

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique

République du Mali
Un Peuple Un But Une Foi



Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie
Année universitaire 2008-2009

Thème :

Prévalence des motifs de consultation
dans le Service de Médecine Générale
du CSRéf de Kati

Présentée et soutenue publiquement le...../...../2009

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

Par : M. MALICK CAMARA

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

JURY :

Président : Pr. Moussa ARAMA

Membre : Dr. Abdoulaye KONE

Codirecteur : Dr. Toumani KONARE

Directeur : Pr. Amadou DIALLO

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

Je dédie ce travail :

A DIEU :

Je te rends infiniment grâce pour la force, le courage, la patience et la santé nécessaire pour la réalisation de ce travail.

ALLAH le Tout Puissant, le Clément, le très Miséricordieux, tout commence par lui et tout fini par lui.

Toi qui a dirigé et soutenu mes pas, je te confie la suite de ce travail. Donne-moi ALLAH, le courage d'accomplir le travail ardu de médecin et fait que je puisse apporter un peu de joie dans la famille de ceux qui souffrent.

A mon père : Feu MAMADOU CAMARA

Papa, ton départ dans l'au-delà nous a laissé un grand vide. Mon souhait aurait été de te voir au près de moi pour partager ces moments de joie, mais ALLAH le Tout Puissant en a décidé autrement .De là ou tu es, je sais que tu veille sur moi, sois fier de ton fils .Que ton âme repose en paix.

A ma mère : Feu AMINATA TRAORE

Maman, je sais que tu ne m'as pas abandonné. Toi qui as suivi mes premiers pas à l'école, je regrette seulement que tu ne sois pas là pour voir l'accomplissement de tes efforts.

Merci pour l'éducation que tu m'as donnée, elle m'a beaucoup aidé. Loin des yeux mais près du cœur je ne t'oublierai jamais .Que ton âme repose en paix.

A ma mère : Sané KANOUTE

Ma tendre maman, merci pour tout l'amour et pour la confiance que tu me portes. Je sais que je suis un fils difficile, mais tu as toujours su me guider dans mes choix, mes raisonnements. Je te suis infiniment reconnaissant et redevable. Puisse le seigneur t'accorder longue vie, amour et prospérité.

A mon grand-père : Feu LAMINE TRAORE

Toi que la mort a brutalement arraché à notre affection, nous regrettons ton absence en ce jour mémorable.

Je me souviendrai de toi, ta perte a brisé en moi une chose essentielle, mais indéfinissable. Que ton âme repose en paix.

A mes frères et sœurs : DJIBRIL, DABA, HAMIDOU, MAGNINI et SANE.

Je vous aime et je prie pour que nous soyons toujours unis. Ne perdez jamais l'esprit de solidarité et de partage. Ce travail est le mien mais aussi le votre. Suivez le chemin que j'ai tracé, il faut nous battre pour honorer notre famille, car la vie est un combat. Puisse Dieu nous accorder sa grâce et guider nos pas dans cette vie.

REMERCIEMENTS

A mon père : ABDOULAYE CAMARA

Je ne serai pas arrivé là aujourd'hui n'eut été ton soutien sans faille. Quand j'ai cru que j'ai atteint mes limites et que j'allais baisser les bras, toi, tu as cru que je peux mieux faire et tu m'as poussé à me surpasser pour arriver au sommet en ce jour de joie.

Ce travail est d'abord le tien avant d'être le mien. Merci pour avoir essuyer mes larmes, pour ta compréhension, ta disponibilité et surtout ta tendresse. Les mots ne seront pas assez forts pour te témoigner ma reconnaissance. Que Dieu vous donne longue vie.

A mon grand-père et ami : MADOU SANGARE

Merci pour le soutien moral, matériel et financier, les suggestions et pour votre aide dans l'élaboration de ce travail. Que Dieu vous prête succès et longue vie.

A mes oncles : DIATROU, DJIBRIL, KISSIMA, SEKOU, FRANCOIS DABA, SORY BORE, TIEBA KONOUTE.

Recevez ici l'expression de tout mon amour et merci pour votre soutien.

Au personnel du CS Réf de Kati :

Médecin Chef Toumani KONARE : merci pour nous avoir accepté dans votre service de santé.

Docteur Abdoulaye KONE : je vous remercie pour toutes les peines que vous vous êtes données pour la réalisation de ce travail.

Recevez par cette thèse l'expression de mes sentiments les plus distingués.

Aux Docteurs : Amadou COULIBALY, Sagadatou MAIGA et Seydou DIAWARA.

Au Major du Service de Médecine Générale : Madame Sangaré Assitan COULIBALY et à tous infirmiers.

Aux étudiants faisant fonction d'interne au CS Réf de Kati : Louis TRAORE, Abdoulaye SANOGO, Kibily KANOUTE et Luc.

Je ne saurai oublier les soutiens que vous m'avez apporté, recevez par cette thèse l'expression de mes sentiments de reconnaissance.

A tous mes amis : Modibo FOMBA, Docteur Sory A. TRAORE, Docteur Maurice DIALLO, Docteur Mamadou D. TRAORE.

Merci pour m'avoir supporté durant toutes ces années. Le temps s'est écoulé sans rien effacer de nos larmes, de nos rires, de nos souvenirs. On ne change pas l'équipe qui gagne, restons unis.

**A notre Maître et Directeur de thèse
Professeur Amadou DIALLO,
Professeur de Biologie Animale à la Faculté de Médecine de Pharmacie et
d'odonto-stomalogie.**

Recteur de l'Université de Bamako

Cher Maître

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de diriger cette thèse malgré vos multiples et importantes occupations.

La spontanéité avec laquelle vous l'avez accepté fait de vous un maître admiré.

Veillez trouver ici cher maître l'expression de notre profond respect et nos sincères remerciements.

A notre Maître et président du jury

Professeur Moussa HARAMA,

Professeur Titulaire de Chimie Organique à la FMPOS

Chef du Laboratoire de Chimie à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie.

Cher Maître

Vous êtes une source intarissable de savoir à laquelle plusieurs générations d'étudiants se sont abreuvées.

Beaucoup plus qu'un maître, vous êtes pour nous un père.

Nous avons toujours admiré votre constante disponibilité, votre grande humilité et surtout votre force de Travail.

En acceptant de présider notre jury de thèse avec spontanéité malgré vos multiples occupations, vous nous honorez et nous en sommes reconnaissants.

Veillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements.

**A notre Maître et co-Directeur
Docteur Toumani Konaré,
Médecin Chef du Centre de Santé de Référence de Kati
Médecin Spécialiste en Gestion Hospitalière**

Honorable maître, nous avons bénéficié de votre courtoisie, de votre sympathie et de votre coopération tout au long de cette étude.

Veillez trouver ici cher maître, l'expression de notre sincère remerciement.

A notre Maître et jury

Docteur KONE Abdoulaye,

Médecin Chef Adjoint du Centre de Santé de Référence de Kati

Cher Maître, nous vous remercions d'avoir participé à ce travail. Votre amour pour le travail bien fait, votre grande simplicité et vos qualités humaines forcent estime et admiration.

Veillez recevoir ici le témoignage de toute notre reconnaissance et votre profond respect.

LISTE DES ABREVIATIONS

USA : Etats-Unis d'Amérique

IRA : Infection Respiratoire Aigue

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CS Réf: Centre de Santé de Référence

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

HGT : Hôpital Gabriel Touré

AVP : Accident de la Voie Publique

CBV : Coups et Blessures Volontaires

IP : Indice Plasmodique

EDS : Enquête Démographique de Santé

EPH : Etablissement Public à caractère Hospitalier

DV : Dépôt de Vente

DRC : Dépôt Répartiteur du Cercle

PMI : Protection Maternelle et Infantile

AEG : Altération de l'Etat Général

ECBU : Examen Cyto Bactériologique Urinaire

ECB-LCR : Examen Cyto Bactériologique du Liquide Céphalo Rachidien

NFS : Numération Formule Sanguine

VIH : Virus de l'Immunité Humaine

IST : Infection Sexuellement Transmissible

UGD : Ulcère Gastro Duodénale

DNSI : Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique

RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitat

SOMMAIRE

	Pages
-INTRODUCTION	1
-GENERALITE	4
-OBJECTIF	16
-METHODOLOGIE	17
-RESULTAT	21
-COMMENTAIRE ET DISCUSSION	32
-CONCLUSION	35
-RECOMMANDATION	36
-REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE	37
-ANNEXES	

1-INTRODUCTON :

La première mission des écoles et des facultés de médecine est la formation de médecins généralistes immédiatement opérationnels dans leur contexte socio-économique et épidémiologique [1].

En effet, le médecin généraliste n'est ni un médecin «par défaut» ni un «micro poly spécialiste» mais un professionnel de santé technique qualifié, socialement engagé et fournissant à une population donnée des soins de premier recours, continus, globaux, intégrés, efficaces et efficients [2]. La pratique de la médecine générale, une médecine d'interface entre la communauté et le premier échelon du système de soins de santé, impose par conséquent des procédures et des stratégies spécifiques et totalement différentes de l'exercice médical hospitalier [3].

Ainsi, la formation d'un médecin généraliste capable de soulager la souffrance humaine à travers deux approches : individuelle et populationnelle, nécessite une réforme du curriculum d'enseignement qui devrait être en parfaite adéquation avec les besoins de santé de la population de référence¹.

En effet, l'enseignement médical actuellement donné dans les facultés tunisiennes est basé soit sur une pratique hospitalière sélective et spécialisée soit sur standard international influencé par les spécificités épidémiologiques étrangères [4].

L'étude des motifs de consultation pourrait fournir une base de donnée immédiatement utilisable pour la description des différentes tâches des médecins généralistes (telles qu'elles sont réalisées) et l'exploration de la typologie des problèmes de santé prévalant dans les structures de soins de premier recours (tels qu'ils sont identifiés) [5,6].

Qu'il s'agisse de plaintes d'ordre somatiques ou psychologiques, le malade fait toujours confiance à son médecin traitant pour l'aider à résoudre ses problèmes de santé [7].

La consultation dans le cadre des soins de santé est une prestation au cours de laquelle le prestataire recueille toutes informations nécessaires, en vue d'aboutir au diagnostic pour finalement prendre une décision qui peut être une action curative et/ou prophylactique.

Dans cette démarche, le motif de consultation apparaît comme l'élément fondamental qui suscite la consultation et se retrouve être l'élément d'orientation du praticien au cours de son investigation.

Les motifs de consultation varient selon le milieu et les populations. Il en est de même des pathologies généralement associées à ces motifs de consultations.

Aux USA en médecine générale (soins de premier recours), la fatigue représente 1 à 3% des motifs de consultations médicales dans la National Ambulatory Medical Care Survey soit la 7^{ème} cause de consultation [8].

En France à Bard Alexandre au sud Lyon, sur 1851 patients consultants, 111 patients étaient des adolescents souffrant des maux de gorge suivis de toux puis de la fatigue comme principaux motifs de consultation avec un taux respectif de : 15,3% ; 13,5% et 7,2% [9].

Au Sénégal dans la région de Ziguinchor, le paludisme maladie représente le principal motif de consultation avec 25% alors que les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires ne représentent respectivement que 4% et 0,6% [10].

Au Mali dans le service de pédiatrie, Doumbia M en 2001 trouvait respectivement : la fièvre, la toux ou difficultés respiratoires avec respectivement des fréquences de : 53% et 38,6%. Les diagnostics retenus sont le paludisme et les IRA [11].

Toujours au Mali dans le CSCOM de Koulouba, Koli A trouvait comme principal motif de consultation : le paludisme (27,20%), suivi des traumatismes, plaies et brûlures (3,70%), puis les pneumopathies (3,20%) [12].

Le C.S.Réf conformément à la politique sectorielle de santé et de population du 13 décembre 1990 est le 2^{ème} niveau de la pyramide sanitaire, donc doit recevoir les patients référés ou évacués des CSCOM [13]. Certains C.S.Réf en plus de leur rôle de 2^{ème} niveau joue également un rôle de 1^{er} niveau ce qui donne un taux important de consultations.

Une étude sur les motifs de consultation en zone urbaine serait un excellent moyen de cerner les pathologies dominantes de cette population, la précision de diagnostic dont elle bénéficie par rapport à la zone rurale voir la qualité de leur prise en charge.

2-GENERALITES :

D'une manière générale, le recours au médecin généraliste est essentiellement motivé par des symptômes et des plaintes très polymorphes englobant tous les chapitres [24].

Cependant la connaissance du niveau et du mode de vie des populations, du biotype qui les entoure et de leur statut immunitaire est donc fondamentale pour le diagnostic des pathologies responsables de ses motifs.

2-1 La fièvre :

-La fièvre est un symptôme, pas une maladie. Elle est un signe objectif, facilement mesurable, précieux pour apprécier l'évolution d'une affection.

Le plus souvent c'est une réponse normale de l'organisme à une affection, réaction vraisemblablement utile car renforçant les défenses anti-infectieuses notamment par une augmentation de l'activité des globules blancs.

Au moyen âge la fièvre avait une connotation négative inquiétante : punition divine citée comme telle dans la bible souvent associée à l'enfer et au diable.

De nos jours, au-delà de cette conception, un contre sens majeur maintient une image péjorative de la fièvre.

La fièvre est le plus souvent reliée à une infection virale, bactérienne, parasitaire ou mycosique, mais elle peut avoir pour origine un coup de chaleur, une déshydratation ou un désordre neurologique.

La fièvre représente un motif extrêmement fréquent de consultation en pédiatrie.

Trop souvent règne autour de ce symptôme une angoisse excessive. En effet la fièvre en elle même n'est pas dangereuse (sauf si elle atteint ou dépasse 40°)

Les convulsions hyper pyrétiques représentent la plupart de ses complications [13].

Une enquête effectuée aux urgences d'un hôpital pédiatrique parisien montre que seulement 55% des familles d'enfants fébriles possèdent un thermomètre et que,

parmi elles 40% seulement ont pris la température de l'enfant avant de l'amener en consultation [14].

A Brazzaville, les fièvres rattachées au paludisme constituent dans les centres de santé intégrés (CSI) 60% des motifs de consultations [15].

2-2 Les infections respiratoires :

Selon l'OMS, 30 à 60% des consultations pédiatriques dans les services de santé et 30 à 40% des hospitalisations peuvent être imputées aux IRA [16].

Dans le Relevé Epidémiologique hebdomadaire du 14 février 2003, l'OMS rapportait 305 cas et 5 décès dus à un syndrome respiratoire aigu dans la province de Guangdong en Chine, entre le 16 novembre 2002 et le 9 février 2003. A la mi-février, des flambées de formes graves de pneumonie étaient aussi signalées à Hongkong et au Vietnam (Hanoi). L'épidémie se propageait sur place dans les hôpitaux chez les soignants et le monde par les voyageurs provenant des zones touchées (Taiwan, Thaïlande, Philippines, Singapour, Canada). Le rôle joué par l'avion doit être souligné dans la propagation de l'épidémie.

Ces maladies émergentes rappelaient au monde médical la fréquence et la gravité potentielle des infections respiratoires aiguës, qui avaient fait l'objet de nombreuses directives de l'OMS durant la décennie 1980-1990, mais étaient depuis quelque peu oubliées. Le nombre de décès dus aux IRA chez les enfants de moins de 5 ans dans le monde est estimé actuellement à 1 900 000/an. Ce sont les infections les plus fréquentes de l'enfant [17].

Dans le monde entier et particulièrement dans les pays en développement les IRA représentent un important problème de santé publique en raison de la morbidité qu'elles déterminent et la forte mortalité infanto-juvénile qu'elles entraînent. On distingue les IRA hautes et les IRA basses, la limite anatomique entre les deux étant la glotte.

Les IRA basses se placent au premier rang de la mortalité due aux IRA puisque l'OMS estime qu'elles sont responsables à elles seules de plus de 70% de décès [18].

Ainsi les recommandations supposent l'identification par le praticien du type d'IRB (bronchite aigue [BA], exacerbation de bronchite chronique [EBC] ou pneumonie), afin de limiter les prescriptions d'antibiotiques aux indications où elle est probablement ou certainement utile.

Cependant, les signes cliniques d'IRB sont peu spécifiques et il n'est souvent pas possible, de ce fait, d'étiqueter précisément une IRB dans le cadre d'une consultation [19]. Les praticiens doivent donc, en pratique, s'appuyer sur un diagnostic de présomption.

Chaque année, des millions de personnes dans le monde souffrent d'une infection des voies respiratoires supérieures telle qu'une sinusite ou une angine/pharyngite ou encore d'une infection des voies respiratoires inférieures comme une bronchite ou une pneumonie.

Les infections des voies respiratoires sont les maladies infectieuses les plus fréquentes et affectent toutes les tranches d'âge et toutes les classes sociales. Des agents pathogènes tels que streptococcus pneumoniae et haemophilus influenzae sont responsables de la majorité de ces infections.

Cependant, la résistance bactérienne aux antibiotiques couramment prescrits, notamment les bêta-lactamines et les macrolides, augmente actuellement partout dans le monde. Il est indispensable d'avoir recours à de nouveaux antibiotiques en traitement de première intention.

La pneumonie est une maladie relativement fréquente ; avec aux USA, chaque année environ 2 à 3 millions d'épisodes, 10 millions de visites chez le médecin et 500000 hospitalisations. Par ailleurs dans ce pays cette infection est responsable annuellement de 45000 décès, principalement chez les personnes âgées.

Les bronchites chroniques exacerbées affectent dans le monde plus de 10% des fumeurs et 4 à 6% des adultes non fumeurs.

Les sinusites aiguës sont également fréquentes, avec 31,2 millions de cas et 16 millions de consultations par an aux USA.

Les angines /pharyngites aiguës quant à elles représentent 1% des consultations chez le médecin aux USA [20].

Au Cameroun, la prévalence des IRA est de 9% avec une mortalité de 12,45% dont 12% au cours de la rougeole et 12,9% pour le reste des IRA [21].

Au MALI les IRA représentent la première cause de consultation pédiatrique et la deuxième cause de décès des enfants de 0 à 5 ans après les fièvres idiopathiques [22].

Selon COULIBAY SM dans une étude sur la morbidité et la mortalité dans le service de pédiatrie de l' HOPITAL GABRIEL TOURE en 2001, les IRA représentent 24,19% du total des consultations externes et causent 37,2% de décès dans la tranche d'âge de 0 à 4 ans.

En effet de nombreux auteurs estiment que chaque enfant de 0 à 5 ans présente en moyenne 4 à 6 épisodes d'IRA par an d'une durée de 7 à 9 jours soit un total d'un milliard d'épisodes par an [23].

L'immense majorité de ces infections est d'origine virale (90% au moins) et ne justifie pas une antibiothérapie. Les bactéries en cause sont essentiellement le streptocoque A ; le pneumocoque ; haemophilus influenzae b.

Il faut souligner que bon nombre d'infections à virus induisent une surinfection bactérienne.

La récurrence si fréquente de ces manifestations respiratoires est liée d'une part à la multiplicité du virus, d'autre part à l'immunité incomplète ou temporaire conférée par bon nombre d'entre eux chez l'enfant qui doit créer ses défenses [13].

2-3 La diarrhée et le vomissement:

Selon les statistiques du ministère de la santé tunisienne, le couple diarrhée/vomissement représente le deuxième motif de recours aux soins pour les enfants âgés de moins de 5 ans [24].

2-3-1 La diarrhée :

Elle se définit par l'émission des selles liquides ou molles (\geq à 3 /jour).

Selon leur caractère, on distingue :

-La diarrhée aqueuse ou profuse de consistance très liquide

-La diarrhée glaireuse contenant du mucus

-La diarrhée sanglante contenant du sang

-La diarrhée glairo-sanglante ou dysenterie qui se caractérise par l'émission de sang et de mucus est l'un des types de diarrhée les plus tenaces.

Dans 80% des cas l'origine est virale (Rota virus, Adénovirus) [25].

Les bactéries qui peuvent être responsables sont les salmonelloses, les shigelles, campilobacter... Chez un nouveau né immunocompétent les étiologies parasitaires et le Candida ne sont pas impliqués.

La couleur et l'odeur des selles n'ont aucun intérêt décisionnel .Seule la présence de sang peut être évocatrice d'une infection intestinale bactérienne justifiant une coproculture et une antibiothérapie.

Les maladies diarrhéiques en général constituent un motif fréquent de consultation dans les services de santé. Leur incidence est très élevée dans les pays en développement ou l'assainissement et l'approvisionnement en eau potable sont inadéquats.

De part leur conséquence, notamment la déshydratation et la sous-nutrition, les maladies diarrhéiques constituent directement ou indirectement l'une des principales causes de décès des jeunes enfants dans les pays en voie de développement.

C'est ainsi que l'OMS estimait en 1980 à 744 millions le nombre d'enfants de moins de 5 ans atteints de diarrhée et à 10 décès par minute pour cause de diarrhée [26].

En 1985 une étude réalisée par le programme national de lutte contre les maladies diarrhéiques a montré que la diarrhée représente plus d'un quart des causes d'hospitalisation et de décès dans le service de pédiatrie de l'hôpital GABRIEL TOURE.

LOMS estime à un milliard les épisodes de diarrhée par an chez les enfants de moins de 5 ans dont 3,5 milliards de décès et 80% de décès chez les moins de 2 ans dans le monde [27].

2-3-2 Le vomissement :

Le vomissement se définit comme le rejet actif par la bouche du contenu gastro-intestinal. Il résulte d'un effort pénible associant des contractions, non seulement des muscles abdominaux et du diaphragme mais aussi des spasmes digestifs avec ouverture du cardia. Il s'accompagne de modifications réflexes de la respiration et de manifestations d'une hyper excitation vagale avec hyper salivation et bradycardie [28].

2-4 La céphalée :

2-4-1 Anatomie macroscopique et fonctionnelle du cerveau :

Le cerveau est le centre du système nerveux. Il est enveloppé dans une structure osseuse, assurant sa protection, appelée boîte crânienne.

Le cerveau est séparé de la boîte crânienne par des membranes dénommées méninges : la dure mère, l'arachnoïde et la pie mère (entre ces deux dernières circule le liquide céphalo-rachidien (LCR)). Anatomiquement il peut être divisé en trois parties :

- l'encéphale
- le tronc cérébral
- le cervelet

La partie superficielle de toutes ces structures cérébrales, le cortex, est composée de cellules nerveuses et forme la substance blanche qui constitue la plus grosse partie du cerveau [29].

2-4-1-1 L'encéphale :

Il est constitué de deux hémisphères cérébraux qui sont la partie la plus récente du cerveau (embryogénèse) responsable de la plus haute fonction mentale.

Ils sont subdivisés en lobes, quatre de chaque côté. Apparemment les deux sont identiques à droite et à gauche alors qu'au plan fonctionnel il existe des différences

telle que la prédominance d'un hémisphère sur l'autre concernant des fonctions bien spécifiques [29].

Les plus antérieures sont les lobes frontaux, ensuite viennent les lobes pariétaux et enfin les lobes occipitaux. Le lobe temporal est disposé comme le pouce d'une mitaine dans l'aire située au-dessus de l'oreille.

Ces lobes sont séparés entre eux par des scissures, c'est ainsi qu'entre le lobe frontal et le lobe pariétal il y a : la scissure de Rolando ; entre le lobe frontal et le lobe temporal : la scissure de Sylvius ; entre le pariétal et le temporal : la scissure pariéto-temporal ; entre le lobe temporal et le lobe occipital : la scissure perpendiculaire [29,30].

Chacun des lobes a des fonctions spéciales : la détermination de la personnalité, la haute fonction mental, la parole dans sa forme expressive, l'écriture, les mouvements, certaines modifications des mouvements sont l'apanage du lobe frontal. La sensibilité sous toutes ses formes est une fonction du lobe pariétal. L'audition, le comportement, la parole dans sa forme compréhensive font intervenir le lobe temporal. La vision et l'écriture sont un domaine du lobe occipital [30].

Les hémisphères cérébraux sont dotés d'autres structures anatomiques dont la présence est fondamentale pour l'exécution des fonctions désignées ci-dessus, il s'agit du thalamus, du noyau caudé et du noyau lenticulaire [29].

2-4-1-2 Le tronc cérébral :

C'est une structure cérébrale sur laquelle se reposent les hémisphères cérébraux et qui est situé à la base du cerveau.

Le tronc cérébral est divisé en trois parties :

- les pédoncules cérébraux
- la protubérance
- le bulbe (la moelle allongée)

Le tronc cérébral est traversé par des faisceaux de fibres qui montent ou qui descendent des nerfs périphériques vers la moelle épinière ou plus haut vers le cerveau. Il est en outre l'organe clé de contrôle des activités subconscientes et des réflexes, notamment la respiration, la fréquence cardiaque et la pression sanguine [29,31].

2-4-1-3 Le cervelet :

Il est situé dans l'angle formé par le tronc cérébral et les hémisphères cérébraux.

Le cervelet est divisé en deux parties :

-Les hémisphères

-Le vermis

Sa fonction se résume à une coordination motrice et grâce à des faisceaux de fibres il reçoit et envoie des informations vers d'autres structures du cerveau [30,31].

2-4-1-4 La vascularisation du cerveau :

2-4-1-4.a Les artères du cerveau :

Le bon fonctionnement du cerveau dépend d'un excellent approvisionnement en nutriment dont se charge une structure artérielle complexe qui véhicule le sang riche en oxygène et en glucose.

Le cerveau reçoit à sa base la carotide interne, branche de la carotide commune, qui donne l'artère cérébrale antérieure, l'artère cérébrale moyenne sylvienne, l'artère cérébrale postérieure qui assure l'irrigation respective du lobe frontal, du lobe pariétal, du lobe temporal et du lobe occipital.

A la partie postérieure du cerveau se dresse le tronc basilaire qui naît des artères vertébrales, branche des deux artères sus-claviculaires, et assure l'irrigation du tronc cérébral et du cervelet [32,33].

2-4-1-4.b Les veines du cerveau :

Les veines se drainent dans de gros troncs veineux constitués par des dédoublements de la dure-mère : sinus veineux de la dure-mère.

Ces sinus qui se drainent dans les deux confluent intra duraux de la base ont pour fonction principale d'évacuer vers le cœur le sang pauvre en nutriments.

Il s'agit :

-Du confluent prenant en charge les sinus suivants :

le sinus sagittal supérieur pour la protubérance et l'occipital interne

le sinus longitudinal supérieur pour la faux du cerveau

le sinus droit latéral pour la tente du cerveau

-Du confluent prenant en charge le sinus suivant :

le sinus caverneux latéro-sellaire

le sinus pariétal

Les veines ophtalmiques

Ces deux confluent se déversent dans le bulbe supérieur de la veine jugulaire interne située dans le foramen jugulaire [34,33].

2-4-2 Définition et physiopathologie des céphalées :

2-4-2-1 Définition :

La céphalée se définit comme étant une douleur d'intensité et de durée variable, à type de pulsation, d'échauffement, de serrement, de pesanteur ou autres, localisée et/ou se projetant au niveau d'une, de plusieurs parties ou toute la boîte crânienne [35].

2-4-2-2 Physiopathologie :

Les structures crâniennes sensibles à la douleur sont relativement peu nombreuses : Le cuir chevelu, l'artère méningée, les sinus dures-mèriens, la faux du cerveau et les parties proximales des grosses artères de la pie-mère.

Les stimuli sensitifs issus de la tête sont transmis au système nerveux central par les nerfs trijumeaux pour les structures situées au-dessus de la tente du cervelet et dans les fosses antérieure et moyenne du crâne et pour les trois premières racines cervicales pour les structures situées dans la fosse postérieure et la face de la tente du cervelet.

Les céphalées sont dues à :

- la distension, la traction ou la dilatation des artères intra ou extra-crâniennes
- la traction ou la distension des grosses veines intra-crâniennes ou de leur enveloppe durale
- la compression, la traction ou l'inflammation des nerfs crâniens ou spinaux
- la spasme ou une inflammation, ou un traumatisme des muscles du crâne ou des muscles cervicaux
- une irritation méningée ou une augmentation de la pression intra-crânienne
- certains mécanismes comme une activation des structures du tronc cérébral [36,37].

2-4 Le paludisme :

Le paludisme est une endémie mondialement répandue .Il est l'une des premières causes de mortalité infantile dans les pays en voie de développement. D'après l'OMS en 1994, le paludisme sévissait d'une manière endémique dans 101 pays dont la répartition géographique est la suivante : 45 pays en Afrique, 21 pays en Amérique, 4 pays en Europe, 14 pays de la méditerranée orientale, 8 pays d'Asie du sud-est et 9 pays du pacifique occidental [38].

Au Mali, il existe cinq (5) faciès épidémiologiques de transmission du paludisme [39].

-Une zone soudano guinéenne à transmission saisonnière longue de 4 a 6 mois avec une pluviométrie de 1250 mm d'eau par an. Le paludisme y est holo-endémique avec un indice plasmodique (IP) d'environ 85% de juin à novembre. La prémunition est acquise autour de 5 ans.

-Une zone de transmission saisonnière courte de 3 à 4 mois. Elle correspond à la zone soudanienne et au sahel avec une pluviométrie de 200 à 800mm d'eau par an. Le paludisme y est hyper-endémique avec un indice plasmodique variant entre 50 et 75%.La prémunition est atteinte autour de 9 ans et le neuropaludisme est une des complications les plus fréquentes entre 1 et 9 ans.

-Une zone de transmission sporadique voire épidémique correspondant au Sahara avec 100mm d'eau par an. L'IP est inférieur à 50% ; même les adultes de cette zone sont exposés au risque de paludisme grave ou compliqué.

Une zone de transmissions bi ou plurimodales comprenant le Delta intérieur du fleuve Niger et les zones de barrage : Selingué, Manantali et Markala. Le paludisme y est méso-endémique avec l'IP inférieur à 40%. La fréquence de l'anémie palustre est très élevée dans la tranche d'âge de moins de 5ans.

-Les zones peu propices à l'implantation : les milieux urbains (Bamako, Mopti), le paludisme y est hyper-endémique avec un IP inférieur a 10%.Les adultes de Bamako courent aussi le risque de paludisme grave

Près de six cent mille enfants meurent chaque année du paludisme, la plupart en Afrique au sud de Sahara [40].

Chaque année dans le monde entier, entre 300 à 500 millions de cas sont signalés en Afrique sub-saharienne. Le paludisme cause entre 1,5 à 2,7 millions de décès par an et la plupart des victimes sont les jeunes enfants âgés de moins de 5 ans.

Il touche beaucoup plus les enfants parce qu'ils disposent d'une résistance faible et la maladie évolue rapidement [41].

En Afrique, le paludisme est responsable de 30 à 50% des admissions dans les hôpitaux et de pas moins de 50% des consultations externes dans les zones de haute transmission [42]. Il tue un enfant toutes les 30 secondes soit 300 enfants chaque jour [43].

Au Mali, avec 48% des motifs de consultation dans les centres de santé [44], le paludisme constitue l'une des pathologies les plus mortelles (13%) et les plus morbides (15,6%) surtout chez les enfants et les femmes enceintes qui constituent les couches les plus vulnérables [45].

A Bamako dans le service de pédiatrie de H.G.T, la létalité hospitalière par paludisme grave oscille entre 16 et 18,6% [46].

2-5 La méningite :

Selon l'OMS en 1996, les formes épidémiques à NEISSERIA meningitidis et les formes endémiques (Haemophilus influenzae, Streptococcus pneumoniae) ont touchées trois cent mille personnes avec une mortalité de 10% [47].

Au Mali, c'est une pathologie fréquente avec environ 10% des causes d'hospitalisation. SY O [48] a montré que les méningites représentaient la 6ème cause de d'hospitalisation pédiatrique avec 9,6%.

2-6 La malnutrition :

La malnutrition est rarement mentionnée comme la cause directe de décès infantile, elle n'en contribue pas moins à plus de la moitié des décès d'enfants. Les problèmes d'accès aux aliments ne sont pas la seule cause de la malnutrition. Des pratiques alimentaires médiocres ou une infection, et parfois les deux à la fois, constituent des facteurs majeurs [49].

Les pays Africains comptent parmi ceux qui ont les taux de mortalité infantile et infanto-juvenile les plus élevés du monde, ce qui est en grande partie imputable à la malnutrition [50].

L'insuffisance pondérale touche entre 10% à 30% des enfants dans les pays en voie de développement, entre 20% et 40% accusent un retard de croissance [51].

En Afrique de l'ouest, le taux du retard de croissance se situe à 37,9% ; l'insuffisance pondérale frappe 32,8% des enfants de moins de 5ans [51].

Cette malnutrition s'installe souvent peu après l'introduction dans l'alimentation de l'enfant de produits semi-solides ou liquide à base surtout de céréales n'ayant subi aucun traitement spécifique (extrusion, fermentation....). Une forte proportion d'enfants ayant un faible poids à la naissance (inférieur à 2kg500) le doivent à la mère avant et pendant la grossesse [52].

Au Mali, la malnutrition infantile constitue l'un des problèmes majeurs de santé publique. La prévalence de la malnutrition est élevée : 30% des enfants de 0 à 35 mois accusent un retard de croissance et 23% sont émaciés, 40% des enfants font une insuffisance pondérale. Selon l'E.D.S.II, 57% des décès infanto-juvenile au Mali sont dus à une malnutrition. Les taux de mortalité infantiles et infanto-juvenile sont les plus élevés dans les régions rurales de Ségou et Mopti atteignant respectivement plus de 142,4%0 et 274%0 [40].

3-LES OBJECTIFS :

OBJECTIF GENERAL :

-Etudier la fréquence des motifs de consultation dans le C.S Réf de KATI

OBJECTIFS SPECIFIQUES :

-Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patients vus en consultation externes.

-Identifier les motifs de consultation les plus couramment évoqués en consultation externe.

-Identifier les moyens d'investigation diagnostics les plus couramment utilisés.

-Déterminer le taux de référence et d'évacuation en consultation externe.

4 METHODOLOGIE

4-1 CADRE D'ETUDE :

L'étude s'est déroulée dans le service de consultation externe de la médecine générale du C.S Réf de Kati.

Située à 15km du district de Bamako, Kati est limitée au Nord par la commune rurale de Kambila et de Diago à l'est par la commune rurale de Safo au Sud par la commune III de Bamako, à l'Ouest par la commune rurale de Doubabougou. Elle est composée de dix (10) quartiers (Farada, Malibougou, Mission, N'tominikoro, Noumorila, Kati coura, Kati coro, Coco, Sananfara et Samakebougou), trois (3) villages (N'toubana, Banambani et Sirakoro niaré) et un (1) hameau (Sébénikoro)

La ville de Kati est située dans le district sanitaire de Kati qui a une population de 573.843 habitants selon la DNSI (RGPH 1998). Elle est surtout caractérisée par le cosmopolitisme de sa jeunesse à 42% constituée par les moins de 15ans, la ville de Kati par sa situation géographique et stratégique (3^{ème} région militaire du Mali) demeure un carrefour de rencontre de toutes les couches socio-économiques et culturelle du Mali avec : des Bambaras (autochtones), les Malinkés, les peulhs, les Dogons, les Sarakolés, les Maures, les Mossis, les Khassonkés, les Sonrhaïs, les Ouolofs et les Sénoufos.

On y trouve plusieurs confessions religieuses dont : les musulmans (89%), les chrétiens (8%), et les animistes (3%). (Selon l'article sur la présentation de la commune de Kati année 2007)

La commune urbaine de Kati dispose d'un Etablissement Public à caractère Hospitalier (EPH), d'une Infirmerie de garnison, de quatre CSCOM (CSCOM de Malibougou, de Farada, de Coco et de Sananfara), un dispensaire de l'Eglise catholique, de 10 officines pharmaceutiques et un CSREF dans lequel s'est déroulé notre étude.

4-2 TYPE D'ETUDE :

Nous avons fait une étude rétrospective à partir des données recueillies dans le registre de consultation externe durant la période d'étude.

4-3 PERIODE D'ETUDE :

Notre étude s'étendait du 01 janvier au 30 juin 2007 soit une période de 6 mois.

4-4 PRESENTATION DU CSREF DE KATI:

Crée par le décret n° 90-264/P-RM du 05 juin 1990 portant la création des services régionaux et sub-régionaux de santé et des affaires sociales sous le nom de service sécurité sanitaire et sociale de cercle ou de commune, en 2007 par le système de référence et d'évacuation est devenu un C.S.Ref (centre de santé de référence).

Situé en plein cœur de la ville de Kati en face du commissariat de police et à environ 40 mètres de la mairie et contigu au camp militaire par son côté Sud-Est, il recouvre 41 aires de santé.

4-4-1 LOCAUX :

Le C.S.Ref de Kati se compose de :

- une unité de la maternité
- une unité de laboratoire biomédicale
- une unité de DV (Dépôt de vente)
- une unité d'Odontostomatologie (équipée non fonctionnelle)
- une unité d'ophtalmologie
- une unité optique (confection et vente de verres correcteurs)
- une unité de Radiologie (Echographie fonctionnelle, Radio non fonctionnelle)
- une unité d'hygiène et assainissement
- une unité de DRC (Dépôt Répartiteur du Cercle)
- une unité de comptabilité
- une unité informatique pour le système d'information sanitaire
- un secrétariat
- unité de grandes endémies :
 - . Lèpre,
 - . Tuberculose,
 - . Et Onchocercose.
- Une unité de CONSULTATION EXTERNE de Médecine Générale où s'effectue notre étude. Elle comprend :
 - . Deux salles de consultation externe

- .Une salle d'injection
- .Une salle de pansement
- .Et une salle de garde
- un bloc d'hospitalisation de Médecine générale
- une unité de consultation de Chirurgie Générale
- et un bloc d'hospitalisation chirurgical.

4-4-2 LES ACTIVITES MENEES :

- Activité chirurgicale (ophtalmologique, gynéco obstétrique et générale)
- Consultation ophtalmologique
- Unité biologique (Laboratoire)
- Activité de service social
- Les soins pré, per et post natus
- Dépôt de vente de médicaments
- Activité de supervision, de monitoring et de formation des aires de santé
- Campagnes de masse (Activités préventives)
- Consultation externe : elle est payante, la majorité des malades viennent d'eux même en consultation externe, d'autres par contre sont référés par les CSCOM et les autres les centres de santé périphériques (confessionnel, militaire, privés, PMI...).
- Hospitalisation : elle est payante aussi .La visite des malades est quotidienne et est effectuée par les différents médecins généralistes, les étudiants stagiaires et les infirmiers.

4-4-3 Le personnel du service de médecine

- Quatre (4) médecins généralistes,
- Huit (8) infirmiers,

A ceux-ci s'ajoutent les étudiants des écoles socio sanitaires et les étudiants de la FMPOS de différentes années faisant leur stage

4-5 LA POPULATION D'ETUDE :

La population éligible était constituée par les patients enregistrés dans le registre de consultation du service de la médecine générale durant la période d'étude.

4-6 CRITERE D'INCLUSION :

Ont été inclus dans cette étude :

-Tous les malades reçus en consultation externe dans le service de médecine générale pendant la période d'étude et enregistrés dans le registre de consultation.

4-7 CRITERE DE NON INCLUSION :

- Tout malade reçu en consultation externe non enregistré dans le registre de consultation externe.

- Tout malade reçu en consultation externe enregistré mais n'ayant pas de diagnostic ou de motifs précis.

4-8 COLLECTE DES DONNEES :

Les données ont été collectées à partir du registre de consultation externe, le tout reporté sur une fiche d'enquête individuelle préalablement établie.

4-9 ANALYSE DES DONNEES :

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel Epi info 6,0.

5-RESULTATS

Tableau I : répartition des patients selon la fréquence de consultation par mois

Mois	Fréquence	Pourcentage
janvier	358	17,0%
février	399	18,9%
mars	333	15,8%
avril	316	15,0%
mai	408	19,4%
juin	292	13,9%
Total	2106	100%

La consultation a été dominante au mois de mai avec 19,4% et moins dominante au mois de juin avec une fréquence de 13,9%.

Tableau II: répartition des patients selon la tranche d'âge

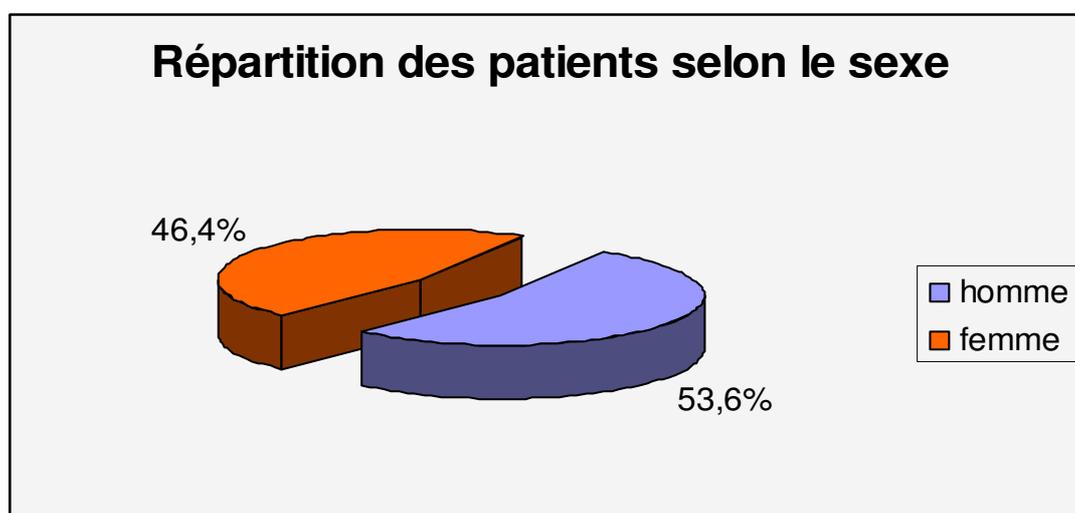
Tranche d'âge (année)	Fréquence	Pourcentage
[0-15[	946	44,9%
[16-30[	725	34,4%
[31-45[	237	11,3%
[46-60[	120	5,7%
[61 et plus [	78	3,7%
Total	2106	100,0%

La tranche d'âge de moins de 15 ans était prédominante avec 44,9% tandis que la moins prédominante est la tranche d'âge de 60 ans et plus avec un taux de 3,7%

Tableau III: répartition des patients selon le sexe

Sexe	Fréquence	Pourcentage
homme	1129	53,6%
femme	977	46,4%
Total	2106	100,0%

Nos patients étaient de sexes masculins avec une fréquence de 53,6% (voir le graphique 1).

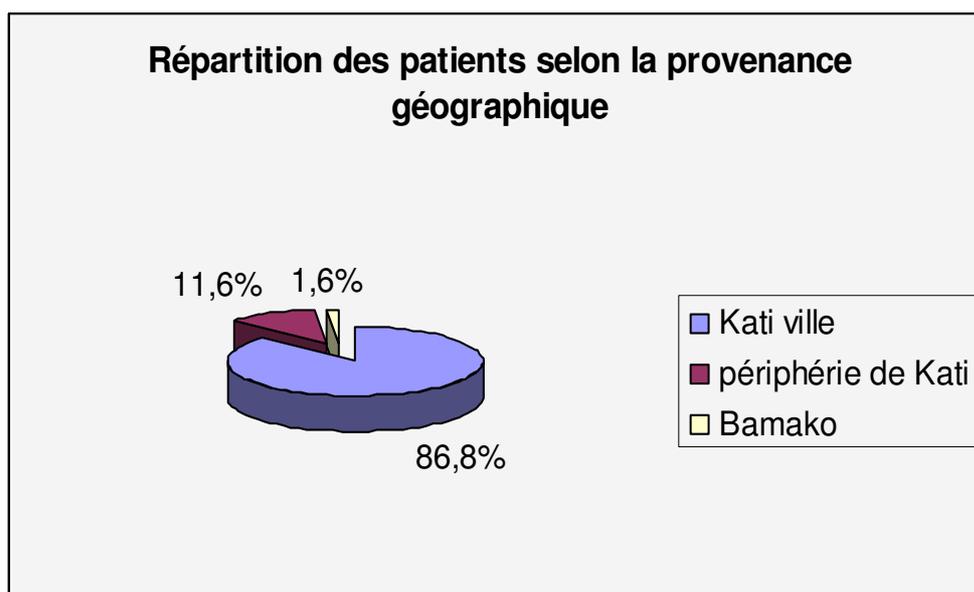


Graphique 1

Tableau IV: répartition des patients selon la provenance géographique

Résidence	Fréquence	Pourcentage
Kati ville	1829	86,8%
périphérie de Kati	244	11,6%
Bamako	33	1,6%
Total	2106	100,0%

Nos patients provenaient de KATI ville avec 86,8%.

**Tableau V:** répartition des patients selon l'ethnie

Ethnie	Fréquence	Pourcentage
bambara	983	46,7%
malinké	226	10,7%
peulh	366	17,4%
Sarakolé	216	10,3%
bozo	10	0,5%
autres	305	14,5%
Total	2106	100,0%

Le bambara était l'ethnie majoritaire avec 46,7% contre une faible fréquence de 0,5% pour les Bozo.

Tableau VI: Répartition des patients selon la profession

Profession	Fréquence	Pourcentage
sans activités	481	22,8%
fonctionnaire	102	4,8%
commerçant	113	5,4%
cultivateur	67	3,2%
ménagère	366	17,4%
ouvrier	126	6,0%
élève/étudiant	792	37,6%
transporteur	43	2,0%
autre	16	0,8%
Total	2106	100,0%

Les élèves et étudiants constituaient la majorité de nos patients avec 37,6% contre une faible fréquence de 0,8% pour d'autres professions.

Tableau VII: Répartition des patients selon le motif de consultation

Motif de consultation	Fréquence	Pourcentage
Fièvre	648	23%
Céphalée	221	8%
Douleur Ostéo-articulaire	101	4%
Trouble neurologique	99	3%
Brûlure	26	1%
Douleur thoracique	24	1%
AEG	16	1%
Trouble Oculaire	34	1%
Problème buccal	32	1%
Traumatisme (AVP, CBV et blessure)	338	12%
IRA	364	13%
Affection dermatologique	144	5%
Morsure d'animaux (serpent, chien, insecte...)	34	1%
Plaie	130	5%
Problème uro-génital	129	4%
Trouble digestif	488	17%
Autres	46	2%
Total	2874	100%

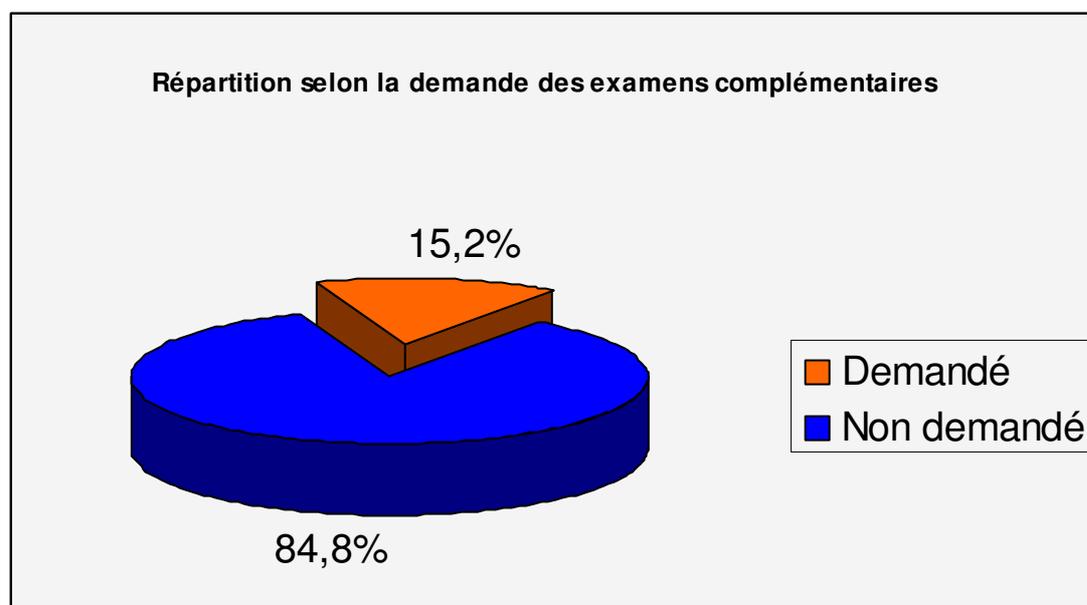
* **Autres** : certificat, chute, corps étranger dans le nez, corps étranger dans l'oreille, douleur mammaire, fatigue, ictère, masse abdominale, œdème, refus de tété.

La fièvre a été le motif de consultation le plus fréquent dans 23% des cas contre une faible fréquence de 1% pour chacun des motifs suivants : brûlure, douleur thoracique, AEG, troubles oculaires, problèmes buccaux et les morsures d'animaux.

Tableau VIII: Répartition des patients selon la demande des examens complémentaires

Examen complémentaire	Fréquence	Pourcentage
Demandé	320	15,2%
Non demandé	1786	84,8%
Total	2106	100,0%

Les examens complémentaires ont été demandés chez 15,2% des patients (voir graphique 2).

**Graphique 2****Tableau IX : Répartition des patients selon la référence et l'évacuation**

Référence/évacuation	Fréquence	Pourcentage
référé	6	0,3%
évacué	80	3,8%
Venus d'eux même	2020	95,9%
Total	2106	100,0%

Les patients venus d'eux même étaient les plus représentés avec une fréquence de 95,9% contre une faible fréquence de 0,3% pour les patients référés.

Tableau X : Répartition des patients selon les types d'examen complémentaires effectués.

Type d'examen	Fréquence	Pourcentage
examen de laboratoire	316	72,1%
examen radiologique	115	26,3%
examen endoscopique	4	0,9%
électrocardiogramme	3	0,7%
Total	438	100,0%

Les examens de laboratoires étaient les types d'examens complémentaires les plus demandés avec 72,2%.

Tableau XI : Répartition des patients selon le type d'examen de laboratoire demandé

Type d'examen de laboratoire	Fréquence	Pourcentage
goutte épaisse	132	41,8%
Widal	96	30,4%
ECBU	2	0,6%
ECB-LCR	9	2,8%
NFS	8	2,5%
selle-pok	3	0,9%
bacilloscopie	23	7,3%
test HIV	8	2,5%
test de grossesse	20	6,3%
glycémie	13	4,1%
test d' Emmêle	2	0,6%
Total	316	100,0%

La goutte épaisse a été l'examen de laboratoire le plus demandé avec 41,1% contre une faible fréquence de 0,6% pour les examens suivants : ECBU, Test d'emmél

Tableau XII : Répartition des patients selon le diagnostic retenu.

Diagnostic retenu	Fréquence	Pourcentage
Paludisme présumé	520	20,3%
Paludisme confirmé	120	4,7%
Pneumopathie	222	8,7%
Typhoïde	79	3,1%
Parasitose intestinale	65	2,5%
Angine	36	1,4%
Otite	47	1,8%
Méningite	9	0,4%
Brûlure	26	1,0%
Dermatose	137	5,3%
Bilharziose urinaire	20	0,8%
Infection Sexuellement Transmissible	80	3,1%
Asthme	10	0,4%
Intoxication	21	0,8%
Hypertension Artérielle	45	1,8%
Plaie	331	12,9%
Ulcère Gastro Duodénale	4	0,2%
Syndrome ulcéreux	80	3,1%
Déshydratation	9	0,4%
Traumatisme bénin	184	7,2%
Retrovirose confirmée	1	0,0%
Anémie	8	0,3%
Abcès	13	0,5%
Candidose buccogénitale	9	0,4%
Cardiopathie	9	0,4%
Carrie dentaire	14	0,5%
Gastro-entérite	15	0,6%
Grossesse	19	0,7%
Hernie inguinale	7	0,3%
Affection prostatique	9	0,4%
Rhinite	12	0,5%
Indéterminé	287	11,2%
Autres	117	4,6%
Total	2565*	100,0%

Le paludisme était prédominant avec 25% suivi des plaies (12,9%).

Tableau XIII : Répartition des patients selon le sexe en fonction du diagnostic

DIAGNOSTIC	Sexe				P
	Féminin		Masculin		
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage	
Paludisme présumé	245	47,1	275	52,9	0,187
Paludisme confirmé	55	45,8	65	54,2	0,359
Pneumopathie	100	45,0	122	55,0	0,141
Typhoïde	40	50,6	39	49,4	0,909
Parasitose intestinale	23	35,4	42	64,6	0,022
Angine	17	47,2	19	52,8	0,738
Otite	19	40,4	28	59,6	0,209
Méningite	3	33,3	6	66,7	0,812
Brûlure	17	65,4	9	34,6	0,265
Dermatose	64	46,7	73	53,3	0,444
Bilharziose urinaire	3	15,0	17	85,0	0,000009
IST	50	62,5	30	37,5	0,028
Asthme	4	40,0	6	60,0	0,895
Intoxication	7	33,3	14	66,7	0,279
Hypertension Artérielle	33	73,3	12	26,7	0,010
Plaie	116	35,0	215	65,0	10 ⁻⁶
Syndrome ulcéreux	62	77,5	18	22,5	0,00001
UGD	3	75,0	1	25,0	-
Déshydratation	4	44,4	5	55,6	-
Traumatisme bénin	76	41,3	108	58,7	0,019
Retrovirose confirmée	0	0,0	1	100,0	-
Anémie	5	62,5	3	37,5	1,0
Abcès	8	61,5	5	38,5	0,825
Candidose buccogénitale	8	88,9	1	11,1	0,001
Cardiopathie	3	33,3	6	66,7	-
Carie dentaire	7	50,0	7	50,0	-
Gastro entérite	6	40,0	9	60,0	-
Grossesse	19	100,0	0	0,0	-
Hernie inguinale	1	14,3	6	85,7	-
Affection prostatique	0	0,0	9	100,0	-
Rhinite	6	50,0	6	50,0	-
Indéterminé	143	49,8	144	50,2	-
Autres	58	49,6	59	50,4	-

- Les parasitoses intestinales, la bilharziose urinaire, les plaies et les traumatismes bénins étaient plus retrouvés chez le sexe masculin avec une différence statistiquement significative.
- Les infections sexuellement transmissibles, l'hypertension artérielle, les syndromes ulcéreux et les candidoses buccales étaient plus retrouvés chez le sexe féminin avec une différence statistiquement significative.

Tableau XIV : Répartition des patients selon la tranche d'âge en fonction du diagnostic.

Diagnostic	Tranche d'âge										Test statistique
	0-15 ans		16-30 ans		31-45 ans		46-60 ans		>60ans		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Paludisme présumé	274	52,7	165	31,7	44	8,4	24	4,6	13	2,5	10 ⁻⁶
Paludisme confirme	60	50,0	35	29,2	13	10,8	7	5,8	5	4,2	0,0015
Pneumopathie	137	61,7	46	20,7	16	7,2	11	5,0	12	5,4	10 ⁻⁶
Typhoïde	27	34,2	33	41,8	12	15,2	4	5,1	3	3,8	0,000001
Parasitose intestinale	33	50,8	18	27,7	10	15,4	3	4,6	1	1,5	10 ⁻⁸
Angine	25	69,4	8	22,2	2	5,5	1	2,8	0	0	10 ⁻⁸
Otite	32	68,1	10	21,3	3	6,3	1	2,1	1	2,1	0,0019
Méningite	8	88,9	0	0,0	1	11,1	0	0	0	0	10 ⁻⁸
Brûlure	23	88,5	3	11,5	0	0	0	0	0	0	0,00088
Dermatose	74	54,0	42	30,7	8	5,8	9	6,6	4	2,9	0,0000004
Bilharziose urinaire	17	85,0	3	15,0	0	0	0	0	0	0	10 ⁻⁸
IST	17	21,3	51	63,8	9	11,3	2	2,5	1	1,3	80
Asthme	4	40,0	3	30,0	1	10	1	10	1	10	0,528
Intoxication	8	38,1	8	38,1	3	14,3	1	4,8	1	4,8	0,041
Hypertension Artérielle	0	-	3	6,7	12	26,7	13	28,9	17	38	0,00048
Plaie	124	37,5	147	44,4	42	12,7	13	3,9	5	1,5	0,00016
Sd ulcéreux	3	3,8	26	32,5	26	32,5	20	25	5	6,3	0,000015
UGD	0	-	2	50,0	1	25	1	25	0	0	-
Déshydratation	8	88,9	0	0,0	0	0	0	0	1	11	0,0019
Traumatisme bénin	62	33,7	88	47,8	22	12	8	4,4	4	2,2	0,0019
Retrovirose confirmée	0	-	0	0,0	0	0	1	100	0	0	-
Anémie	3	37,5	4	50,0	0	0	0	0	1	13	0,153
Abcès cutanée	9	69,2	4	30,8	0	0	0	0	0	0	0,0014
Candidose buccogénitale	6	66,7	2	22,2	1	11,1	0	0	0	0	-
Cardiopathie	1	11,1	3	33,3	1	11,1	2	22,2	2	22	-
Carrie dentaire	4	28,6	9	64,3	0	0	1	7,1	0	0	-
Gastro entérite	15	100,0	0	0,0	0	0	0	0	0	0	0,0000002
Grossesse	4	21,1	14	73,7	1	5,2	0	0	0	0	-
Hernie inguinale	3	42,9	3	42,9	0	0	1	14,3	0	0	-
Affection prostatique	0	-	1	11,1	2	22,2	3	33,3	3	33	0,0006
Rhinite	10	83,3	1	8,3	0	0	0	0	1	8,3	-
Indéterminé	119	41,5	101	35,2	32	11,1	20	7	15	5,2	-
Autres	49	41,9	38	32,5	16	13,7	8	6,8	6	5,1	-

- Le paludisme présumé, le paludisme confirmé, les pneumopathies, les parasitoses intestinales, les angines, les otites, les méningites, les brûlures, les dermatoses, la bilharziose urinaire, la déshydratation, l'abcès cutané, la gastro entérite et les rhinites étaient les pathologies les plus retrouvées dans la tranche d'âge de 0 à 15 ans avec une différence statistiquement significative.
- La typhoïde, les infections sexuellement transmissibles, les plaies et les traumatismes bénins étaient les pathologies les plus retrouvées dans la tranche d'âge de 15 à 30 ans avec une différence statistiquement significative.
- Le syndrome ulcéreux était la pathologie la plus retrouvée dans les tranches d'âge de 16 à 30 ans et de 31 à 45 ans avec une différence statistiquement significative.
- L'hypertension artérielle était la pathologie la plus retrouvée dans la tranche d'âge supérieure à 60 ans avec une différence statistiquement significative.

6-Commentaires et Discussion

1) Les contraintes de l'étude :

Nous avons été confrontés à l'insuffisance d'études précises qui ont traité notre sujet et au manque de certaines données dans le registre de consultation externe.

2) Les caractéristiques sociodémographiques :

-Le sexe : le sexe masculin prédominait avec 53,6% contre 46,4% pour le sexe féminin avec un sex-ratio à 1,15 en faveur du garçon.

Ce résultat est contraire à d'autres études nationales et étrangères où la prédominance féminine a été retrouvée s'expliquant par une meilleure disponibilité des femmes à aller consulter [53,54]

-L'âge : la tranche d'âge de moins de 15 ans était majoritaire avec une fréquence de 946 soit 44,9%.

L'importance de la tranche d'âge de moins de 15 ans serait attribuée d'une part à la jeunesse de la population et d'autre part à la vulnérabilité de cette classe d'âge aux maladies.

-L'ethnie : les bambara étaient les plus représentés avec une fréquence de 983 soit 46,7% suivis des peulh avec une fréquence de 366 soit 10,7%.

Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que la population de Kati est en majorité bambara, malinké et peulh. Dr Cissé O a trouvé pour les bambaras un taux de 41,56% [55]

-La résidence : les quartiers de la ville de Kati considérés comme proches du CSRéf représentaient une fréquence de 1829 soit 86,8%.

Alors que la périphérie de Kati et Bamako avec une fréquence respective de 244 et 33 ne représentaient que : 11,6% et 1,6%.

-Profession : les scolaires, les sans activités et les ménagères étaient les plus nombreux avec respectivement une fréquence de 792 soit 37,6% ; de 481 soit 22,8% et de 366 soit 17,4%.

Dr Cissé O à l'infirmerie de garnison de Kati en 2003-2004 a trouvé 37,75% pour les scolaires [55].

3) Motif de consultation :

- La fièvre constituait le premier motif de consultation des patients de notre échantillon avec une fréquence de 23% suivie des troubles digestifs avec 17% ensuite les IRA (toux/pneumopathie/angine) avec 13%.

Dr Sissoko S trouvait respectivement 68,4%, 28,7% et 13,6% pour la fièvre, la toux ou les difficultés respiratoires et la diarrhée **[13]**.

Dr Doumbia M trouvait respectivement 53%, 38,6% et 18,3% pour la fièvre, la toux ou difficultés respiratoires et la diarrhée **[11]**.

Ces résultats sont concordants avec les nôtres.

4) Examen complémentaire :

4-1-Réalisation des examens complémentaires :

L'examen complémentaire était demandé dans 15,2% des cas.

Ce faible taux de demande d'examen complémentaire pourrait s'expliquer d'une part par le fait qu'en plus du rôle de deuxième niveau que joue le CSRéf, il joue également un rôle de premier niveau et d'autre part le non mention de ces demandes des examens des fois dans le registre de consultation externe. Egalement à cause de la fréquence de la prise en charge syndromique dans les structures de deuxième niveau

Contrairement à Dr Ly S qui trouvait une demande d'examen complémentaire à 78% **[56]**.

4-2-Examen biologique :

Au cours de notre étude, la goutte épaisse a été l'examen biologique le plus demandé avec une fréquence de 132 soit (45,1%) suivie du Widal avec une fréquence de 96 soit (32,8%).

Ly S trouvait que les examens biologiques demandés ont été dominés par : la NFS, urée, créatininémie, glycémie, ionogramme (38%) **[56]**.

Cette différence de la prédominance des examens complémentaires est en rapport avec la fonction spéciale que joue chaque service d'étude (le CSRéf est différent du service de réanimation)

5) Diagnostic retenu :

Le paludisme représentait le premier diagnostic avec 25,5% des cas suivi des plaies 12,2%, pathologies indéterminées 11,2%, des IRA 8,7%.

KOLI A trouvait aussi que le paludisme venait en première position (27 ,20%) suivi des traumatismes, plaies et brûlure (3,7%) ensuite viennent les pneumopathies à Koulouba [12].

Cette concordance dans la prévalence des pathologies prédominantes est le reflet de la réalité des zones tropicales dont le Mali où se déroule notre étude.

6) Référence/évacuation :

Nos patients ont été évacués dans 3,8% contre 0,3% référé.

Ce faible taux pourrait s'expliquer par le fait que la référence et l'évacuation ne sont pas mentionnées tout le temps dans le registre de consultation.

La fréquence élevée des patients venus d'eux-mêmes (95,9%) pourraient s'expliquer par l'absence du CSCOM central, qui oblige le C.S.Ref à jouer un rôle de premier niveau pour les quartiers de Kati coro et Noumorila.

7-Conclusion

Notre étude rétrospective s'étendait de janvier au mois de juin dans le CS Réf de Kati a montré que sur 2106 patients vus en consultation externe :

-53,6% des patients étaient des hommes. Les moins de 15ans étaient les plus nombreux avec 44,9% et 86,8% des patients résidaient dans la ville de Kati.

-Seulement 0,3% des patients étaient référés contre 3,8% évacués.

-La fièvre a été le premier motif de consultation avec 23%.

-Le paludisme constituait le premier diagnostic retenu avec 25%.

-Les examens complémentaires étaient demandés dans 15, 2% des cas.

-La goutte épaisse représentait 45,1% des examens biologiques demandés.

8-Recommandations

Au terme de notre étude nous formulons les recommandations suivantes :

-Aux autorités sanitaires:

Construire, équiper et rendre fonctionnel le CSCOM central afin que le C.S. Réf puisse se consacrer à son rôle de deuxième niveau.

-Aux personnels soignants :

.Prendre soins et enregistrer convenablement les informations concernant le patient sur le registre de consultation.

.Fournir des efforts pour confirmer le diagnostic à l'aide des examens complémentaires à chaque fois que cela est nécessaire

- Aux patients :

Conformément à la politique sectorielle de santé et de population, de passer d'abord par le CSCOM ensuite le CS Réf pour terminer par l'hôpital afin de faciliter leur prise en charge.

9-BIBLIOGRAPHIE :

1)-Grenier B : Quel médecin pour quelle médecin au XXI siècle ? Les nouveaux paradigmes. Rev Med de Tour 1994 :275-280.

2)-Strafiels B: Primary care, concept and policy. New York: Oxford University Press, 1992:95-108.

3)-Conférence permanente de médecine générale. Médecine générale : concepts, démarches compétences. Rev Prat 1997 ; 11 :28-31.

4)-Chabrum Robert C : La clientèle des généralistes. Le concours médical de 1989 ; 111 :2329-2330.

5)-Sassel E : Modélisation orientée problèmes des données médicales recueillies en médecine générale. Strasbourg : Université Louis Pasteur, 2000.

6)-Studer JP, Wisser H, Verdon F et al : Formation médicale et pratique ambulatoire : continuité et rupture. Rev Med Suisse Romande 1994 ; 11 :67-70.

7)-Paulus D, Doumec M, Riche B et al : Adolescents et médecin généraliste quelles portes d'entrée dans la consultation ? Med120:5258-26-2001.

<http://www.md.ucl.ac.be/loumed/CD/DATA/120/5258-265.PDF>

8)-Asthénie (186) Professeur Christian Massot-juillet2002.

<http://www.santé.ujfgr Grenoble.fr/SANTE/corpus/disciplines/medint/gdsyndr/186/lecon186htm>

9)- Fori et Rebeille B : Motif de consultation des adolescents de Novembre 2003 à Avril 2004.Mémoire de stage Bard Alexandre au sud Lyon, 2004, 12p.

10) -Actualité de la santé tropicale Octobre 2002.

http://www.santetropicale.com/actualites/ac1002_3.htm

11)-Doumbia M.N : PCIME dans le service de consultation externe pédiatrique de l'hôpital Gabriel Touré Thèse Médecine Bamako 2001

12)-Koli Doukou (Léontine Armelle) : prévalence des consultations du paludisme au CSCOM de Koulouba Bamako - FMPOS 2006-78f.

13)-Sissoko Seydou : Les motifs de consultation dans le service de pédiatrie du C.H.U Gabriel Touré .Thèse de médecine .BKO2006-51p.

14)-Guindo.H: Epidémiologie du paludisme et dynamique de la chloroquino-résistance Thèse pharmacie ; BKO 1998 NO24.

15)-TALANI P ; BIAHOUILA-SATOUNKAZI F : Place du paludisme chez les enfants d'age scolaire vus en consultation dans le centre de santé intégré de Pointe-Noire (Congo).Rev de Médecine d'Afrique Noire2005.52 N0 .11.598-600.

16)-OMS : IRA de l'enfant WHO/ARI/90 :17.

17)-Pierre A. Infections Respiratoires Aigues. Rev Médecine Tropical 2006.1-7.

18)-EDS 1991-Direction nationale du deuxième recensement général de la population et de l'habitat de Yaoundé.

19)-Romand P., Arsac P., Poirier R. et al.Orientations diagnostiques lors d'une première consultation pour infection respiratoire basse en médecin générale. Etude AIR II. Rev de Médecine et maladies infectieuses 2003.33. N0 2.57-62.

20)-Bartlett et al, Clin infect Dis 1998; 26:811-38; National Center for Health Statistics 1996; Schwartz.Nurs Pact
-1994; 19:58-53; Gwaltney.in: principes and practices of infectious Disease 1990; 43:493-98

21)-F.CORRARD : Moyen de lutte contre la fièvre : les bains tièdes restent-ils indiqués ? Arch. pédiatrie 2002-NO9 page 311 à 315.

22)-BELEG MARTIN NESTOR : IRA basse de l'enfant : modalité de prise en charge et coût de traitement à Yaoundé Thèse médecine 1997.

23)-SY.D : Etude clinique, épidémiologique des méningites purulentes dans le service de pédiatrie de l'H.G.T : Thèse Médecine Bamako, 1999-M-42.

24)-Ben Abdelaziz A., Baya A., Bouabib z. et al. Les motifs de consultation en médecine générale. Rev la Tunisie Medicale 2003.81.N0 12.926-931.

25)- Leong G.S., Stanfort J.F., GIORDANO M.F et al. Trimethoprim sulfamethoxazole (TMP-SMZ) dose escalation versus direct rechallenge for pneumocystis carinii pneumoniae prophylaxis in HIV-infect patients with previous adverse reaction to TMP-SMZ. J.infect Dis 2001; 184:992-997.

26)-DOGARER et COLL:Données de la coprologie des maladies diarrhéiques chez les enfants de 5ans en Cote d'ivoire et implication thérapeutique de première intention Afr.Med ; 1990, 29,281 :13-17.

27)-Munderi.P, Van Praag.E, Vella.S, initiative VIH/SIDA et infections sexuellement transmissibles : Sécurité et efficacité des traitements ARV chez l'adulte plus particulièrement en situation de ressources limités. Che, Genève : OMS-departement VIH/SIDA ; DA.2004, 34p.

28)-Girardier J : Nausées et Vomissements. Rev USP La Mirandiere.21800 QUETIGNY.

29)-Leon Schlossberg, Georges D.Zuidema. Atlas MDS-cibret, Anatomie fonctionnelle.1988:65-68, 71-96, 123.126.

30)-PR Moussa traoré. Brochure cours de neurologie 3ème année médecine FMPOS.2002-2003.17-18, 4-7-8.

31)-PR Jean D. Degos, PR Hassan Hosseini. Internat en Médecine.1995.221-223.

32)-Maigne. Médecine et hygiène.1981 ; 39:1174-85.

33)-Henry P, Duru G, Dardigues JF, et le GRIM. La migraine en France. Etude épidémiologique, impact socio-économique et qualité de vie. Paris : John libbey Eurotext.1993.

34)-Jean Nick. Presse Médical 76. N^o8 .17 février 1968.

35)-Nikiforow R. Headache in random sample o persons: a clinical study of a Population in Northern Finland. Céphalalgia 1981, 1:99-107.

36)-Braunwald, Anthony S.Fauci, Dennis L.Kaper, Stephen L.hauser, Dan L.longo, J.Larry Jameson. Harrisson 2000; 70.

37)-Expertise collective. La migraine : connaissances descriptives, traitements et prévention. Paris :INSREM.1998.

38)-Traoré Albert S : Evaluation de la qualité de prise en charge du paludisme chez les enfants de moins de 5ans dans leCSRéf de Kati Thèse Méd. BKO : FMPOS, 2009,57p.

39)-BOUDO O :Epidémiologie du paludisme au Mali, étude de la chimiorésistance, essai de stratégie de contrôle basé sur l'utilisation des rideaux imprégnés de permethrine associée au traitement symptomatiques des accès fébriles. Thèse Doctorat, Parasitologie, Pathologie, Ecologie Montpellier II ; 1992.

40)-WWW.membre.LYCOS.fr./hslc/consult.html

41)-Bureau régional de l'OMS de l'Afrique PCIME 1999, V2, N⁰1 Edition

42)-Ministère de la Santé DNSP, programme national d'accès aux ARV « IMARARV » plan d'action, janvier 2001

43)-Mohamed.A, Issiaka.N, Flabou.B. Test de dépistage du VIH .In : Cellule de planification et de statistique du ministère de la santé (CPS/MS), DNSI et ORC Macro.2002.EDSM2OO1.Claverton, Maryland USA : CPS/MS, DNSI et ORC Macro.Pp279-287.

44)-Murray CJL & Lopez AD. (1996).The global burden of disease, Harvard University press, Cambridge, USA, 1996.

45)-Population mondiale 2000.Population de référence bureau 1875 Connecticut, Ave NW ?520 Washington, DC2000 95728 Etat Unis.

46)- Madame Maiga Naya Coulibaly : Contribution à l'amélioration de la qualité de l'accueil à l'hôpital Gabriel Touré de Bamako (Mali) : cas du service de pédiatrie. Mémoire de DESS Dakar 2003.

47)-UNICEF, **La situation des enfants dans le monde 1998** ; www.unicef.org.

48)- SY.O : Morbidité et Mortalité dans le service de pédiatrie B de l'H.G.T Thèse Médecine Bamako 2003.

49)-Oni et al ; 1993 ; 76(6) :703-12 ; WHO, 1998.

50)-OMS, IRA chez l'enfant, leur traitement dans les petits hôpitaux. Manuel à l'usage des médecins.

51)-ONU SIDA/OM. Rapport sur l'épidémiologie mondiale du SIDA : 4^{ème} rapport mondial ; juillet 2004.Genèv 2004.

52)-ACC/SCN 1997.Effective programmes in Africa for improving nutrition, SCN new, No14, July 1997.

53)-Nomane F. Tentative d'identification des problèmes de santé dans la délégation de la Marsa à partir des statistiques de fonctionnement des formations sanitaires. Tunis : Faculté de Médecine et de Pharmacie, 1981.

54)-Oskam SK T. A international access programme for the transition project. Pays Bas : Département de médecine général. Université d'Amsterdam, 1992.

55)-Cissé O : Etude de la consommation des antibiotiques, antipaludiques, antiparasitaires, et des objets de pansements à l'infirmerie de l'hôpital de kati.

56)-Ly.Seydou : Place des examens biologiques dans la prise en charge des maladies de la réanimation a l'H.G.T Thèse Médecine Bamako 2007 69p

ANNEXES

ANNEXE 1

Fiche D'Enquête

Date d'observation :/...../200...

N° de la Fiche.....

I- IDENTIFICATION DU PATIENT

1- Nom :Prénom :

2- Age :

3- Ethnie

1=Bambara

2=Malinké

3=Sarakolé

4=Peulh

5=Bobo

6=Sonrhäï

7=Dogon

8=Sénoufo

9=Bozo

10=Minianka

11=Kassonké

12=Autre.....

4- Sexe : masculin féminin 5- Résidence

1= Sananfara

2= Samakébougou

3= Kati Coura

4= Kati Coro

5= Noumorila

6= N'Tominikoro

7= Mission

8= Koko

9= Malibougou

10=Farada

11=Autre.....

6- Profession

1=Fonctionnaire

2=Ménagère

3=Commerçant

4=Cultivateur

5=Elève ou Etudiant

6=Ouvrier

7=Transporteur

8=Sans profession

9=Autre.....

II- MOTIF DE CONSULTATION :

1- Motif de consultation :

1=Fièvre

2=Céphalée

3=Vertige

4=Toux

5=Gène respiratoire

6=Nausée

7=Vomissement

8=Douleur abdominal

9=Diarrhée

10=Constipation

11=Convulsion

12=Mal de gorge

13=Raideur de la nuque

14=Douleur oreille

15=Panaris

16=Dermatose

17=Problème urinaire

18=Brûlure

19=Plaie

20=Problème génital

21= Douleur thoracique

22 =Morsure chien

23=Morsure serpent

24=AVP

25=CBV

26=Douleur ostéoarticulaire

27=Autre.....

III- EXAMEN DU MALADE

1- Examen complémentaire 1=Demandé 2=Non demandé

Si oui le(s)quelle(s).....

2- Pathologie retenue

1=Paludisme 2=Pneumopathie 3=Fièvre typhoïde 4=Parasitose intestinale

5=Angine 6=Otite 7=Méningite 8=Blessure

9=Plaie 10=Brûlure 11=Panaris 12=Dermatose

13=Bilharziose 14=IST 15=Asthme 16= Intoxication alimentaire

17=HTA 18=UGD 19=Déshydratation 20=Traumatisme bénin

21=VIH 22=Anémie

23=Autre.....

IV- REFERENCE

1- Malade référé : 1=Oui 2=Non

2- Malade évacué : 1=Oui 2=Non

RESUME

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : CAMARA

Prénom : Malick

Titre de la thèse : Prévalence des motifs de consultation dans le service de médecine générale du CS Réf de Kati

Année universitaire : 2009 /2010

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

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

Secteur d'intérêt : Santé publique

RESUME : Il s'agissait d'une étude rétrospective se déroulant sur une période de 6(six) mois (janvier 2007-juin 2007) portant sur la prévalence des motifs de consultation dans le service de médecine générale du CS Réf de Kati

L'étude a porté sur 2106 patients

Au terme de notre étude nous avons trouvé que :

La fièvre a été le premier motif de consultation avec 23%

Le paludisme représentait le premier diagnostic retenu avec 25%

Mots clés : prévalence ; motifs ; consultation.

SERMENT D'HIPPOCRATE

ANNEXE 2

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 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 a l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas a corrompre les mœurs, ni a favorisé le crime.

Je ne permettrai pas que les considérations de religion, de race, de parti ou de classe 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 condisciples si j'y manque.

Je le Jure!