la lutte anti larvaire, la lutte contre les moustiques adultes et la réduction du contact homme vecteur. Cette dernière comprend les actions comme la protection individuelle ou collective contre les vecteurs. Ces actions s'appuient sur l'utilisation d'une barrière physique ou chimique pour éviter les contacts avec les moustiques. Divers moyens sont utilisés dont les moustiquaires de lit, les grillages et les rideaux placés au niveau des ouvertures des habitations et les substances répulsives. Ces actions doivent être associées aux mesures d'assainissement du milieu.

- **La chimio prévention :**

- **Chez la femme enceinte :**

Le traitement préventif intermittent à la sulfadoxinepyriméthamine doit être administré entre le quatrième et le huitième mois de la grossesse avec un

intervalle minimum de 1 mois entre les prises. Ce traitement doit être associé à une prise d'acide folique et de fer.

En raison de l'antagonisme entre l'acide folique et la SP il est conseillé de donner l'acide folique une semaine après la prise de la SP.

La posologie du TPI à la SP est la suivante :

- 25 mg/Kg de la composante Sulfadoxine et 1,25 mg Kg de la composante Pyriméthamine, soit un  $\frac{1}{2}$  comprimé pour 10 Kg de poids.

Chez la femme enceinte la prise de 3 comprimés (en moyenne) est indiquée pour chaque cure.

La sulfadoxine pyriméthamine est contre indiquée chez la femme enceinte au cours du premier trimestre et du neuvième mois de la grossesse. Pendant cette période la protection de la femme enceinte sera assurée par l'utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticide et les conseils pour qu'elle fréquente un centre de santé devant tout symptôme ou signe clinique.

- **Chez les sujets neufs :**

Pour les touristes il s'agit de :

- La méfloquine (250 mg) : Adultes (poids supérieur à 45 Kg) : un comprimé par semaine.

En cas d'intolérance à la méfloquine et pour les séjours de courte durée prescrire la doxycycline (100 mg) par jour.

L'association de l'atovaquone (250 mg) et Proguanil (100 mg) : Adultes (poids supérieur à 45 Kg) : un comprimé par jour

Pour les sujets immunodéprimés et les drépanocytaires il s'agit de la SP en traitement préventif intermittent pendant la saison de transmission.

### **3.5.4.2. Le traitement [16]:**

La prise en charge des cas est la principale composante de la stratégie nationale de lutte contre le paludisme. Elle s'exerce à la fois au niveau des formations sanitaires (publiques, privées et communautaires) mais aussi au niveau de la communauté (ménages, villages, quartiers).

○ **La prise en charge des cas simples de paludisme** [16]:

Devant toute fièvre (température axillaire supérieure ou égale à 37,5 °C ) ou toute notion d'antécédents de corps chaud, un accès palustre simple doit être évoqué en l'absence de tout autre cause de fièvre et de signe de gravité en zone d'endémie .

• **Accès palustres simples sans vomissements :**

- *La combinaison Artéméther - Luméfantrine (Coartem) est recommandée en première intention :*

Comprimé de 20 mg d'Artéméther + 120 mg de Luméfantrine

*Chez l'adulte (poids supérieur ou égal à 35 Kg) : 6 doses sur 3 jours*

4 comprimés (cp) à prendre deux fois par jour pendant 3 jours.

*Chez les enfants : 6 doses sur 3 jours en fonction du poids corporel*

Inférieur à 15 Kg : 1 cp à prendre deux fois par jour pendant 3 jours

15-25 Kg : 2 cp à prendre deux fois par jour pendant 3 jours

25-35 Kg : 3 cp à prendre deux fois par jour pendant 3 jours

Chaque dose doit être administrée avec un aliment gras.

- *La combinaison Artésunate-sulfadoxine-pyriméthamine est recommandée en deuxième intention :*

*Premier jour : AS 4 mg/Kg et SP 1 comprimé pour 20 Kg*

*Deuxième jour : AS 4 mg/Kg*

*Troisième jour : AS 4 mg/Kg*

- *Les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine et ses dérivés (CTA) doivent être utilisées après un diagnostic biologique du cas de paludisme au niveau des structures de santé.*

○ **La prise en charge des cas de paludisme grave** [16] :

La quinine est le médicament de choix pour le traitement du paludisme grave. Elle est administrée en perfusion intra-veineux (IV)

- **Enfants**

- Dose de charge : 20 mg /kg de sel de chlorhydrate de quinine (16,6mg base), dilués dans le sérum glucosé 5% ou 10% en 2-4heures, puis ;
- Dose d'entretien : 10 mg/kg de sel de chlorhydrate de quinine (8,3mg base) 12 heures après le début de la dose de charge ;
- Passer a la voie orale dès que possible.

- **Adultes :**

- Dose de charge : 20 mg/kg de sel de chlorhydrate de quinine (16,6mg base) dans le sérum glucosé 5% ou 10% en perfusion pendant 4heures ;
- Dose d'entretien : 10 mg/kg de sel de chlorhydrate de quinine (8,3mg base).

Intervalle entre les perfusions : 8 heures

## 4- METHODOLOGIE

### 4.1 Cadre de l'étude

#### 4.1.1 Le District Sanitaire de Sélingué

- **Limites géographiques :**

Sélingué est à 135 Km de Bamako.

La zone sanitaire de Sélingué est comprise entre les parallèles 11° 15' ; 11° 40' latitude N et les méridiens 08° 05' ; 08° 25' longitude O.

Elle fait partie du cercle de Yanfolila, dans la 3<sup>ème</sup> région administrative (région de Sikasso).

La zone dispose d'un barrage imposant qui porte son nom (Barrage de Sélingué). [1]

- **Climat et végétation :**

Le climat de type soudanien caractérise la zone, marquée par l'alternance d'une saison sèche et d'une saison pluvieuse avec une pluviométrie atteignant souvent 1200 mm par an. Le paludisme y est hyper endémique et holo-endémique. [17]

- **Hydrographie :**

La zone est arrosée par deux cours d'eau qui sont des affluents du fleuve Niger : le Sankarani et le Wassoulou-Ballé. Ces derniers prennent leur source en Guinée dans le Fouta Djallon. La Construction du barrage de Sélingué qui produit annuellement 150 millions de Kwh sur le Sankarani a suscité la création d'un lac de retenue d'eau d'une superficie de 4 900 ha avec une capacité de 2 milliards m<sup>3</sup>

- **Peuplement et démographie :**

*Peuplement :*

Il y a deux régions traditionnelles distinctes par leur culture et leur peuplement :



- **Le Baya** peuplé surtout par des Malinkés et quelques hameaux Peulh.
- **Le Ouassoulou** : habité surtout par des Peulhs originaires du Fouta Djalon.

*La démographie :*

La population actualisée du district sanitaire en 2012 était de 91 426 habitants

Les ethnies dominantes sont les Peuls et les Malinkés auxquelles s'ajoutent des migrants Bozos et Dogon. La langue la plus parlée est le Malinké. La religion musulmane est prédominante.

Les principales activités économiques sont l'agriculture, l'élevage, la pêche et l'orpaillage traditionnel.[17]

• **Infrastructures sanitaires :**

Il y a sept centres de santé communautaire (CSCOM) fonctionnels sur huit prévus, un centre de santé de référence (CSRéf) et un centre de recherche et de formation en zone rurale (CRFZR-S) qui est l'antenne de l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP) dans la région de Sikasso.

**Tableau III** : Les aires de santé du district sanitaire de Sélingué

<b>Aire de santé</b>	<b>Population actualisée de L'aire de santé 2012</b>	<b>Date de lancement</b>
Tagan	10 584	28-02-1998
Siekorolé	17 990	31-03-1998
Binko	19 390	01-02-1999
Kangaré	21 115	08-02-1999
Carrière	7 798	08-08-2003
Faraba	6 960	01-07-2008
Diarani	7 589	01-07-2009
<b>Total</b>	<b>91 426</b>	

Le plus ancien des sept CSCOM a été lancé il y a quinze ans (aire de Tagan) et le plus récent remonte à 4 ans (Diarani).

#### **4.1.2 Les localités enquêtées :**

Les localités enquêtées sont celles où résident les TPS retenus. Elles appartiennent aux aires de santé de Carrière (10 ans d'ancienneté) et de Kangaré (14 ans).

L'aire de santé de Carrière comprend trois villages et cinq hameaux pour une population de 7798 habitants en 2012. Le CSCOM est dirigé par un technicien de santé. Celui de Kangaré comprend onze villages pour une population de 21115 habitants en 2012. Le CSCOM était dirigé par un médecin qui vient d'être affecté ailleurs.

NB : la liste des villages des aires de santé se trouve dans l'annexe 2.

#### **4.2 Type d'étude :**

Nous avons mené une étude descriptive transversale à passages répétés dans les localités où résidaient les TPS inclus dans l'étude.

Elle s'est déroulée en deux phases.

La première phase allait de Mai à Août 2012. Elle a permis de :

- retenir les TPS à enquêter qui sont impliqués dans la prise en charge des cas de paludisme chez les enfants ;
- déterminer les connaissances et pratiques des TPS sur le paludisme ;
- suivre la prise en charge de 101 cas sur le plan clinique et biologique.

La deuxième phase s'est déroulée d'octobre à décembre 2012. Elle a permis d'approfondir la réactivité (accueil et communication entre les TPS et les usagers).

#### **4.3 Population d'étude et échantillonnage :**

Les populations cibles étaient :

- les tradipraticiens de la santé qui traitent le paludisme ;
- les enfants malades pris en charge par le tradipraticien de la santé ;
- les accompagnants de ces enfants malades.

L'échantillonnage a été exhaustif pour les enfants qui obéissent aux critères d'inclusion.

#### **4.3.1 Critères d'inclusion :**

- Tout tradipraticien de santé du district sanitaire de Sélingué qui exerce depuis 8 ans au moins et qui prend en charge les cas de paludisme ;
- Tout malade de 0-14 ans venu en consultation pour la première fois et pris en charge pour paludisme ;
- Tout accompagnant ayant conduit un enfant malade de 0-14 ans chez le TPS.

#### **4.3.2 Critères de non inclusion :**

- Les enfants traités simultanément avec la médecine conventionnelle et traditionnelle ;
- Les tradipraticiens de santé ayant moins de 8 ans d'expérience.

#### **4.4. Variables d'étude :**

Les informations collectées sont portées sur :

- les variables socio-démographiques ;
- les connaissances des tradipraticiens de santé sur le paludisme ;
- les critères d'appréciation de la qualité de la prise en charge des cas ;
- les signes cliniques à l'entrée ;
- les résultats de la goutte épaisse à l'entrée ;
- les signes cliniques à la visite de contrôle ;
- les résultats de la goutte épaisse à la sortie ;
- l'évolution de la maladie ;
- la collaboration des tradipraticiens de santé avec la médecine conventionnelle.

## **4.5 Outils et procédure de collecte des données :**

### **4.5.1 Outils de collecte :**

Les outils de collecte étaient les suivants :

- un questionnaire destiné aux tradipraticiens de santé ;
- un questionnaire accompagnant de l'enfant malade ;
- un guide d'observation pour l'appréciation des gestes techniques des tradipraticiens de santé;

### **4.5.2 Procédure de collecte :**

La procédure se déroulait comme suit :

Nous avons tenu une réunion avec les membres de l'association des TPS de Sélingué afin de leur présenter l'objet de notre étude. A la fin de cette réunion sept TPS qui traitent le paludisme se sont portés volontaires pour être inclus dans l'étude.

Un entretien individuel s'est déroulé avec chacun des sept TPS dans leur village pour recueillir leurs connaissances et pratiques concernant le paludisme.

Nous avons ensuite observé le TPS en activité pour évaluer les qualités de la prise en charge des cas de paludisme.

L'entretien avec les accompagnants consistait à recueillir leurs opinions sur l'accessibilité aux soins (géographique, financière, disponibilité du TPS, disponibilité des produits) et sur la relation entre le TPS et les usagers.

Après l'examen clinique effectué par le TPS sur le malade, nous avons procédé nous même à un interrogatoire et un examen physique de chaque enfant pour confirmer ou pas le diagnostic du TPS.

Les signes à rechercher étaient : la température, la pâleur conjonctivale, la tachycardie et l'hépto-splénomégalie.

Enfin, nous avons procédé à un prélèvement de sang sur chaque malade au domicile du TPS pour réaliser la GE ; la lecture se faisait au laboratoire du CSRéf de Sélingué.

Après une semaine nous avons repris l'interrogatoire et l'examen physique du malade ainsi que le contrôle biologique pour évaluer l'efficacité du traitement.

## 5- RESULTATS

### 5.1. Tradipraticiens de santé enquêtés

#### 5.1.1. Caractéristiques socio-démographiques

Nous avons enquêté en tout sept TPS qui étaient tous de sexe masculin et âgé de 40 à 65 ans.

Un seul est allé à l'école et avait le niveau 9<sup>e</sup> année de l'enseignement fondamental. Quatre TPS sur les sept vivaient de l'activité de médecine traditionnelle. La majorité n'avait pas de carte professionnelle (6 sur 7).

Leurs lieux de résidence étaient les suivants :

**Tableau IV** : Répartition des TPS enquêtés selon le lieu de résidence

Lieu de résidence	Effectifs	Distance du CSCOM (km)	Distance du CSRéf (km)	Aire de santé
Batourou	1	1	2	Kangaré
Dalabala	4	3	4	Kangaré
Carrière	2	1	5	Carrière

Les TPS résidaient dans 3 localités différentes appartenant à deux aires de santé de la même commune, celle de Baya. Quatre TPS sur les 7 résidaient dans la même localité (Dalabala).

**Tableau V** : Répartition des TPS selon l'âge, l'ethnie et l'expérience professionnelle

<b>N°</b>	<b>Age (année)</b>	<b>Ethnie</b>	<b>Expérience professionnelle (année)</b>	<b>Source du savoir</b>
<b>1</b>	40	Dogon	8	Père
<b>2</b>	57	Malinké	12	Recherche personnelle
<b>3</b>	56	Peulh	15	Père
<b>4</b>	50	Malinké	10	Père
<b>5</b>	65	Bambara	35	Recherche personnelle
<b>6</b>	60	Bozo	18	Recherche personnelle
<b>7</b>	51	Peulh	23	Recherche personnelle

La plupart des TPS enquêtés avait moins de 60 ans (40-59) ans = 5 personnes ; 60 ans et plus = 2 personnes). La moitié était composée de Peulh et Malinké et avait 8-15 ans d'expérience professionnelle (4 personnes), contre 3 personnes qui en avaient 16 ans et plus. Leur savoir était soit le fruit d'une recherche personnelle (4 personnes) ou un héritage paternel (3 personnes).

### 5.1.2 Connaissances des tradipraticiens de santé sur le paludisme

- **Nom vernaculaire :**

Les 7 TPS enquêtés appelaient le paludisme « *sumaya* ».

- **Symptômes :**

**Tableau VI :** Signes de paludisme cités par les tradipraticiens de santé

<b>TPS</b>	<b>Signes cités</b>
<b>1</b>	Céphalée vespérale, fièvre, vomissement, vertige, palpitation
<b>2</b>	Hypotonie, conjonctives jaunes, anorexie
<b>3</b>	Hypotonie, hyper sialorrhée, conjonctives jaunes, vomissement
<b>4</b>	Hypotonie, fièvre, pâleur conjonctivale, palpitation
<b>5</b>	fièvre, insomnie, ballonnement, frisson, constipation
<b>6</b>	Céphalée, urines jaunes, conjonctives jaunes
<b>7</b>	Céphalée, fièvre, vomissement, palpitation

Le nombre de signes cités variaient selon les TPS. Cependant il y avait deux TPS qui ont évoqué les signes typiques de paludisme (1 et 7).

**Tableau VII :** Fréquence des signes cités

<b>Signes cités</b>	<b>Nombre de fois</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Fièvre</b>	4	14,3
Céphalée	3	10,7
Vomissement	3	10,7
Palpitation	3	10,7
Hypotonie	3	10,7
Conjonctives jaunes	3	10,7
Anorexie	1	3,6
Hyper sialorrhée	1	3,6
Conjonctives blanches	1	3,6
Insomnie	1	3,6
Vertige	1	3,6
Ballonnement	1	3,6
Frisson	1	3,6
Constipation	1	3,6
Urines jaunes	1	3,6
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100,0</b>

Les signes les plus cités étaient : fièvre, (14,3%), vomissement, céphalée palpitation, hypotonie, conjonctives jaunes (10,7% respectivement).



- **Mode de transmission :**

**Tableau VIII :** Mode de transmission du paludisme cité

<b>TPS</b>	<b>Mode de transmission cité</b>
<b>1</b>	Excès d'huile alimentaire, proximité habitations- cours d'eau
<b>2</b>	Piqûre d'insecte, proximité champs- cours d'eau, excès d'huile alimentaire
<b>3</b>	Pas de cause déterminée
<b>4</b>	Piqûre de moustique
<b>5</b>	Piqûre de moustique, eaux stagnantes
<b>6</b>	Aliments trop gras, consommation de fruit de karité, proximité habitations- cours d'eau
<b>7</b>	Piqûre de moustique

Deux TPS ont évoqué un mode de transmission correct: piqûre de moustique (4 et 7) ; d'autres ont cité des facteurs favorisants : proximité habitations - cours d'eau ; proximité champs - cours d'eau ; eaux stagnantes. Selon un TPS, il n'y pas de cause déterminée.

**Tableau IX :** Fréquence des modes de transmission cités

<b>Mode de transmission cité</b>	<b>Nombre de fois</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Alimentation trop grasse</b>	4	30,8
Humidité	4	30,8
Piqûre de moustique	2	15,4
Piqûre d'insecte	1	7,7
consommation de fruit de karité	1	7,7
Pas de cause déterminée	1	7,7
<b>Total</b>	<b>13</b>	

**Humidité** = Proximité habitations/champs avec cours d'eau/ eaux stagnantes

Les plus cités étaient « alimentation trop grasse » et « humidité » (30,8% dans les deux cas).

- **Complications :**

**Tableau X :** Complications citées par les tradipraticiens de santé

<b>TPS</b>	<b>Complications citées</b>
<b>1</b>	Décès, prurit, anémie, hémorroïde
<b>2</b>	Ictère
<b>3</b>	Anémie, ictère
<b>4</b>	Convulsions (djaali-bana)
<b>5</b>	Epilepsie
<b>6</b>	Accès pernicieux (kônô)
<b>7</b>	Anémie, ictère

Tous les TPS ont cité au moins une complication réelle du paludisme (anémie, ictère, convulsion).

**Tableau XI :** Complications après regroupement des signes

<b>Complications citées</b>	<b>Nombre de fois</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Ictère</b>	<b>4</b>	<b>30,8</b>
Anémie	3	23,1
Convulsions (djaali-bana)	2	15,4
Accès pernicieux (kônô)	1	7,7
Décès	1	7,7
Epilepsie	1	7,7
Hémorroïde	1	7,7
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100,0</b>

Après regroupement, les complications citées étaient dominées par l'ictère (30,8%), l'anémie (23,1%) et les convulsions (15,4%).

- **Prévention :**

**Tableau XII :** Moyens de prévention contre le paludisme cités

<b>TPS</b>	<b>Moyens de prévention cités</b>
<b>1</b>	Dormir sous MII, éviter alimentation grasse, évité de se laver la nuit ou de se coucher en plein air
<b>2</b>	Eviter les repas trop refroidis
<b>3</b>	Traitement préventif (décoction)
<b>4</b>	Dormir sous MII, éviter alimentation grasse
<b>5</b>	S'éloigner des cours d'eau
<b>6</b>	Traitement préventif (décoction)
<b>7</b>	Dormir sous MII et assainir l'environnement

MII = moustiquaire imprégnée d'insecticide

Les Moyens de prévention corrects cités étaient « dormir sous MII et assainir l'environnement ».

**Tableau XIII :** Fréquence des moyens de prévention cités

<b>Moyens de prévention</b>	<b>Nombre de fois</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Dormir sous moustiquaire</b>	<b>3</b>	<b>25</b>
Eviter les aliments trop gras	2	16,7
Traitement préventif	2	16,7
Eviter de se laver la nuit	1	8,3
Eviter de se coucher en plein air	1	8,3
Eviter les repas trop refroidis	1	8,3
S'éloigner des cours d'eau	1	8,3
Assainir l'environnement	1	8,3
<b>Total des citations</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>

Dormir sous moustiquaire a été le plus cité (25%) ; ensuite viennent le traitement préventif (16,7%) et éviter l'alimentation trop grasse (16,7%).

## 5.2 Perception des parents des enfants malades sur la prise en charge des cas de paludisme par les TPS

### 5.2.1 Occupation principale des parents :

- **Occupation principale du père :**

**Tableau XIV :** Répartition des pères des patients selon leur occupation principale

Occupation principale des pères	Effectif	Pourcentage (%)
<b>Cultivateur</b>	<b>43</b>	<b>42,6</b>
Pêcheur	33	32,7
Ouvrier	10	9,9
Commerçant	8	8
Eleveur	3	3
Chauffeur	2	2
Enseignant	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

Les cultivateurs sont les plus représentés (42,6%), suivis des pêcheurs (32,7%).

- **Occupation principale de la mère :**

**Tableau XV :** Répartition des mères des patients selon leur occupation principale

Occupation principale des mères	Effectif	Pourcentage (%)
<b>Ménagère</b>	<b>83</b>	<b>82,2</b>
Vendeuse	17	16,8
Enseignante	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

Les ménagères venaient en tête avec 82,2%.

## 5.2.2 Accessibilité aux soins

- **Durée de la fréquentation des tradipraticiens de santé par les malades**

**Tableau XVI :** Répartition des parents selon leur fréquentation chez le TPS

<b>1ère visite chez le TPS</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Non</b>	<b>60</b>	<b>59,4</b>
Oui	41	40,6
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

La plupart des parents n'étaient pas à leur première visite chez le TPS (59,4%).

- **Accessibilité géographique :**

**Tableau XVII :** Moyens de transport utilisés par les accompagnants pour arriver chez le TPS

<b>Moyens de transport</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>A pied</b>	<b>49</b>	<b>48.5</b>
Moto	43	42.5
A vélo	9	9
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

La plupart des parents venaient à pied chez le TPS (48.5%).

**Tableau XVIII :** Répartition des TPS selon le montant a payé pour la prise en charge.

<b>Coût de la prise en charge (F CFA)</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Rien payé</b>	<b>3</b>	<b>42,8</b>
1000 à 2000	2	28,5
1500 à 2500	1	14,2
200 à 500	1	14,2
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>100</b>

Dans la majorité des cas les TPS ne demandaient rien aux parents pour leur prestation de service (42,8%).

### 5.2.3 Continuité des soins

**Tableau XIX :** Disponibilité des produits chez le TPS

<b>Disponibilité des produits</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Oui</b>	<b>67</b>	<b>66,3</b>
Non	34	33,7
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

La plupart des parents ont affirmé que les produits étaient disponibles chez le TPS, soit 66,3%.

**Tableau XX :** Disponibilité du TPS

<b>Disponibilité du TPS</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Oui</b>	<b>63</b>	<b>62,3</b>
Non	38	37,7
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

Selon la majorité des parents (62,3%) les TPS étaient toujours disponibles chez eux.

#### 5.2.4 Réactivité :

**Tableau XXI** : Répartition des parents selon leur opinion sur l'accueil.

Accueil des patients	Effectif	Pourcentage (%)
<b>Courtois</b>	<b>98</b>	<b>97</b>
Peu courtois	3	3
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

La majorité des parents ont affirmé qu'ils ont été bien accueillis (97%).

#### 5.3. Appréciation des Gestes techniques

Nous avons procédé à l'appréciation des gestes techniques par l'observation du TPS en activité.

- **Interrogatoire :**

**Tableau XXII** : Répartition des TPS en fonction de l'interrogatoire des malades.

TPS a posé quelques questions	Effectif	Pourcentage (%)
<b>Oui</b>	<b>36</b>	<b>35,6</b>
Non	65	64,4
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

Dans la majorité des cas les TPS n'ont pas posé de question au parent du malade (64,4%).

- **Examen clinique de l'enfant :**

**Tableau XXIII :** Examen clinique des malades

<b>Enfant examiné par le TPS</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Oui</b>	<b>82</b>	<b>81,1</b>
Non	19	18,9
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

Contrairement à l'interrogatoire, beaucoup de malades ont bénéficié de l'examen clinique (81,1%). Cela a consisté à toucher leur corps pour rechercher la fièvre, à regarder leurs yeux pour voir la coloration des conjonctives.

- **Examens complémentaires :**

Aucun TPS n'a demandé un bilan complémentaire pour confirmer son diagnostic de paludisme.

#### **5.4. Les enfants malades pris en charge par les tradipraticiens de santé**

Dans notre étude 101 enfants malades ont été pris en charge pour paludisme.

##### **5.4.1. Itinéraire thérapeutique :**

**Tableau XXIV :** Répartition des patients selon l'itinéraire thérapeutique.

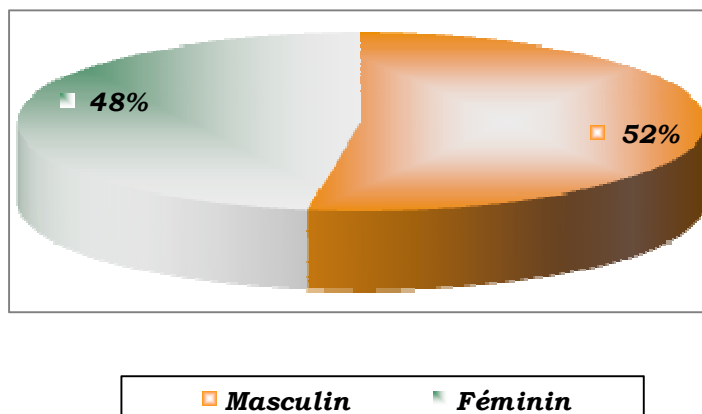
<b>Origines des Patients</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Venus directement</b>	<b>71</b>	<b>70,3</b>
Automédication puis TPS	26	25,7
Centre de santé puis TPS	2	2
<b>TOTAL</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

Le premier recours de la majorité des enfants malades a été le TPS (70,3%) ; Cependant 25,7% ont d'abord essayé l'automédication.



### 5.4.2. Caractéristiques socio-démographiques des enfants malades

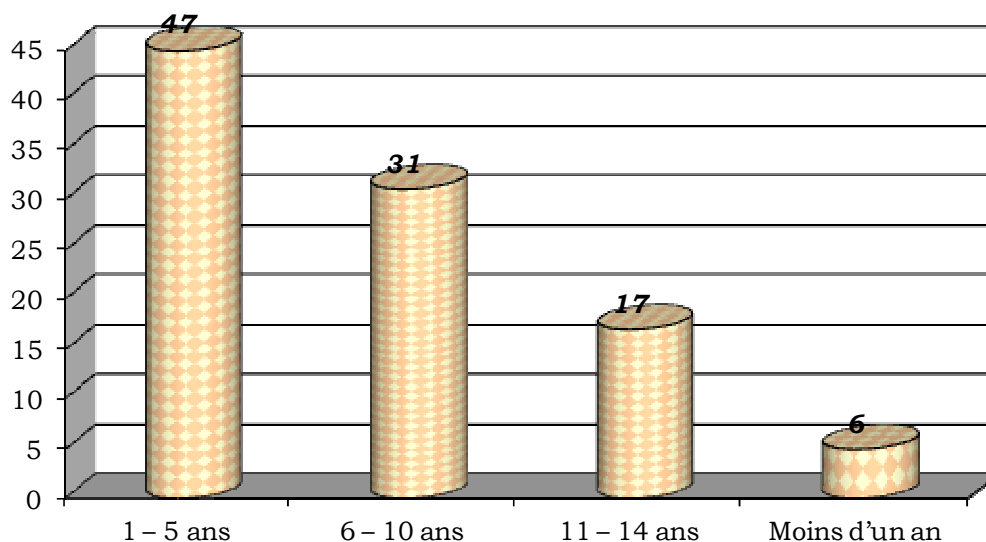
- Répartition selon le sexe



**Figure 1 :** Représentation graphique des patients en fonction du sexe.

Le sexe masculin a été le plus représenté dans notre série avec un effectif de 53 sur 101, soit 52% ; avec un sexe ratio de 1,10 (M/F).

- Répartition selon l'âge.



**Figure 2 :** Représentation graphique des patients en fonction des tranches d'âge.

La tranche d'âge 1 - 5ans était la plus représentée dans notre étude, soit 46.5% et la moyenne d'âge de nos patients est de 2,594 avec un écart type de 0,827.

- **Répartition des enfants malades selon l'ethnie**

**Tableau XXV** : Répartition des enfants malades selon l'ethnie

<b>Ethnies des Patients</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Bozo</b>	<b>30</b>	<b>29,7</b>
Malinké	23	22
Bambara	14	13,9
Peulh	13	12,9
Dogon	11	10,9
Somono	5	5
Bèlla	3	3
Soninkè	2	2
<b>TOTAL</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

L'ethnie Bozo était la plus représentée; soit 29,7% des cas suivis des Malinkés avec 22%.

- **Répartition des enfants malades selon le niveau d'instruction**

**Tableau XXVI** : Répartition des enfants malades selon le niveau d'instruction

<b>Niveau d'instruction des Patients</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Pas concerné</b>	<b>51</b>	<b>50,5</b>
1 <sup>er</sup> cycle incomplet	22	21,8
Pas fait une école	20	19,8
2 <sup>ème</sup> cycle incomplet	4	4
1 <sup>er</sup> cycle complet	2	2
Ecole coranique	2	2
<b>TOTAL</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

50,5% de nos patients n'avaient pas l'âge d'aller à l'école, contre 21,8% qui sont au premier cycle et 19,8% qui n'ont pas fait l'école.

### 5.4.3 Aspects cliniques :

- **Interrogatoire**

- ✓ **Antécédents personnels des enfants malades :**

**Tableau XXVII :** Répartition des patients en fonction des antécédents

Antécédents des Patients	Effectif		Pourcentage (%)	
	Oui	Non	Oui	Non
<b>Paludisme</b>	<b>101</b>	<b>0</b>	<b>100</b>	<b>0</b>
IRA	73	28	72,3	27,7
Otite	34	67	33,7	66,3
Rougeole	10	91	9,9	90,1
Fièvre typhoïde	5	96	5	95

L'ensemble des patients avaient déjà un antécédent de paludisme (100%), suivi des infections respiratoires aigüe (72,3%).

- ✓ **Histoire de la maladie :**

**Tableau XXVIII :** Répartition des patients en fonction du mode d'apparition de la maladie.

Début de la maladie	Effectif	Pourcentage (%)
<b>Progressif</b>	<b>55</b>	<b>54,5</b>
Brutal	46	45,5
<b>TOTAL</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

La maladie a eu un début progressif dans plus de la moitié des cas (54,5%).

**Tableau XXIX :** Répartition des enfants en fonction du motif de consultation.

Motif de consultation	Nombre de citation	Pourcentage
<b>Fièvre</b>	<b>100</b>	<b>99</b>
Constipation	3	3
Vomissement	52	51,5
Douleur abdominale	17	16,8
Toux	15	14,9
Douleur thoracique	3	3
Agitation	4	4
Douleur ostéo-articulaire	3	3
Diarrhée	11	10,9
Céphalée	45	44,6
Anorexie	44	43,6
Convulsion	3	3

La fièvre a été le motif de consultation le plus fréquemment rencontré (99%) suivie des vomissements (51,5%) et des céphalées (44,6%).

- **Examen physique :**

- ✓ Température

**Tableau XXX :** Répartition des patients en fonction de la température des à l'entrée

Température	Effectif	Pourcentage (%)
<b>37,6 – 39°C</b>	<b>48</b>	<b>47,5</b>
39,1 – 40°C	24	23,7
36,1 – 37,5°C	23	22,7
Plus de 40°C	5	4,9
Moins de 36°C	1	0,9
<b>TOTAL</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

77% des enfants avaient la fièvre à l'entrée dont 48% se situaient entre 37,6°C-39°C ; une température de plus de 40°C a été retrouvée dans 5% des cas.

✓ **Pâleur conjonctivale :**

**Tableau XXXI :** Répartition des patients en fonction de l'état des conjonctives à l'entrée.

Etat des conjonctives	Effectif	Pourcentage (%)
<b>Conjonctives bien colorées</b>	<b>63</b>	<b>62,4</b>
Pâleur	38	37,6
<b>TOTAL</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

La pâleur conjonctivale avait été retrouvée dans 37,6% des cas.

✓ **Tachycardie :**

**Tableau XXXII :** Répartition des patients en fonction du rythme cardiaque

Rythme cardiaque	Effectif	Pourcentage (%)
<b>Tachycardie</b>	<b>62</b>	<b>61,4</b>
Normal	39	38,6
<b>TOTAL</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

Nous avons retrouvé une tachycardie chez 61,4% des patients.

✓ **Examen abdominale :**

L'hépto-splénomégalie n'a été retrouvée chez aucun des patients.

**5.4.4 Dépistage biologique du paludisme à l'entrée :**

Nous avons réalisé la Goutte Epaisse pour confirmer ou infirmer le diagnostic des TPS.

**Tableau XXXIII :** Répartition des patients en fonction du résultat de la Goutte Epaisse à l'entrée.

Goutte Epaisse	Effectif	Pourcentage (%)
<b>Positive</b>	<b>73</b>	<b>74,5</b>
<b>Négative</b>	25	25,5
<b>TOTAL</b>	<b>98</b>	<b>100</b>

Sur les gouttes épaisses réalisées, 74,5% sont revenues positives.

#### 5.4.5 Traitement :

**Tableau XXXIV :** Répartition des patients selon la nature des produits utilisés pour le traitement.

<b>Nature des produits</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Plantes</b>	<b>100</b>	<b>99</b>
Herbe	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

La majorité des malades a reçu des plantes en guise de traitement (99%).

**Tableau XXXV :** Répartition des patients selon les parties de la plante utilisées comme moyen de traitement

<b>Parties utilisées</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>écorces + racines</b>	<b>51</b>	<b>50,5</b>
Racines	38	37,8
Feuilles	11	10,9
feuilles + écorces	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

Les écorces associées aux racines sont les parties les plus utilisées (50,5%) pour la confection des recettes.

**Tableau XXXVI :** Répartitions des patients en fonction de la voie d'administration.

<b>Méthodes de traitement</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Voie orale</b>	<b>97</b>	<b>96</b>
Voie orale + Bain corporel	4	4
Fumigation	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

La voie orale était la plus utilisée par les TPS pour administrer les médicaments, soit. 96%.

**Tableau XXXVII :** Répartition des patients en fonction de la durée du traitement

<b>Durée du traitement de la maladie</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>7 jours</b>	<b>79</b>	<b>78,2</b>
5 jours	20	19,8
6 jours	2	2
<b>TOTAL</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

Dans la majorité des cas, c'était un traitement d'une semaine (78,2%).

#### **5.4.6 Contrôle après une semaine de traitement :**

Au bout d'une semaine de traitement, nous avons contrôlé les aspects cliniques et la biologie. Les aspects cliniques sont la température, la coloration des conjonctives.

✓ **Aspects cliniques :**

- ✓ **Aspects cliniques au début de la prise en charge et une semaine après**

**Tableau XXXVIII :** Répartition des patients selon les aspects cliniques au début du traitement et une semaine plus tard

<b>Aspects cliniques</b>	<b>Au début du traitement</b>	<b>Effectifs 101</b>	<b>Une semaine plus tard</b>	<b>Effectifs 89</b>
<b>Températures</b>	Moins de 36°C	1 (0,9%)	Moins de 36°C	1 (1,1%)
	36,1°C- 37,5°C	23 (22,7%)	36,1°C- 37,5°C	79 (88,8%)
	37,6°C- 39°C	48 (47,5%)	37,6°C- 39°C	7 (7,9%)
	39,1°C- 40°C	24 (23,7%)	39,1°C- 40°C	2 (2,2%)
	Sup à 40°C	5 (4,9%)	Sup à 40°C	0 (0%)
<b>Coloration des conjonctives</b>	<b>Au début du traitement</b>	<b>Effectifs 101</b>	<b>Une semaine plus tard</b>	<b>Effectifs 89</b>
	Pâleur	38 (37,6%)	Pâleur	38 (42,6%)
<b>Complications</b>	<b>Au début du traitement</b>	<b>Effectifs 101</b>	<b>Une semaine plus tard</b>	<b>Effectifs 101</b>
			Convulsions	4 (4,0%)
			Coma	2 (2,0%)
			Pas de complication	88 (87,1%)
			Perdus de vue	7 (6,9%)

Après une semaine de traitement nous avons obtenu l'apyrexie chez 97,8% des patients.

La pâleur était toujours présente chez l'ensemble des enfants qui avaient ce signe à l'entrée.

Nous avons retrouvé durant l'enquête 6 cas de complications dominées par les convulsions (4 cas sur 6).



✓ **Aspect biologique**

**Tableau XXXIX :** Répartition des patients selon les aspects biologiques au début du traitement et une semaine plus tard

<b>Aspects biologiques</b>	<b>Au début du traitement</b>	<b>Effectifs 98</b>	<b>Une semaine plus tard</b>	<b>Effectifs 85</b>
	GE positive	73(74,5%)	GE négative	44 (51,8%)
	GE négative	25(25,5%)	GE positive	41 (48,2%)
	GE non faite	3(2,9%)	GE non faite	16 (15,8%)

Au contrôle après traitement 48,2% des GE sont revenues positives contre; 74,5% à l'entrée et dans 15,8% le contrôle n'a pas pu être effectué.

**5.5. Collaboration avec la médecine conventionnelle**

✓ **Référence des patients vers les centres de santé :**

**Tableau XL :** Répartition des TPS en fonction de leur habitude à référer vers les structures sanitaires.

<b>Référence</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Non</b>	<b>5</b>	<b>71,4</b>
Oui	2	28,6
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>100</b>

La plupart des TPS ne réfère pas leur patient vers les structures sanitaires, soit 71,4%.

✓ **Implication des tradipraticiens de santé aux ateliers organisés par le Centre de Santé de Référence :**

Aucun TPS n'a été invité aux ateliers organisé par le CSRéf ou envoyé en atelier à Sikasso.

## **6. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS**

### **6.1 L'approche méthodologique :**

Nous avons effectué une étude descriptive transversale à passages répétés dans les localités où résident les TPS.

L'étude s'est déroulée de mai 2012 à décembre 2012.

Le but était de contribuer à une meilleure connaissance de la prise en charge du paludisme par la médecine traditionnelle dans le District de Sélingué.

Le nombre de TPS enquêtés était de sept et celui des enfants de 0-14 ans pris en charge était de 101.

Cependant notre étude a souffert de certaines limites. L'étude ne nous a pas permis :

- de prouver l'innocuité de ces remèdes traditionnels sur les fonctions de l'organisme ;
- de recenser les plantes qui sont utilisées dans l'établissement des recettes afin de constituer un herbier ;
- d'évaluer l'efficacité de ces plantes sur le *plasmodium* par des tests in vitro.

Malgré ces difficultés, nos objectifs ont été atteints.

### **6.2 La discussion des résultats :**

Nous avons comparé nos résultats avec ceux d'autres études maliennes.

#### **6.2.1. Caractéristiques sociodémographiques des TPS :**

Dans notre étude, tous les TPS impliqués dans le traitement du paludisme étaient de sexe masculin.

Ce résultat de 100% de sexe masculin est comparable à ceux de Sangaré D [11] obtenus au Mali en 2003 (Kendié : 97,96%)

Cela pourrait s'expliquer par le fait que les femmes jouent surtout le rôle d'accoucheuse traditionnelle que de tradipraticienne de santé.

Plus de la moitié de nos TPS ont entre 50-59 ans contre 60-79 à Finkolo et à Kendié chez Sangaré [11]

Parlant de niveau d'instruction, un seul des TPS a fait des études jusqu'au niveau second cycle de l'enseignement fondamental.

Parmi les sept TPS, quatre vivaient essentiellement de leur métier de tradipraticien de santé, mais un seul d'entre eux possédait la carte professionnelle.

### **6.2.2 . Connaissance des TPS sur le paludisme**

*Sumaya* a été cité par tous les TPS (100%) comme nom vernaculaire du paludisme.

Ce résultat de 100% est comparable à ceux de Goita A [18] au Mali en 2010 (91%), de Daffé S [19] au Mali en 2005 (97,0%) et de Diarra O.B [17] au Mali en 2004 qui était de 85%.

Sur le plan symptomatologique, la fièvre a été la plus évoquée, suivie des vomissements et des céphalées.

Nos résultats sont comparables à celui rapporté par Sangaré [11] qui était de 83,3%.

Concernant les complications, l'ictère a été le plus cité (30,8%), suivi de l'anémie (23,1%), convulsions (15,4%).

Pour ce qui est des causes, l'humidité et l'alimentation trop grasse ont été les plus incriminées dans notre étude avec 30,8% pour chacune ; ensuite venait la piqûre de moustique (15,4%).

Daffé [19] a trouvé 41,9% pour l'humidité, 11,15% pour la piqûre de moustique et 18,1% pour l'alimentation. Nos résultats sont comparables à ceux de Daffé en ce qui concerne l'humidité et la piqûre de moustique.

Par contre nos résultats divergent de ceux de Sangaré [11] qui a trouvé à Finkolo 66,7% pour l'alimentation et de celui de Goita [18] qui a trouvé 94,8% comme cause de paludisme dû aux moustiques à Banguinéda.

L'humidité était le plus souvent évoquée ; cela peut s'expliquer par la multiplication des cas de paludisme pendant l'hivernage.

La faible incrimination de la piqûre de moustique serait due à un manque de campagne de sensibilisation des autorités sanitaires sur le paludisme et à une absence de formation des TPS sur le paludisme.

Seulement trois TPS sur sept indiquent que dormir sous moustiquaire est un moyen de se prémunir du paludisme.

✓ **Enfants pris en charge par les TPS :**

70,3% des patients sont venus directement chez le TPS ; d'autres ont eu des résultats très différents des nôtres : Diallo et coll [21] en 2006, ont trouvé que 27% ont consulté directement auprès des TPS ; Sidibe [22] a trouvé 12,3% dans la commune V du District de Bamako ; Goita [18] 0,7% et Daffé [19] 1,10%.

Le sexe ratio homme/femme était de 1,10 dans notre étude ; Daffé [19] a trouvé le même résultat (1,02).

Nos résultats divergent avec ceux de Goita [18] et Sidibe [20] qui ont trouvé une prédominance du sexe féminin.

La tranche d'âge de 1-5 ans était la plus représentée ; ce résultat concorde avec ceux de Goita [18] de 71,4%, Daffé [19] de 86,80% et de Sangaré [11] 75,51%.

Cette prédominance du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans peut s'expliquer par une immunité encore moins développée dans cette tranche d'âge donc plus vulnérable au paludisme.

En ce qui concerne l'occupation principale des pères des enfants, les cultivateurs étaient les plus nombreux. Des résultats semblables ont été rapportés par Daffe [19] 81% et Goita [18] 65,2%.

Nous avons trouvé un seul fonctionnaire (un enseignant) parmi les pères des enfants malades.

Les mères étaient surtout des femmes au foyer sans aucune source génératrice de revenus.

Les antécédents de paludisme étaient retrouvés chez l'ensemble des patients (100%).

La fièvre était le principal motif de consultation, soit 99% ; d'autres ont eu des résultats similaires, notamment Traoré [23] en 2009 dans une étude menée au CSRéf de Kati avec 54,6%.

Dans son étude à Kendié et Finkolo, Sangaré [11] a trouvé respectivement 100% et 83,3% comme motif de consultation dû à la fièvre.

La pâleur conjonctivale était retrouvée chez 37,6% des patients.

Sur le plan biologique, la GE a été effectuée chez 97,7% des enfants ; les cas de GE non faite sont dus au refus des parents d'effectuer un prélèvement sur leurs enfants pour l'analyse.

Parmi les GE réalisées, 74,5% étaient positives à l'entrée.

Les traitements reçus étaient essentiellement à base de plante.

Sangaré a trouvé 90% auprès des TPS de Finkolo et 51,02% pour ceux de Kendié.

Les parties de la plante les plus utilisées sont les écorces et les racines ; les feuilles ne sont utilisées que dans 10,9%. Mais Sangaré a eu des résultats contradictoires dans une étude à Finkolo avec 66,67% pour les feuilles et seulement 0,5% pour les racines.

La variation thermique montre que 10% des enfants étaient encore fébrile contre 77% à l'entrée. Les symptômes ont presque disparu à J7 du traitement.

Malgré ce taux de réussite satisfaisant sur le plan clinique nous avons eu des cas de complication.

Parmi ces complications, les convulsions étaient les plus fréquentes avec 66,7%.

Au contrôle biologique, 48,2% des GE étaient encore positives après sept jours de traitement contre 74,5% à l'entrée.

✓ **Collaboration avec la médecine conventionnelle :**

Parmi les sept TPS seulement deux d'entre eux disent avoir déjà référé un malade vers les structures sanitaires.

Comme raison évoquée de la non référence des malades, les TPS estiment que tous leurs patients sont bien traités donc ne nécessitent pas d'être référé vers les centres de santé ; comme autre raison, selon les TPS, le manque de confiance des autorités sanitaires.

Cette absence de collaboration s'explique par un désengagement des autorités sanitaires vis-à-vis des TPS de la région ; ce qui renforce, par conséquent, la méfiance des TPS à leur égard.

✓ **Evaluation de la prise en charge :**

Pour se rendre chez le TPS les accompagnants partaient à pied pour la plupart (48,5%). Notre résultat diverge de ceux de Goita [18] qui a rapporté 50,6% pour le vélo et de Daffé [19] qui a obtenu 57% pour le même moyen de transport.

La majorité des TPS ne demande rien aux parents comme frais de traitement ; néanmoins certains accompagnants offrent des cadeaux en guise de remerciement.

Pour ceux dont la prestation est payante le prix varie entre 200 et 2500 F CFA.

La relation entre TPS et leurs patients était très bonne, témoignée par l'accueil chaleureux qu'ils leur réserve. En effet 97% des parents étaient satisfaits de l'accueil du TPS.

Les TPS étaient disponibles dans 62,3%, mais souvent quelques absences se faisaient sentir à cause des travaux champêtres. La non disponibilité des produits serait due à une forte augmentation des cas de paludisme et une demande de plus en plus grande, entraînant ainsi la rupture des produits.

Les étapes de l'interrogatoire étaient souvent sautées, les parents venaient avec leur diagnostic de paludisme déjà posé et le TPS se limitait à cela pour ce qui est des questions.

Certains d'entre eux ont effectué l'examen clinique des enfants qui consistait à l'estimation de la température corporelle par le toucher et la recherche de la pâleur conjonctivale en regardant les yeux.

Au terme de l'examen physique aucun TPS n'a demandé un bilan complémentaire pour confirmer son diagnostic.

## 7. CONCLUSION :

Les résultats et la discussion ci-dessus nous ont permis de tirer les conclusions suivantes :

- a) Les connaissances des TPS sur le paludisme ont été déterminées mais celles-ci ne sont pas toujours justes. Il y a seulement 2 TPS sur 7 qui ont évoqué les signes typiques de paludisme et qui ont cité la piqûre de moustique comme mode de transmission ;  
Deux points positifs ont été identifiés : tous les TPS ont cité au moins une complication réelle du paludisme ; dormir sous moustiquaire imprégnée d'insecticide a été le plus cité comme moyen de prévention.
- b) Concernant la prise en charge du paludisme : les accessibilités géographique et financière sont bonnes ; l'accueil est satisfaisant et le traitement est efficace. Nous avons cependant noté deux points négatifs : l'interrogatoire n'est pas fait et l'examen clinique est incomplet.
- c) La collaboration est inexistante entre les TPS et la médecine conventionnelle.

En perspective, nous pensons qu'il est nécessaire de mener des études portant sur le recensement des plantes qui sont utilisées dans l'établissement des recettes afin de constituer un herbier et d'évaluer l'efficacité de ces plantes sur le *plasmodium* par des tests in vitro.

## **8. RECOMMANDATIONS :**

### **8.1. Aux TPS :**

- ❖ Référer aux centre de santé dans les meilleur délais tout enfant présentant le moindre signe de gravité ;
- ❖ Limiter la surexploitation des plantes médicinales en établissant des stratégies de conservations et de culture des plantes.

### **8.2. Aux parents des enfants malades :**

- ❖ Amener tout enfant présentant le moindre signe de gravité le plus rapidement au centre de santé.

### **8.3. Aux responsables de Santé :**

- ❖ Inviter systématiquement les TPS aux ateliers de formation sur la prise en charge du paludisme.
- ❖ Inciter les TPS à référer les cas graves vers les centres de santé.
- ❖ Effectuer la recherche opérationnelle sur de l'efficacité des plantes médicinales.



## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 31 **ADJOMEY T, Edaye I, Lagnika L, Gbenou J, Moubachirou M, Sanni A. :(2004)** , Activité antiplasmodiale in vitro de quelque plantes antipaludiques de la pharmacopée Béninoise.
- 14 **APPIT** (Association des Professeurs de Pathologie Infectieuse et Tropical). « Paludisme ». In : APPIT.
- 27 **COULIBALY M** (2009), « Evaluation de la qualité de la prise en charge diagnostique et thérapeutique chez les enfants de moins de 5ans dans les CSCOM de la commune V du district de BAMAKO ». Thèse de médecine. Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie. Université de Bamako.
- 19 **DAFFE S** :(2005) : « Connaissance, attitudes et pratiques des populations face au paludisme dans l'aire de santé de Finkolo(Sikasso) ». Thèse de médecine. Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie. Université de Bamako
- 24 **DIALLO A. M :(2005)** : « Etude des plantes médicinales de Niafunke (région de Tombouctou), phytochimie et pharmacologie de *Maerua crassifolia* Forks (caparidacée) »; thèse de pharmacie. Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie. Université de Bamako.
- 21 **DIALLO D., Diakité C., Mounkoro P.P., Sangaré D., Graz B., Falquet J. et Giani S. (2007)**, « La prise en charge du paludisme par les thérapeutes traditionnels dans les aires de santé de Kendié (Bandiagara) et de Finkolo (Sikasso) au Mali, » *Mali Médical*, XXII, N° 4, pp 1-8.
- 25 **DIALLO H** : Paludisme dans les villages colons à Kolongotomo Office du Niger : Enquête Démographique Epidémiologique et Sociologique.
- 17 **DIARRA O.B** :(2004) : « Prise en charge des cas de paludisme simple chez les enfants de 6 mois à 5 ans dans la commune de Baya (commune de Kangaré, cercle de Yanfolila) à propos de 400 cas ». Thèse de médecine. Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie. Université de Bamako
- 16 **Direction Nationale de la Santé** : « Politique nationale de lutte contre le paludisme. Deuxième révision », juillet 2003- Juin 2004 ; 27-54.
- 7 **FLORENCE ET CHRISTOPHE** : « Education et plante contre le paludisme ».
- 18 **GOITA A :(2010)**, « Connaissance, attitudes et pratiques des populations face au paludisme dans l'aire de santé de Baguineda. » Thèse de médecine. Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie. Université de Bamako

- 15 **GUINDO H.** (1998), « Epidémiologie du paludisme et dynamique de la chloroquino- résistance dans une zone de savane soudano-guinéenne au Mali, Thèse pharmacie. Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie. Université du Mali..
- 33 **GUINDO M. (1988)**, « Contribution à l'étude du traitement traditionnel du « Suma » (Paludisme) ». Thèse de Pharmacie, Bamako Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali.
- 5 **GUINDO O. (2002)**, « Epidémiologie du paludisme dans la région de Sikasso. Formes graves et compliquées à l'hôpital régional de Sikasso, étude du comportement- attitude-pratique (CAP) et saisonnalité dans un village rural ». Thèse de médecine. Bamako. 104. Pp 60. Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie. Université de Bamako.
- 12 **KEUGOUNG B.** « Paludisme dans le monde en 2011, Editorial quelques points du rapport OMS sur le paludisme. »
- 28 **KOITA O : (1988)**, « Contribution à l'étude épidémiologique du paludisme le long du tronçon Malien de la route transsaharienne. » Thèse de Pharmacie 8p. Ecole de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie.
- 26 **Ministère de la Santé**, « Politique nationale de lutte contre le paludisme. Deuxième révision » ; juillet 2003- Juin 2004 ; 27-54.
- 32 **Ministère de la Santé**, « Enquête Démographique et de Santé du Mali III » ; 2006 ; 27-28.
- 29 **NACOUлма O (1996)**, « Plantes médicinales et pratiques médicinales traditionnelles au Burkina Faso, Cas du plateau central, » Thèse de Doctorat.
- 8 **NIANGALY A et col**, « Evaluation initiale de la qualité des soins et services du système sanitaire de district de Bla, Barouéli et Yorosso. Rapport d'enquête, INRSP, Novembre 2012 »
- 1 **NIANGALY A et col.** , « Prise en charge et prévention du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes dans le district sanitaire de Sélingué. Rapport d'enquête, CRFZR-S, avril 2013. »
- 3 **O.M.S**, Rapport 2008
- 34 **OMS**, Rapport Mondial sur le paludisme 2005. 273p.
- 4 **PNLP** : Plan stratégique de lutte contre le paludisme 2010-2014.
- 6 **RASOANAIVO P, RATSIMAMANGA Urverg S, RAMANITRAHASIMBOLA D, Rafatro H, Rakoto Ratsimamanga A :(1999)** , « Criblages d'extrait de plantes de Madagascar pour recherche d'activité antipaludique et d'effet potentialisateur de

- la chloroquine » ; *journal of ethnopharmacology* 64 (1999) 117-126
- 13 **SAGNA S** , « Facteurs génétiques (HLA) liés au paludisme, Thèse de Pharmacie, 31 juillet 2002 » ; N°85 *Sciences Naturelles, Université de Ouagadougou*.
- 11 **SANGARE D. (2003)** , « Etude de la prise en charge du paludisme par les thérapeutes traditionnels dans les aires de sante de Kendié (Bandiagara) et Finkolo (Sikasso) ». Thèse de Pharmacie. Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie. Université de Bamako.
- 30 **SANOGO. R** , « Le rôle des pharmacopées traditionnelles dans la lutte contre le paludisme »
- 22 **SIDIBE F :(2010)** , « Etude des itinéraire reliés aux soins de la médecine traditionnelle au sein des ménages de la commune V du District de BAMAKO, MALI : cas du quartier de Sabalibougou ». Thèse de Médecine.
- 20 **SIDIBE O. M (2006)** , « Etude de *ARGEMONE MEXICANA* dans le traitement traditionnelle du paludisme non compliqué dans le village de Missidougou Région de Sikasso-MALI ». Thèse de pharmacie
- 10 **TOUNKARA B. (2008)** , : « Etude phytochimique et des activités biologiques de cinq plantes utilisées dans le traitement traditionnel du paludisme au Mali : *Vernonia colorata, Vernonia nigritiana* » .
- 23 **TRAORE S. A :(2009)** , « Evaluation de la qualité de la prise en charge chez les enfants de moins de 5 ans dans CSRef de KATI ». Thèse de médecine
- 35 **World Health Organization**, “Severe and complicated malaria”. *Trop.Med.Hyg.* 1990, (suppl 2): 1-65

**Le site web visités :**

1. [www.tropicos.org](http://www.tropicos.org) Visité en mars 2013.
2. [www.who.int/hpr/NPH/docs/](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/): declaration\_almaata.pdf. visité en Mars 2013
3. [www.who.int](http://www.who.int) : Visité en mars 2013.

## **ANNEXE**

### **Annexe 1 : outils de collecte des données.**

#### **A. QUESTIONNAIRE TRADIPRATICIEN DE SANTE (TPS)**

##### **I. IDENTIFICATION**

Localité ...../\_\_\_/

Aire de santé...../\_\_\_/

Prénoms et nom.....

Age...../\_\_\_/\_\_\_/                      Sexe 1- M    2- F...../\_\_\_/

Ethnie...../\_\_\_/                      Niveau d'instruction...../\_\_\_/

Occupation principale...../\_\_\_/

Situation matrimoniale...../\_\_\_/

##### **II. EXPERIENCE PROFESSIONNELLE**

Depuis combien d'années faites-vous ce travail ?...../\_\_\_/\_\_\_/ années

Comment avez-vous obtenu votre savoir ?.....

Avez-vous l'agrément pour exercer ?.....1. oui.....2. non...../\_\_\_/

Si non, pourquoi ?.....

##### **III. CONNAISSANCES SUR LA MALADIE**

Nom vernaculaire du paludisme.....

##### **Mode de transmission :**

Comment attrape-t-on le paludisme ?.....

##### **Symptômes :**

Comment se manifeste le paludisme ?.....

.....

Complications du paludisme ?.....

.....

##### **Prévention :**

Peut-on prévenir le paludisme ?...../\_\_\_/

1. Oui                      2. Non

Si oui, comment ?.....

.....

.....

#### **IV. RELATION AVEC LES USAGERS (observation)**

##### **Accueil :**

Souhaite la bienvenue à l'utilisateur 1. Oui              2. Non

Présente un siège 1. Oui              2. Non

#### **V. GESTES TECHNIQUES (observation)**

Demande le motif de la consultation : 1. Oui              2. Non

Que fait-il pour rechercher les signes de la maladie ?

#### **VI. ACCESSIBILITE GEOGRAPHIQUE**

Distance entre le domicile du TPS et le CSCOM...../\_\_\_/\_\_\_/km

Distance entre le domicile du TPS et le CSRéf...../\_\_\_/\_\_\_/km

Disponibilité des produits en toute saison ? 1. Oui 2. Non...../\_\_\_/

Si non, pourquoi ?

#### **VII. DEMARCHE DIAGNOSTIQUE**

Comment faites-vous pour différencier le paludisme des autres maladies?:

.....  
.....  
.....  
.....

#### **VIII. TRAITEMENT**

Quelles sont les substances que vous utilisez pour traiter le paludisme ?:.....

.....  
.....

**Si plantes :**

Techniques de préparation : .....

Voies d'administration et posologie : .....

Durée du traitement :.....

Quels sont les signes de l'efficacité du traitement ? : .....

**IX. COMMUNICATION (observation)**

Explique la maladie au client : ..... /\_/\_/

1 oui                      2 non

Explique la voie d'administration, la posologie et la durée du traitement au client.... /\_/\_/

1 oui                      2 non

Donne RV...../\_/\_/

1 oui                      2 non

**X. RELATION AVEC LA MEDECINE CONVENTIONNELLE**

Référez-vous des malades vers les centres de santé ?

CSCOM...../\_/\_/

1 oui                      2 non

Si non, pourquoi ?.....

CSRéf...../\_/\_/

1 oui                      2 non

Si non, pourquoi ?.....

Recevez-vous des malades venant des centres de santé ?

CSCOM...../\_/\_/

1 oui                      2non

Si non, pourquoi ?.....

CSRéf...../\_/\_/

1 oui                      2 non

Si non, pourquoi ?.....

Existe-t-il une collaboration dans le cadre de la formation ?...../\_\_\_/

1 oui                      2 non

Si non, pourquoi ?.....

Quelles sont les difficultés rencontrées ?.....

Quelles sont vos suggestions ?.....

## B. QUESTIONNAIRE ACCOMPAGNANT DE L'ENFANT DE 0-14 ANS

Date d'entrée /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ N° dossier...../\_\_\_/\_\_\_/

### SECTION I - Identification

Localité ...../\_\_\_/\_\_\_/

Aire de santé...../\_\_\_/

Prénoms et nom.....

Origine ...../\_\_\_/

1- Malade venu directement 2- Malade référé (préciser le service)

### SECTION II – Caractéristiquessocio-demographique

#### 1. De l'enfant malade

Age...../\_\_\_/\_\_\_/mois Sexe 1- M 2- F...../\_\_\_/

Ethnie...../\_\_\_/

Niveau d'instruction...../\_\_\_/

#### 2. Des parents

**2.1** Occupation principale du père..... /\_\_\_/

1. Cultivateur                      2. Pêcheur  
3. Eleveur                            4. TPS                                5. Autre.....

**2.2** Occupation principale de la mère..... /\_\_\_/

1. Ménagère                            2. Vendeuse  
3. Autre.....

### SECTION III- ACCUEIL

1. Est-ce la première fois que vous venez chez le TPS...../\_\_\_/

1= Oui                                  2= Non                                3= NSPP



2. Si non, depuis combien de temps vous venez ?...../\_\_\_/

3. Comment vous trouver l'accueil ?...../\_\_\_/

1= Courtois

2= Peu courtois

3= Non courtois

4= NSPP

#### **SECTION IV- GESTES TECHNIQUES**

1. Le TPS vous a-t-il demandé le motif de la consultation ?...../\_\_\_/

1= Oui                      2= Non                      3= NSPP

2. Le TPS a-t-il examiné l'enfant ?...../\_\_\_/

1= Oui                      2= Non                      3= NSPP

#### **SECTION V- ACCESSIBILITE GEOGRAPHIQUE**

1. Quel moyen de transport avez-vous utilisé pour venir chez le TPS ?..../\_\_\_/

1= à pied                      2= voiture                      3= moto                      4= autre, préciser

2. Que pensez-vous du temps que vous avez mis pour venir chez le TPS ?...../\_\_\_/

1= acceptable                      2= long                      3= trop long

3. Les produits sont-ils toujours disponible chez le TPS ?..... /\_\_\_/

1= Oui                      2= Non

4. Si non pourquoi ?.....

#### **SECTION VI- ACCESSIBILITE FINANCIERE**

1. Peut-on savoir si vous avez donné de l'argent au TPS ?...../\_\_\_/

1= Oui                      2= Non

2. Si non, pourquoi ?.....

3. Si oui combien ?.....

#### **SECTION VII- CONTINUITE DES SOINS :**

1. Quand vous avez besoins du TPS, est-il toujours disponible ?...../\_\_\_/

1= Oui                      2= Non

2. Si non, pourquoi ?.....

**SECTION VIII- ITINERAIRE THERAPEUTIQUE :**

Itinéraire thérapeutique avant le TPS ...../\_\_\_/

1-Auto-médication

2-CSCOM

3-CSRéf

4-Agent santé isolé

5- Rien fait

**SECTION IX- ASPECTS CLINIQUES :**

**1. Antécédents personnels :**

Paludisme...../\_\_\_/

Typhoïde ...../\_\_\_/

Otite...../\_\_\_/

IRA...../\_\_\_/

Rougeole ...../\_\_\_/ Autres  
(préciser)...../\_\_\_/

**2. Histoire de la maladie**

Début : 1- Brutal 2- Progressif ...../\_\_\_/

**3. Symptômes**

Symptômes	1- Oui 2- Non	Depuis combien de jours ?
Fièvre		
Constipation		
Vomissements		
Douleur abdominale		
Toux		

Douleur thoracique		
Coma		
Agitation		
Douleur ostéo-articulaire		
Ictère		
Diarrhée		
Céphalée		
Anorexie		
Incapacité de boire		
Convulsions		
Dysurie		

#### 4. Examen clinique :

Température

Gorge (amygdales)

Yeux

Poumons

Cœur

Pouls radial

Appareil digestif (hépatomégalie)

Peau (éruption, cyanose, extrémités froides, pâleur)

Nuque (raideur)

Système nerveux (coma, léthargie...)

#### SECTION X- EXAMENS COMPLEMENTAIRES

GE

A l'entrée (+) (-) non fait  
 A la sortie (+) (-) non fait

**SECTION XI- COMPLICATIONS**

**SECTION XII- TRAITEMENT**

Substances utilisées.....  
 Si plantes, techniques de préparation.....  
 .....  
 Posologie.....  
 Durée du traitement...../\_\_\_/ jours

**SECTION XIII- CONTROLE CLINIQUE :**

Température (après le 7<sup>e</sup> jour) :

**SECTION XIV- EVOLUTION DE LA MALADIE**

Amélioration 1- oui 2- non ...../\_\_\_/  
 Aggravation : 1- oui 2- non ...../\_\_\_/  
 Décès 1- oui 2- non ...../\_\_\_/  
 Perdu de vue 1- oui 2- non ...../\_\_\_/  
 Référé 1- oui 2- non ...../\_\_\_/  
 Si oui, préciser le centre de santé.....  
 Date de sortie :..... /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

**Annexe 2 :**

**Liste des tradipraticiens de santé du district sanitaire de Sélingué.**

N°	Nom et Prénoms	Champ de compétence	LOCALITE
1	Yoro SISSOKO	Généraliste	Dalabala PC

<b>2</b>	Sidi TRAORE	Généraliste	Dalabala
<b>3</b>	Ousmane DIALLO	Morsure de serpent	Dalabala
<b>4</b>	Adama DOUMBIA	Généraliste	Dalabala
<b>5</b>	Bala DOUMBIA	Maladies hémorroïdaires	Dalabala
<b>6</b>	Chô TRAORE	Généraliste	Dalabala
<b>7</b>	Yoro SAMAKE	Morsures toutes sortes	Dalabala
<b>8</b>	Hamadou DIALLO *	Généraliste	Dalabala
<b>9</b>	Aliou COULIBALY *	Gastrite et ulcère	Dalabala
<b>10</b>	Malicki SINAYOGO *	Généraliste	Dalabala
<b>11</b>	Moriba CAMARA	Généraliste	Kangaré
<b>12</b>	Bakary KONTA *	Généraliste	Carrière
<b>13</b>	Mamadou DOUMBIA	Généraliste	Sanankoroni
<b>14</b>	Abdoulaye TOUNKARA	Généraliste	Carrière
<b>15</b>	Seckou DOUMBIA	Généraliste	Kangaré
<b>16</b>	Seydou KANTE	Candidoses	Kangaré
<b>17</b>	Bakary SAMAKE	Stérilité	Dalabala
<b>18</b>	Moussa TEME *	Généraliste	Baturu
<b>19</b>	Moctar MORBA	Généraliste	Carrière
<b>20</b>	Massama DOUMBIA	Généraliste	Kangaré
<b>21</b>	Youssouf GUINDO	Fracture, luxation	Lenketou
<b>22</b>	Drissa SANGARE	Généraliste	Lenketou
<b>23</b>	Yacouba TOURE	Généraliste	Dalabala

<b>24</b>	Moriba DEMBELE	Généraliste	Carrière
<b>25</b>	Faguimba KEITA	Généraliste	Carrière
<b>26</b>	Brema KASSOUKE	Hémorroïde, gonococcie	Fanzan
<b>27</b>	Cheick TRAORE	Généraliste	Lafiabougou
<b>28</b>	Matigui SIDIBE	Généraliste	Madiné-kou
<b>29</b>	Ba DIAKITE	Généraliste	Dalabala
<b>30</b>	Abdoul ABASS	Généraliste	Kangaré
<b>31</b>	Balla DOUMBIA	Généraliste	Kangaré
<b>32</b>	Bakary COULIBALY	Généraliste	Dalabala
<b>33</b>	Fa SAMAKE	Généraliste	Kibarou
<b>34</b>	Bourama DIAKITE	Généraliste	Dalabala
<b>35</b>	Harouna SIDIBE *	Généraliste	Dalabala
<b>36</b>	Sayon FOFANA	Généraliste	Benko-ki
<b>37</b>	Nantenin CAMARA	Généraliste	Kangaré
<b>38</b>	Massaran SINAYOGO	Accoucheuse traditionnelle	Kangaré
<b>39</b>	Awa SANGARE	Accoucheuse traditionnelle	Dalabala
<b>40</b>	Sogolo DOUMBIA	Accoucheuse traditionnelle	Kangaré
<b>41</b>	Awa DOUMBIA	Accoucheuse traditionnelle	Kangaré
<b>42</b>	Tenin DOUMBIA	Maladies infantiles	Kangaré
<b>43</b>	Minata KANTE	Accoucheuse traditionnelle	Kangaré
<b>44</b>	Seydou ARAMA	Herboriste	Dalaba
<b>45</b>	Sega SIDIBE	Herboriste	Kangaré

<b>46</b>	Faguimba FOFANA*	Généraliste	Carrière
-----------	------------------	-------------	----------

\* : TPS enquêtés



**Annexe 3 :**

**Liste des villages et hameaux des aires de santé**

Aire de santé/ commune	Localités			Total
	0-5 km	6-10 km	11 km +	
Binko (8 km)	Binko (0)	Karako (6)	Dialakè (14)	6 villages
Commune : Tagandougou	Baya Siékorolé (2) Farabacoura (1) Kondiguila (2)	Farabacoura- dougoucoro (8)	Beko (20) Lelekou (12) Wassada (14) Farabacoro (16) Guèlèba II (15) Balama (12) Guèlèba I (15) Faranibila (17) Barakabougou - daga (13) Kombafè (14) Tiègnarani (18) Dalabacoro (25)	15hameaux
Carrière (3 km)	Carrière (0) Blakorodaga (0)		Dalabacoro (25)	3 villages 5hameaux
Commune : Baya	Kangarécoro I (I) Kangarécoro II (I) Boulayedaga (0) Kouloubléni -daga (0) Soumaïladaga (0)			

---

	Mahidaga (0)		
	Bozola (3)		
Kangaré	Kangaré (0)	Lena (15)	11 villages
Commune : Baya	Baturu (4)	Mafléni (28)	1 hameau
	Kibaru (5)	Dialakoro (30)	
	Lafiabougou (5)	Bossola (32)	
	Sanankoroni (1)	Dossoladaga (32) hameau	
	Dalabala (1)		
	Dalaba (5)		

---

## **FICHE SIGNALÉTIQUE**

**Nom:** COULIBALY

**Prénom:** Abdoulaye

**Titre de la thèse:** Evaluation de la prise en charge du paludisme par la médecine traditionnelle chez les enfants de 0 à 14 ans dans le District sanitaire de Sélingué

**Année :** 2012-2013

**Ville de la soutenance :** Bamako

**Pays d'origine :** Mali

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS).

**Secteur d'activité :** Santé publique

A travers cette étude nous avons tenté de comprendre les connaissances, attitudes et pratiques des Tradipraticiens de santé face au paludisme dans le but de contribuer à une meilleure connaissance de la prise en charge du paludisme par la médecine traditionnelle dans le District de Sélingué

Il ressort de ce travail que la fièvre est le principale signe que les Tradipraticiens de santé recherchent pour poser leur diagnostic de *Sumaya* .

Les causes les plus évoquées (l'humidité, aliments trop gras) ne coïncident pas avec ceux de la médecine conventionnelle.

L'itinéraire thérapeutique montre que la population a d'abord recours aux Tradipraticiens de santé avant d'essayer d'autres méthodes de traitement.

Le traitement se fait essentiellement avec les substances d'origine végétale ; les écorces et les racines sont les plus utilisées dans les recettes médicinales.

Après une semaine de traitement nous avons obtenu l'apyrexie chez 97,8% des patients; ainsi que la disparition de la plupart des symptômes (vomissement, céphalées). Au contrôle biologique 48,2% des GE sont revenues positives contre 74,5% à l'entrée

**Mots clés :** Médecine traditionnelle, Paludisme, Tradipraticiens de santé.

## 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 à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

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

**Je le jure.**