

**MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION
NATIONALE**

UNIVERSITÉ DE BAMAKO

RÉPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une Foi



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

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2006-2007

N°/

Thèse

LA FREQUENCE DES MALADIES RENCONTREES AU CSCOM DE KOULOUBA

**Présentée et soutenue publiquement le/...../2007
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odonto - stomatologie**

Par Mlle Rébecca Marfyse NGO LISSOM

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

Jury

Président : Pr. Elimane MARIKO
Membre : Dr. Saïbou MAÏGA
Co-directeur Dr. Abou KONE
Directeur: Pr. Amadou DIALLO

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2006-2007

ADMINISTRATION

DOYEN : **Mr ANATOLE TOUNKARA** – PROFESSEUR TITULAIRE

1^{er} ASSESSEUR : **Mr DRISSA DIALLO** – MAITRE DE CONFERENCE

2^{ème} ASSESSEUR : **Mr SEKOU SIDIBE** – MAITRE DE CONFERENCE

SECRETAIRE PRINCIPAL: **Mr YENIMEGUE ALBERT DEMBELE** –
PROFESSEUR

AGENT COMPTABLE: **Mme COULIBALY FATOUMATA TALL**- CONTROLEUR
DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

| | |
|-----------------------|------------------------------------|
| Mr Alou BA | Ophtalmologie |
| Mr Bocar SALL | Orthopédie Traumatologie |
| Secourisme | |
| Mr Souleymane SANGARE | Pneumo-phtisiologie |
| Mr Yaya FOFANA | Hématologie |
| Mr Mamadou L. TRAORE | Chirurgie générale |
| Mr Balla COULIBALY | Pédiatrie |
| Mr Mamadou DEMBELE | Chirurgie Générale |
| Mr Mamadou KOUMARE | Pharmacognosie |
| Mr Ali Nouhoum DIALLO | Médecine Interne |
| Mr Aly GUINDO | Gastro-Entérologie |
| Mr Mamadou M. KEITA | Pédiatrie |
| Mr Siné BAYO | Anatomie-Pathologie- |
| Histoembryologie | |
| Mr Sidi Yaya SIMAGA | Santé Publique, Chef D.E.R. |
| Mr Abdoulaye Ag RHALY | Médecine Interne |
| Mr Boukassoum HAIDARA | Législation |

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. ET PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

| | |
|-------------------------|--|
| Mr Abdel Karim KOUMARE | Chirurgie Générale |
| Mr Sambou SOUMARE | Chirurgie Générale |
| Mr Abdou Alassane TOURE | Orthopédie Traumatologie, Chef de |
| D.E.R | |

Mr Kalilou OUATTARA
Mr Amadou DOLO
Mr Alhoussein Ag MOHAMED
Mme SY Aïssata SOW
Mr Salif DIAKITE
Mr Abdoulaye DIALLO
Mr Djibril SANGARE
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP

Urologie
Gynéco-obstétrique
O.R.L.
Gynéco-obstétrique
Gynéco-obstétrique
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale

2. MAITRES DE CONFERENCE

Mr Abdoulaye DIALLO
Mr Gangaly DIALLO
Mr Mamadou TRAORE
Mr Filifing SISSOKO
Mr Sékou SIDIBE
Mr Abdoulaye DIALLO
Mr Tiéman COULIBALY
Mme TRAORE J. THOMAS
Mr Mamadou L. DIOMBANA
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE
Mr Nouhoum ONGOIBA
Générale
Mr Sadio YENA
Mr Youssouf COULIBALY

Ophthalmologie
Chirurgie Viscérale
Gynéco-obstétrique
Chirurgie Générale
Orthopédie –Traumatologie
Anesthésie –Réanimation
Orthopédie – Traumatologie
Ophthalmologie
Stomatologie
Gynéco-obstétrique
Anatomie et Chirurgie

Chirurgie Thoracique
Anesthésie –Réanimation

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA
Mr Samba Karim TIMBO
Mme TOGOLA Fanta KONIPO
Mr Zimogo Zié SANOGO
Mme Diénéba DOUMBIA
Mr Zanafon OUATTARA
Mr Adama SANGARE
Mr Sanoussi BAMANI
Mr Doulaye SACKO
Mr Ibrahim ALWATA
Mr Lamine TRAORE
Mr Mady MACALOU
Mr Aly TEMBELY
Mr Niani MOUNKORO
Mr Tiemoko D. COULIBALY
Mr Souleymane TOGORA
Mr Mohamed KEITA
Mr Bouraïma MAIGA

Gynéco-Obstétrique
O.R.L.
O.R.L.
Chirurgie Générale
Anesthésie –Réanimation
Urologie
Orthopédie –Traumatologie
Ophthalmologie
Ophthalmologie
Orthopédie –Traumatologie
Orthopédie –Traumatologie
Urologie
Gynéco- Obstétrique
Odontologie
Odontologie
O.R.L.
Gyneco-Obstétrique

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

| | |
|-----------------------------|------------------------------------|
| Mr Daouda DIALLO | Chimie Générale et Minérale |
| Mr Amadou DIALLO | Biologie |
| Mr Moussa HARAMA | Chimie Organique |
| Mr Ogobara DOUMBO | Parasitologie –Mycologie |
| Mr Yénimégué Albert DEMBELE | Chimie Organique |
| Mr Anatole TOUNKARA | Immunologie, Chef de D.E.R. |
| Mr Bakary M. CISSE | Biochimie |
| Mr Abdourahamane S. MAIGA | Parasitologie |
| Mr Adama DIARRA | Physiologie |
| Mr Massa SANOGO | Chimie Analytique |
| Mr Mamadou KONE | Physiologie |

2. MAITRES DE CONFERENCE

| | |
|-----------------------|-------------------------------|
| Mr Amadou TOURE | Histoembryologie |
| Mr Flabou BOUGOUDOGO | Bactériologie- Virologie |
| Mr Amagana DOLO | Parasitologie |
| Mr Mahamadou CISSE | Biologie |
| Mr Sékou F. M. TRAORE | Entomologie médicale |
| Mr Abdoulaye DABO | Malacologie, Biologie Animale |
| Mr Ibrahim I. MAIGA | Bactériologie-Virologie |

3. MAITRES ASSISTANTS

| | |
|---------------------------|-------------------------|
| Mr Moussa Issa DIARRA | Biophysique |
| Mr Kaourou DOUCOURE | Biologie |
| Mr Bouréma KOURIBA | Immunologie |
| Mr Souleymane DIALLO | Bactériologie-Virologie |
| Mr Cheik Bougadari TRAORE | Anatomie-Pathologie |
| Mr Lassana DOUMBIA | Chimie Organique |
| Mr Mounirou BABY | Hématologie |
| Mr Mahamadou A. THERA | Parasitologie |

4. ASSISTANTS

| | |
|------------------------------------|-------------------------|
| Mr Mangara M. BAGAYOKO Médicale | Entomologie Moléculaire |
| Mr Guimogo DOLO Médicale | Entomologie Moléculaire |
| Mr Abdoulaye TOURE Médicale | Entomologie Moléculaire |

Mr Djibril SANGARE
Médicale
Mr Mouctar DIALLO
Mr Bokary Y. SACKO
Mr Boubacar TRAORE
Mr Mamadou BA
Mr Moussa FANE

Entomologie Moléculaire
Biologie-Parasitologie
Biochimie
Immunologie
Parasitologie
Parasitologie Entomologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Mamadou K. TOURE
Mr Mahamane MAIGA
Mr Baba KOUMARE
Mr Moussa TRAORE
Mr Issa TRAORE
Mr Hamar A. TRAORE
Mr Dapa Aly DIALLO
Mr Moussa Y. MAIGA
Hépatologie
Mr Somita KEITA
Mr Boubakar DIALLO
Mr Toumani SIDIBE

Cardiologie
Néphrologie
Psychiatrie, **Chef de D.E.R.**
Neurologie
Radiologie
Médecine Interne
Hématologie
Gastro-Entérologie

Dermato-Leprologie
Cardiologie
Pédiatrie

2. MAITRES DE CONFERENCE

Mr Bah KEITA
Mr Abdel Kader TRAORE
Mr Siaka SIDIBE
Mr Mamadou DEMBELE
Mr Mamady KANE
Mr Saharé FONGORO
Mr Bakoroba COULIBALY
Mr Bou DIAKITE
Mr Bougouzié SANOGO
Mme SIDIBE Assa TRAORE
Mr Adama D. KEITA

Pneumo-Phtisiologie
Médecine Interne
Radiologie
Médecine Interne
Radiologie
Néphrologie
Psychiatrie
Psychiatrie
Gastro-Entérologie
Endocrinologie
Radiologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme TRAORE Mariam SYLLA
Mme Habibatou DIAWARA
M. Daouda K. MINTA
M. Kassoum SANOGO
M. Seydou DIAKITE

Pédiatrie
Dermatologie
Maladies Infectieuses
Cardiologie
Cardiologie

M. Arouna TOGORA
Mme DIARRA Assétou SOUCKO
M. Boubacar TOGO
M. Mahamadou TOURE
M. Idrissa CISSE
M. Mamadou B. DIARRA
M. Anselme KONATE
M. Moussa T. DIARRA
M. Souleymane DIALLO
M. Souleymane COULIBALY
M. Soungalo DAO
M. Cheïck Oumar GUINTO

Psychiatrie
Médecine Interne
Pédiatrie
Radiologie
Dermatologie
Cardiologie
Hépatogastro-entérologie
Hépatogastro-entérologie
Pneumologie
Psychologie
Maladies Infectieuses
Neurologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Boubacar Sidiki CISSE
Mr Gaoussou KANOUTE
D.E.R.
Mr Ousmane DOUMBIA
Mr Elimane MARIKO

Toxicologie
Chimie Analytique, **Chef de**
Pharmacie Chimique
Pharmacologie

2. MAITRES DE CONFERENCE

Mr Drissa DIALLO
Mr Alou KEITA
Mr Benoît Yaranga KOUMARE
Mr Ababacar MAIGA

Matières Médicales
Galénique
Chimie Analytique
Toxicologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Yaya KANE
Mme Rokia SANOGO

Galénique
Pharmacognosie

4. ASSISTANTS

Mr Saïbou MAIGA
Mr Ousmane KOITA

Législation
Parasitologie Moléculaire

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sanoussi KONATE Santé Publique

2. MAITRES DE CONFERENCE

Mr Moussa A. MAIGA Santé Publique

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bocar G. TOURE Santé Publique
Mr Adama DIAWARA Santé Publique
Mr Hamadoun SANGHO Santé Publique
Mr Massambou SACKO Santé Publique
Mr Alassane A. DICKO Santé Publique
Mr Mamadou Sounalo TRAORE Santé Publique

4. ASSISTANTS

Mr Samba DIOP Anthropologie Médicale
Mr Seydou DOUMBIA Epidémiologie
Mr Oumar THIERO Biostatistique
Mr Seydou DIARRA Anthropologie

CHARGES DE COURS ET ENSEIGNANTS VACATAIRES

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

ENSEIGNANTS EN MISSION

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

DEDICACES

A DIEU le père Tout Puissant

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

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

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

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

Puisse l'éternel me combler de toutes ses bénédictions et guider ma Future carrière.

PSAUME 148

Au ciel, louez le Seigneur,

Dans les hauteurs célestes, louez-le !

Vous tous ses anges, louez-le,

Louez-le toutes ses armées !

Louez-le, soleil et lune,

et vous toutes les étoiles scintillantes !

Toutes ses créatures, louez son Nom,

Car c'est sa parole qui vous a créés !

Louez-le, jeunes gens et jeunes filles,

enfants et vieillards !

Vous tous, louez le Nom du Seigneur,

car lui seul trône au-dessus de tout !

Sa majesté domine la terre et les cieux,

Il soutient la force des siens.

A lui la louange de tous ses fidèles,
De ceux-là qui Lui sont proches. ALLELUIA !

A mon père feu SONGTCHAP David

J'aurais tant voulu partager ces moments de joie avec toi mais la providence en a décidée autrement. De là où tu es, je sais que tu veilles sur moi,
Sois fière de ta fille. Je ne t'oublierai jamais.
Repose en paix.

A ma grande-mère et homonyme feue BILAKI Rébecca

J'aurais tant voulu que tu sois parmi nous ce jour pour partager cette joie tant attendue ; mais le Bon DIEU en a décidé autrement. J'ai tout de même la certitude que là où tu es, tu vis ce moment. Que ce travail soit le témoignage de toute mon estime et de ma fierté de faire partie de ta progéniture. Repose en paix.

A feu Tonton Barthélemy BIBAI

Merci pour tous ces moments passés en ta présence
Repose en paix.

A feu PAPA KOFFI Black

Tu as été un Père pour moi Durant toute ton existence ici bas.
Tu as toujours été présent quand j'avais besoin de toi, tu m'as prise comme ta fille.
Pour tout l'amour que tu m'as donné, je veux te rendre hommage et te remercier pour TOUT. Tu me manques papa . Repose en paix.

A mon Père MAHOB MA-NKOU Jacques

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

A ma mère NGO LISSOM Ruth Suzy épouse MAHOB

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

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

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

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

Ce que je suis.

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

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

A mère : le Dr Michèle MAHOB

Je ne serai pas arrivée là aujourd'hui n'eût été ta volonté, tes sacrifices, ta détermination, ton soutien sans faille. Quand j'ai cru que j'ai atteints mes limites et que j'allais baisser les bras, toi, tu as cru que je peux faire mieux et tu m'as poussée à me surpasser pour arriver au sommet en ce jour de joie.

Les moments difficiles que nous avons pu traverser ont cultivé en moi le sens de l'amour, de la sagesse, du savoir faire, du savoir être et du savoir vivre.

Ce travail est d'abord le tien avant d'être le mien. Merci pour avoir essuyer mes larmes, pour ta compréhension, ton attention et surtout ta tendresse. Les mots Ne seront pas assez forts pour te témoigner mon amour. Ce travail ma sœur chérie reçois-le humblement comme preuve de mon admiration et de mon immense gratitude.

Que DIEU nous donne santé et longue vie.

A mon frère Patrice Nsoga MAHOB

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

A mon frère Jean Claude UM MAHOB

Tu es pour moi un père. Une tendre complicité nous a toujours liés. Ta disponibilité et tes conseils ont été déterminant durant tout mon cursus. Puisse le Seigneur t'accorder sa lumière pour que tu guides chacun des pas de tes enfants et que tu prennes soin de ton épouse(Salomé) avec le même amour et le même dévouement que tu as toujours su me donner.

Puisse l'Eternel nous unir chaque jour davantage.

A mes frères Jules, Emmanuel et Mamert MAHOB

Ce travail est également le vôtre.

Puisse le Seigneur vous guider dans tous vos projets.

A ma sœur Ngo MBOCK Solange

Tu as été une source de courage pour moi tout au long de ce travail .
Je te remercie pour ton soutien constant et tous les efforts consentis .
Prends soin de Marie-Léonnie ma nièce que j'aime tant.
Que le bon DIEU te protège et te donne une santé de fer.

A Jean-Claude BONDOL

Tu n'as pas manqué à ton devoir de me soutenir et de me prodiguer des
Conseils.
Aujourd'hui je réitère la volonté de t'être toujours fidèlement attachée.
Puisse le Seigneur nous unir chaque jour davantage.

A Mr et Mme TIKY VI :Narcisse et Michèle

Les mots me manquent pour vous témoigner toute ma gratitude.
Ce travail est le vôtre. Que DIEU vous bénisse.

A Nathalie BEMONDE

Tu as été plus qu'une amie pour moi. Nous avons partagé les moments de
gaieté et de tristesse. Les mots ne suffiraient pas pour témoigner toute ma
reconnaissance.
Que ce travail soit le témoignage de notre profonde amitié.
Que DIEU te protège et t'accorde la grâce de voir ta petite famille se développer.

A Tanti Brigitte KOFFI

Trouve à travers cet œuvre l'expression de ma profonde reconnaissance et de
Toute mon affection.
Que le bon DIEU te bénisse.

A Sita Mami MBOLLO

Sita, tu as toujours été proche de moi ; même loin de ma terre natale j'ai ressenti ta présence ; reçois à travers ce travail la preuve de mon immense estime et de mon profond amour.

Que DIEU tout puissant t'accorde longévité et bonne santé aux côtés de tes Enfants et petits enfants.

A Claire EKOLLE

Trouve à travers ce travail l'expression de ma profonde reconnaissance et de toute mon affection.

Ce travail est également le tien.

A Ngo BONDE Berthe

Ma sœur de galère, j'aurai tant voulu que tu sois parmi nous pour partager cette joie tant attendue ; hélas la distance nous fait défaut.

Plus qu'hier, restons tant unies.

Je te dédie donc cette œuvre en témoignage de toute mon affection.

A Papa NSOGA et Mama Honorine

Merci pour toute l'affection et la confiance que vous m'avez portée. Cette œuvre est le fruit de toutes vos prières et vos bénédictions. Que le tout puissant vous donne santé et longue vie.

A ma filleul Sandrine BEMONDE

Le chemin est long et parsemé d'embûches. Sache que je serai toujours à tes côtés.

Ce travail est également le tien.

A Alice TSITSOL

La GO donc de venir ...

Pour tous ces moments de bonheur et de peines que nous avons partagés pendant

ces années de galère, nous voici au terme du parcours ; plus que des amies nous nous sommes dévouées l'une pour l'autre. Ce travail est aussi le tien je te souhaite une merveilleuse carrière. Puisse le Seigneur tout puissant bénir ta vie future.

REMERCIEMENTS

En remerciement à NOTRE-DAME.

Je te choisis aujourd'hui, ô MARIE, en présence de toute la cour céleste pour ma Mère et ma Reine. Je te livre et consacre, en toute soumission et amour, mon corps et mon âme, mes biens intérieures et extérieurs, et la valeur même de mes bonnes actions passées, présentes et futures, te laissant un entier et plein droit de disposer de moi et de tout ce qui m'appartient sans exception, selon ton bon plaisir, à la plus grande gloire de DIEU dans le temps et l'éternité. Amen.

St L.M. Grignon de

Montfort

Au MALI

Légendaire terre d'hospitalité, de paix, de solidarité et de tolérance. Tu es devenue ma seconde patrie. Je me permets en tant qu'une de tes filles de t'exprimer ma reconnaissance et mon indéfectible attachement.

Au corps professoral de la FMPOS

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

Au Professeur Amadou DIALLO

Cher maître, vous nous avez inculqué l'amour du travail et le respect de l'être. Les mots ne sauraient être suffisants pour vous témoigner toute ma reconnaissance.

Puisse ce travail être une preuve de toute ma gratitude. Que le tout puissant vous comble de bénédictions.

Au Dr Abou KONE

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

A Brice EYENI

Cher ami et collègue. Nous nous sommes engagés sur le même front et le Seigneur a permis que nous puissions voir la ligne d'arrivée. Plus qu'un ami tu es un frère pour moi. Merci pour ta générosité, ta disponibilité et tes qualités humaines. Puisse le Seigneur t'accorder longue vie et bénir ta vie future.

A Georges, Dominique et Judith

Merci pour votre dévouement et votre participation pour la réalisation de ce travail.
Ce travail est également le vôtre.

A Francine Ngo Louloug, Berthe Ngo Yana, Nathalie et Bernadette MA'A

Vous m'avez accueilli les bras ouverts chez vous. Nous sommes restées durant toutes ces années comme des sœurs. Les mots ne suffiraient pas pour vous témoigner toute ma reconnaissance.
Bonne chance et que DIEU vous protège et vous mène jusqu'au bout de vos études.

A Michèle Boulleys

Courage et persévérance. Sois remerciée pour ton amitié sincère et pour
Les moments autant difficiles qu'agréables passés ensemble.

A la famille MAI : au chef de file DIPENDA André

Merci pour TOUT.

Michèle NINTYONYO, Diane NOUKAYOU

Je vous dit merci pour tous les moments agréables passés ensemble.

A Beausiette ETOUKE, Isabelle NGATCHOU.

Je n'oublierai jamais nos galères. Merci pour tout.

A Ely DRAME

Merci pour ta générosité et ta patience sans toi ce travail n'aurait pas pu être
réalisé.

A Messou KOUABLAN

Les mots me manquent pour t'exprimer le fond de mes pensées.

Je voudrais te dire merci pour ta disponibilité , ta gentillesse et toute l'affection
que tu as porté a mon égard.

Merci infiniment.

A Moïse KOSSONOU

Pour toutes les marques de sympathie portées à mon égard je voudrais te dire
merci.

A la famille COULIBALY

Merci pour TOUT.

Au Dr Huguette NKANDJEU

Plus qu'une aînée, tu as été pour moi une amie. Nous nous sommes dévouées l'une

Pour l'autre. Plus que jamais restons soudées.

Merci pour cette chaleur amicale.

A mes biens-aimés :

Thierry TCHEKAMBOU, Michèle TCHOUPA, Dorvale MOUGANG, Pamela SONFACK, Laurence NGASSAM, Frédéric, Steeve, Marie-christine, Lolita, Louise-nathalie, Boubakar DOUMBIA, Corneille DIARRA, Kalilou DIARRA, soumou KONATE, Nadia, Dr Dany MOYO, Dr SANDRACE, Sira TRAORE, Arnaud NTYO'O, Cristella, Armelle FONDJO, Bertrand, Manfred...

A la promotion SOSERE (SOLIDARITE au SERVICE de l'EFFICACITE) :

Arnaud NTYO'O, patrick KAJEU, patrick KWETCHE, xavier DOMCHE, bertrand FOTSO, fred DIKONGUE, thierry TCHEKAMBOU, yannick TALA, john NYOBE , Claude DAKAYI.

Alice TSITSOL, soumou KONATE, micheline TCHOUPA, elvire TCHOUPA, irène DJOMO, tidianie MOGUE, olive FOKAM, pamelà MEKIEJE, yolande LOWE, denise TANGA

Aux personnels de la pharmacie KENEYA et leur chef de file Dr Fatoumata MAIGA épouse ALHOUSSEINI.

A BAKORE TRAORE et CISSIMA

Merci pour tout.

A l'AEESCM (Association des Elèves, Etudiants et Stagiaires Camerounais au MALI).

A la communauté Gabonaise, Béninoise, Congolaise, Nigérienne et Malienne.

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

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

A tous mes parents, amis et connaissances du CAMEROUN et à tous ceux qui ont quitté ce monde pendant mon absence.

Que la terre vous soit légère.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE JURY

PROFESSEUR ELIMANE MARIKO

PHARMACIEN COLONEL

MAITRE DE CONFERENCE EN PHARMACOLOGIE

CHARGE DE COURS A LA FMPOS

**CHARGE DE MISSION AU MINISTERE DES ARMEES ET DES ANCIENS
COMBATTANTS.**

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

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

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

A NOTRE MAITRE ET JUGE

DOCTEUR SAIBOU MAIGA

ASSISTANT EN LEGISLATION A LA FMPOS

PHARMACIEN DE L'OFFICINE DU POINT G.

Nous vous sommes infiniment reconnaissant d'avoir accepté de siéger dans ce jury

Malgré vos nombreuses occupations professionnelles.

Vous êtes un exemple de simplicité et de disponibilité.

Trouvez ici le témoignage sincère de notre profonde gratitude.

**A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE
DOCTEUR ABOU KONE
MEDECIN CHEF DU CSCOM DE KOULOUBA.**

Vous avez accepté de diriger, malgré vos nombreuses occupations notre travail.

Vous avez fait preuve de beaucoup de compréhension et de disponibilité.

Nous avons également été touché par votre gentillesse.

C'est un grand honneur pour nous de vous compter parmi nos juges.

Trouvez ici l'expression de notre profonde estime.

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

Cher maître, nous sommes très sensible à l'honneur que vous nous faites en acceptant de diriger cette thèse. Malgré vos multiples sollicitations, vous aviez initié et dirigé cette thèse. Vos qualités humaines, scientifiques et votre simplicité à transmettre aux autres vos connaissances font de vous un maître admiré de tous.

Nous sommes fiers d'être compté parmi vos élèves et espérons être dignes de la confiance que vous avez placée en nous. Cher maître soyez rassuré de notre profonde gratitude et de notre attachement fidèle.

Ce travail vous est personnellement dédié.

ABREVIATIONS

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

SOMMAIRE

ABREVIATIONS

| | |
|--|-----------|
| INTRODUCTION | 1 |
| GENERALITES | 4 |
| METHODOLOGIE | 26 |
| RESULTATS | 29 |
| COMMENTAIRES ET DISCUSSION | 37 |
| CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS | 43 |
| BIBLIOGRAPHIE | 46 |
| Annexes | |
| -Fiche d'enquête | |
| - Fiche signalétique | |
| - Serment de Galien | |

INTRODUCTION

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

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

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

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

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

Les Bronchites se rencontrent fréquemment et peuvent être d'origine bactérienne, parfois virale. Celles-ci entraînent des altérations de l'épithélium bronchique responsables d'une toux prolongée. [32]

Les pneumopathies **sont des atteintes du parenchyme pulmonaire, elles se contractent par des voies aéro-digestives supérieures [32]** .

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

Les traumatismes rencontrés sont d'ordre multiples : les Accidents de la voie publique ; les coups et blessures volontaires ; les plaies et les brûlures.

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

Les tendances actuelles confirment que le nombre annuel de décès et d'incapacité dû aux accidents de la route pourrait augmenter d'ici à l'an 2020 de plus de 60% ce qui les placerait en troisième position sur la liste des dix causes de morbidité et de traumatisme dans le monde, alors qu'ils occupaient la neuvième position en 1990. [31]. Les C.B.V occupent également une place considérable de nos jours.

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

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

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

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

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

Elle repose sur la création de centres de santé communautaire qui sont définis par le ministère de la santé comme étant les formations sanitaires de premier niveau créées sur la base de l'engagement de populations définies et organisées

au sein d'Associations de Santé Communautaire (ASACO) pour répondre de façon efficace et efficiente à leurs problèmes de santé. [43]

OBJECTIFS

- OBJECTIF GENERAL :

- * Etudier la fréquence des maladies rencontrées au CSCom de KOULOUBA.

- OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- * Déterminer les principales maladies diagnostiquées.

- * Déterminer la fréquence de chacune de ces maladies.

- * Citer les méthodes de lutte utilisées individuellement.

GENERALITES

1- Présentation du Mali

1.1. Milieu Physique

Le Mali, pays enclavé à cause de sa situation géographique à une superficie de 1.240.000 km², dont les 2/3 sont occupés par le sahara.

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

Au Nord Est : l' Algérie et la Libye

Au Nord Ouest : la Mauritanie

A l'Ouest : le Sénégal

Au Sud Ouest : la Guinée Conakry

Au Sud : la Côte d'ivoire

Au Sud Est : le Burkina Faso

A l' Est : le Niger

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

1. 2. Milieu Humain

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

Groupe mandingue 40% de la Population (bambara 80%, malinké);

Groupe soudanien : 70% (Sarakolé, Songhoï, Dogon, Bozo) ;

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

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

Divers : 11% (Toucouleur, Wolof).

1.3. District de Bamako

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

1.4. PALUDISME

1.4.1. Définition

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

Plasmodium falciparum

Plasmodium vivax

Plasmodium malariae

Plasmodium ovale

Les ravages croissants du paludisme dans le monde ont incité à s'intéresser de nouveau à l'élaboration des stratégies communautaires de lutte contre la maladie. [21]

Bien qu'il soit attesté que le fait d'améliorer l'accès au traitement et l'observance de ce dernier a un bon rapport coût-efficacité, la plupart des victimes du paludisme meurent encore à cause de l'absence d'une structure de soin proche de leur domicile ou parce que leur maladie n'est pas diagnostiquée par les agents de santé. [33,3]

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

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

[3,8]

La transmission du parasite se fait par une piqûre d'un moustique, l'anophèle femelle. De façon exceptionnelle, elle peut se faire par

transfusion sanguine. On distingue essentiellement : *Anophèles gambiae*, *Anophèles funestus*, *Anophèles arabiensis*.

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

1.4.2. Faciès épidémiologiques du paludisme au Mali [38]

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

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

est < 10% et les adultes peuvent faire des formes graves et compliquées de paludisme.

1.4.2.1. Facteurs favorisant la transmission

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

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

Zone de paludisme stable : deux faciès

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

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

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

- Zone de paludisme instable :

faciès désertique : steppes ;

faciès australe : plateaux du sud de l'Afrique ;

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

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

1.4.3. Traitement

1.4.3.1. But du traitement

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

1.4.3.2. Moyens

- la quinine

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

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

Dès obtention de l'amélioration clinique et neurologique franche, on passe à la quinine per os : Quinimax ® comprimé à 125 mg et 500 mg en 3 Prises espacées de 8 heures.

Il y a aussi la forme suppositoire de 250 et de 150 mg de sel.

- les amino 4 quinoléines

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

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

- les amino alcools

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

- les associations

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

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

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

- les antibiotiques

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

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

1.4.3.3. Traitement symptomatique

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

1.4.3.4. Indications

- Paludisme simple :

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

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

Chez l'enfant :

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

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

- Paludisme grave :

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

Le paludisme chez la femme enceinte doit être considéré comme un cas grave et compliqué. Elle doit être traitée avec la quinine et la sulfadoxine-pyriméthamine en traitement intermittent à partir du 2^{ème} trimestre.

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

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

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

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

- les multivitamines ou la vitamine B complexe sont prescrits lors des épisodes de fatigue.

1. 5. Bronchite aiguë et pneumopathies infectieuses aiguës

1.5.1. Bronchite aiguë

1.5.1.1. Définition et épidémiologie

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

Elle est le plus souvent due à une atteinte virale, l'évolution est bénigne chez le sujet antérieurement sain, mais peut être sévère chez le sujet fragile (sujets âgés, asthmatiques, tabagiques, cardiopathiques). Elle peut être également d'origine bactérienne. Les bronchites virales entraînent des altérations de l'épithélium bronchique responsables d'une toux prolongée et sont dues à des *Rhinovirus*, des *Adénovirus*, le virus de la grippe. Quand aux bronchites bactériennes il s'agit de surinfections de bronchites virales favorisées par les lésions de l'épithélium.

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

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

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

1.5.1.2. Traitement

1.5.1.2.1 But du traitement

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

1.5.1.2.2 Moyens médicamenteux

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

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

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

1.6.2. Pneumopathies infectieuses aiguës

1.6.2.1 Définition et épidémiologie

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

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

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

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

1.6.2.2. Traitement

1.6.2.2.1 But du traitement

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

1.6.2.2.2 Moyens médicamenteux

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

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

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

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

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

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

En cas d'échec à la 48^{ème} heure, on peut envisager l'existence d'un pneumocoque à sensibilité diminuée à la pénicilline, nécessitant une augmentation des doses d'amoxicilline, ou l'utilisation de la ceftriaxone

(Rocéphine® à la dose de 1 à 2 g/jour par voie intramusculaire ou intra-veineuse lente).

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

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

Cette résistance, inférieure à 5% jusqu'en 1998, s'élèverait à 17% en 1991

[32]

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

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

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

Les macrolides également sont utilisés notamment l'érythromycine (Ery ® 500 mg en comprimé) ou encore de la spiramycine (Rovamycine 1,5 millions ou 3

millions en comprimé), la josamycine (josacine ® 500 mg en comprimé, ou le 125 mg, le 500 mg en sirop) ; de la pristinamycine (pyostacine ® 500 mg en comprimé) ; de la lincomycine (lincocine ® par voie IM, IV ou en comprimé) ; de la clindamycine (Dalacine ® 500 mg en comprimé).

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

1.7. Traumatismes

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

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

1.7.1. Les accidents de la voie publique

1.7.1.1. Les causes

1.7.1.1.1. Causes liées au véhicules. [15]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.7.1.1.3. Causes liées à la route et à son environnement

L'environnement est surtout marqué par :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.7.1.1.5. Les lésions anatomiques

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

1. Les fractures

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

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

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

1.1. Le traitement

La radiographie confirme la fracture et le déplacement.

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

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

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

2. Les luxations

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

On distingue deux grandes variétés de luxations :

- Les luxations traumatiques
- Les luxations congénitales

2.1. Traitement

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

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

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

3. Les entorses. [14]

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

3.1. Traitement

- Les entorses bénignes

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

- Les entorse graves

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

4. Les claquages . [14]

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

4.1. Traitement

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

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

5. Les contusions

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

6. Les plaies :

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

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

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

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

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

6.1. Traitement

Le traitement est basé sur l'utilisation :

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

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

Certaines plaies nécessitent l'utilisation du sérum antitétanique.

1.7.2. Les coups et blessures volontaires

1.7.2.1 Les causes

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

1.7.2.1.1. Les armes blanches

1. Les instruments tranchants

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

Parmi eux on peut citer : une

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

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

On distingue deux grandes catégories de plaies : les

- **Plaies linéaires :**

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

- **Plaies contuses :**

Ce sont des pertes de substance avec destruction tissulaire.

Les bords de la plaie sont irréguliers, déchiquetés.

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

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

2. Les instruments piquants :

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

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

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

Les instruments perforants irréguliers entraînent des plaies contuses.

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

3. Les instruments contondants :

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

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

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

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

Le mécanisme de la contusion est double :

- 1) Le corps contondant animé d'un mouvement vient frapper le sujet immobile : c'est la contusion active.

2) Le corps du sujet lui-même en mouvement est projeté contre un corps contondant immobile : c'est la contusion passive.

La contusion active est la plus fréquente.

1.7.2.2. Les armes à feu

Parmi celles-ci on peut citer :

- Le revolver
- Le fusil de chasse

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

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

1.8. LES DIARRHEES

1.8.1. Définition

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

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

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

La diarrhée peut être également due à une fièvre typhoïde qui est une toxoinfection généralisée à point de départ lymphatique, mésentérique. Elle est

provoquée par le bacille d'Eberth ou *Salmonella typhi* et le bacille paratyphique A, B, C. Il s'agit d'une maladie strictement humaine donc la dissémination est liée à l'élimination de germes dans les selles des sujets infectés malades ou porteurs sains.[39]

1.8.2. Traitement

1.8.3. But du traitement

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

1.8.4. Moyens

- Le repos au lit durant la période fébrile.
- Les mesures hygiéno-diététiques sont primordiales dans la prise en charge du patient.
- Le régime alimentaire est fonction de l'appétit et des éventuels troubles digestifs (liquide au début de la phase fébrile, apport hydroélectrolytique en cas de déshydratation sévère par diarrhée et/ou par vomissement, de troubles de la conscience) [37]
- L'antibiothérapie est nécessaire, mais ses modalités sont diversement appréciées.

1.8.5. Indications

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

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

Le traitement se fait au moins pendant 15 jours.

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

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

- les céphalosporines de 3^{ème} génération sont aussi actives sur les salmonelles. La ceftriaxone a été employée à la dose de 80 mg/kg/j en une seule injection quotidienne pendant 7 jours [35]

- l'utilisation de fortes doses de corticoïdes associés au chloramphénicol semble diminuer les signes toxiques dont la fièvre et le pronostic des malades graves avant des troubles neurologiques et/ou un état de choc ;

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

a) la solution à base de sachets

les sels de réhydratation orale sont utilisés pour traiter la déshydratation quel que soit la cause initiale, l'âge des patients ou la phase du traitement. Ils répondent aux critères physiologiques concernant l'absorption de l'eau et des électrolytes dans l'intestin.

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

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

b) la solution salée-sucrée

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

Elle est préparée à partir des ingrédients suivants :

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

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

c) les antibiotiques

- La ceftriaxone
- Le cotrimoxazole
- Le métronidazole

d) les antiseptiques intestinaux

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

e) les antalgiques

- Le paracétamol

f) les anti-inflammatoires

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

1.8.6. Prévention

- lutte contre le péril fécal ;

- hygiène alimentaire

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

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

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

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

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

METHODOLOGIE

1-Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective qui s'est déroulée du 1er janvier 2006 au 31 décembre 2006. Cette étude a pour but de recenser les maladies diagnostiquées et de faire ressortir les plus récurrentes durant cette période au CSCom de Koulouba.

2- Lieu d'étude

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

- **Création**

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

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

- **Situation géographique**

a- Koulouba

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

A l'est par le Point G ;

A l'ouest par Sokonafing ;

Au sud par N'Tomikorobougou ;

Et au nord par la Commune de Kati.

b- Centre de Santé Communautaire

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

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

Le personnel :

- Un Médecin-chef ;
- Un laborantin ;
- Une sage-femme ;
- Un gérant du dépôt pharmaceutique.
- Une matrone ;
- Deux aides-soignantes ;
- Un manœuvre.

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

° Les critères d'inclusion

- Nous avons inclus dans notre étude les patients venus en consultation pour l'une des principales maladies citées et ayant bénéficié d'un dossier médical complet dans le Centre de Santé.

- Les dates de diagnostic retenues étaient comprises entre janvier 2006 et décembre 2006.

° Les critères de non-inclusion

- nous avons exclus de notre étude : les patients dont la fiche médicale n'était pas correctement remplie, les patients référés dans les hôpitaux nationaux, les patients qui ne présentaient aucune des maladies citées.
- Les patients dont la date de diagnostic n'était pas comprise entre janvier 2006 et décembre 2006.

4- Méthode

§ Confection de questionnaire

Les questionnaires ont été élaborés par l'étudiante elle-même, discutés avec le co-directeur de thèse et corrigés par le directeur de thèse.

§ Collecte des données

Elle s'est déroulée au CSCom de Koulouba. Les questionnaires ont été remplis par l'étudiante en utilisant le registre de consultation du CSCom.

§ Traitement et Analyse des données

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées avec le logiciel EPI 06 version française.

Le traitement de texte et les tableaux ont été réalisés par les logiciels Microsoft Word 2000.

RESULTATS

TABLEAU I : Répartition des patients en fonction des maladies rencontrées

| Maladies | Effectif | Fréquence (%) |
|-------------------------|-------------|---------------|
| | 662 | 38,0 |
| <i>Paludisme</i> | 12 | 0,70 |
| Typhoïde | 77 | 4,40 |
| Diarrhée | 94 | 5,40 |
| Bronchite | 37 | 2,10 |
| Pneumopathies | 250 | 14,30 |
| Traumatisme divers | 612 | 35,10 |
| Autres* | 1744 | 100,00 |
| Total | | |

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

Dans notre échantillon le paludisme domine avec 38 % des cas.

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

| <i>Tranche d'âge</i> | <i>Effectif</i> | <i>Fréquence (%)</i> |
|----------------------|-----------------|----------------------|
| 0 – 11 mois | 158 | 9,0 |
| 1 – 20 ans | 783 | 44,9 |
| 21 – 40 ans | 479 | 27,5 |
| ≥ 41 ans | 324 | 18,6 |
| Total | 1744 | 100,0 |

La tranche d'âge 1 - 20 ans prédomine avec plus de 44%.

TABLEAU III : Répartition des malades recrutés en fonction du sexe

| Sexe | Effectif | Fréquence (%) |
|-----------------|------------|---------------|
| Masculin | 920 | 52,80 |
| Féminin | 824 | 47,20 |
| Total | 1744 | 100,00 |

Le sexe masculin domine avec 52,80 %.

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

| Ethnie | Effectif | Fréquence (%) |
|----------------|------------|---------------|
| Bambara | 786 | 45,07 |
| Sarakolé | 96 | 5,50 |
| Peulh | 208 | 11,93 |
| Malinké | 261 | 14,97 |
| Minianka | 52 | 2,98 |
| Sonrhäï | 32 | 1,83 |
| Dogon | 80 | 4,59 |
| Bobo | 69 | 3,96 |
| Autres* | 160 | 9,17 |
| Total | 1744 | 100,00 |

Autres*= Bella, Dafing, Kassonké, Maure, Sénoufo, Mossi, Somono, Sosso, touareg

Dans notre étude les Bambara sont dominants avec 45 %.

TABLEAU V : Répartition des malades selon le lieu de résidence

| Résidence | Effectif | Fréquence (%) |
|--------------------|-------------|---------------|
| Commune I | 18 | 1,03 |
| Commune II | 27 | 1,54 |
| Commune III | 1575 | 90,30 |
| Commune IV | 46 | 2,63 |
| Commune V | 39 | 2,25 |
| Commune VI | 39 | 2,25 |
| Total | 1744 | 100,00 |

90,30 % de nos patients résidaient en commune III.

TABLEAU VI : Répartition des malades en fonction de leur occupation

| Occupation | Effectif | Fréquence (%) |
|--------------------|------------|---------------|
| Sans emploi | 560 | 32,11 |
| Ménagère | 231 | 13,25 |
| Fonctionnaire | 32 | 1,83 |
| Paysan | 05 | 0,29 |
| Elève – étudiant | 447 | 25,63 |
| Artisan | 05 | 0,29 |
| Artiste | 03 | 0,17 |
| Autres* | 461 | 26,43 |
| Total | 1744 | 100,00 |

Sans emploi = enfants non scolarisés, nourrissons, personnes âgées.

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

Dans nos échantillons plus de 32 % n'était pas potentiellement actif.

TABLEAU VII : Répartition des malades selon la nationalité

| Nationalité | Effectif | Fréquence (%) |
|------------------|-------------|---------------|
| Maliennne | 1735 | 99,48 |
| Autres* | 9 | 0,52 |
| Total | 1744 | 100,00 |

Autres* : Béninois, Togolais, Sierra Léonnaise.

Dans notre étude 99,48 % de nos patients était de nationalité malienne.

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

| Traité | Effectif | Fréquence (%) |
|------------|-------------|---------------|
| Oui | 1700 | 97,5 |
| Non | 32 | 1,8 |
| Référé | 12 | 0,7 |
| Total | 1744 | 100,00 |

Dans notre échantillon 0,7 % seulement était référé vers les hôpitaux.

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

| Tranche d'âge | Effectif | Fréquence (%) |
|-------------------|------------|---------------|
| 0 – 11 mois | 73 | 11,02 |
| 1 – 20 ans | 293 | 44,26 |
| 21 – 40 ans | 186 | 28,10 |
| ≥ 41 ans | 110 | 16,62 |
| Total | 662 | 100,00 |

Dans notre échantillon la tranche d'âge 1 – 20 ans prédomine dans l'atteinte paludique.

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

| Tranche d'âge | Effectif | Fréquence (%) |
|--------------------|-----------|---------------|
| 0 – 11 mois | 01 | 8,33 |
| 1 – 20 ans | 01 | 8,33 |
| 21 – 40 ans | 08 | 66,67 |
| ≥ 41 ans | 02 | 16,67 |
| Total | 12 | 100,00 |

Dans notre étude la tranche d'âge 21 – 40 ans est la plus touchée par la fièvre typhoïde avec 66,67 %.

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

| Tranche d'âge | Effectif | Fréquence (%) |
|--------------------|-----------|---------------|
| 0 – 11 mois | 45 | 58,44 |
| 1 – 20 ans | 23 | 29,87 |
| 21 – 40 ans | 06 | 7,80 |
| ≥ 41 ans | 03 | 3,89 |
| Total | 77 | 100,00 |

La tranche d'âge 0 – 11 mois est la plus touchée par la diarrhée avec plus de 58%.

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

| Tranche d'âge | Effectif | Fréquence (%) |
|-------------------|-----------|---------------|
| 0 – 11 mois | 35 | 37,24 |
| 1 – 20 ans | 41 | 43,62 |
| 21 – 40 ans | 09 | 9,57 |
| ≥ 41 ans | 09 | 9,57 |
| Total | 94 | 100,00 |

Dans notre échantillon la tranche d'âge 1 – 20 ans reste la plus touchée par la bronchite avec 43,62 %.

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

| Tranche d'âge | Effectif | Fréquence (%) |
|-------------------|-----------|---------------|
| 0 – 11 mois | 03 | 8,11 |
| 1 – 20 ans | 20 | 54,05 |
| 21 – 40 ans | 08 | 21,62 |
| ≥ 41 ans | 06 | 16,22 |
| Total | 37 | 100,00 |

Aussi bien dans les bronchites que les pneumopathies la tranche 1 – 20 ans prédomine.

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

| Tranche d'âge | Effectif | Fréquence (%) |
|-------------------|------------|---------------|
| 0 – 11 mois | 14 | 5,60 |
| 1 – 20 ans | 144 | 57,60 |
| 21 – 40 ans | 73 | 29,20 |
| ≥ 41 ans | 19 | 7,60 |
| Total | 250 | 100,00 |

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

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

| Sexe Tranche d'âge | Masculin | Féminin | Total |
|-------------------------------|-----------------|----------------|--------------|
| 0 – 11 mois | 142 | 122 | 264 |
| 1 – 20 ans | 394 | 389 | 783 |
| 21 – 40 ans | 257 | 221 | 478 |
| ≥ 41 ans | 127 | 92 | 219 |
| Total | 920 | 824 | 1744 |

La tranche d'âge des 1 - 20 ans a été la plus concernée pour les deux sexes.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

1- Tranche d'âge

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

Il découle de notre étude que la tranche d'âge la plus concernée a été celle des 1 à 20 ans avec 783 cas soit 44,9%.

Notre étude nous a permis de montrer que la tranche d'âge de 1 à 20 ans est la plus concernée par le paludisme ; ce qui rejoint les résultats de Simon COULIBALY [41] qui a montré dans son étude que la tranche d'âge la plus représentée a été celle supérieure à 15 ans soit 59,8 % et celle inférieure à 1 an a été la moins représentée avec 8,5%.

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

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

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

IL en est de même pour Cheick Hamala SISSOKO [9] qui a montré dans son étude que l'âge le plus représenté était supérieur à 35 ans, soit 51 %.

Koniba DIABATE [27] a également montré dans son étude que la tranche d'âge de 21 à 51 ans soit 46,1 % de son échantillon était la plus représentée.

Pour ce qui est de la fièvre typhoïde, nous avons trouvé dans notre étude que la tranche d'âge de 21 à 40 ans est la plus représentée avec 66,67% ; ce qui rejoint les résultats de DJEUMEN NANA M.A. [17] qui a montré que la tranche de 16 à 44 ans est la plus représentée avec 18 cas soit 69,2%.

En ce qui concerne les diarrhées, il ressort de notre étude que la tranche d'âge de 0 à 11 mois a été la plus représentée avec 58,44% ; ce qui rejoint les résultats de Adama FOFANA [1] qui a montré que la tranche d'âge de 0 à 11 mois soit 45% était la plus représentée. Ce résultat peut être comparé à celui de DOUMBIA M.N [18] qui a trouvé dans son étude la tranche d'âge de 0 à 11 mois soit 43%.

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

Contrairement a nos résultats DIAGNE J. et al. [12] ont montré que 93% des enfants atteints de maladies diarrhéiques ont moins de 3 ans.

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

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

Pour ce qui est des bronchites, nous avons montré dans notre étude que la tranche d'âge de 1 à 20 ans est la plus représentée avec 43,62%.

Les pneumopathies ont représenté 54,05% pour la tranche d'âge de 1 à 20 ans.

Quand aux traumatismes : il ressort de notre étude que la tranche d'âge la plus représentée est celle de 1 à 20 ans soit 57,60% ; Cette tranche d'âge s'explique par le fait que les enfants et les adolescents sont victimes des violences graves et meurtrières que pratiquent les adultes sur eux.

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

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

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

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

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

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

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

2- Sexe

Nous avons trouvé que le sexe masculin prédomine dans toutes les pathologies avec un sexe ratio de 1,12 en faveur des hommes.

Nos résultats corroborent ceux de certains auteurs.

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

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

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

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

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

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

3 - Ethnie

Dans notre étude, l'ethnie Bambara est la plus représentée avec (45,07%) suivie des Malinké (14,97%) et des peulh (11,93).

4- Lieu de résidence

Nous avons constaté que 89,39% des malades résident dans la commune III ; notons également que 9,7% viennent d'autres localités.

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

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

5 - Nationalité

La majorité de nos malades consultés sont des maliens (99,48) ce qui veut dire qu'ils sont fidèles à leur CSCom qui est le premier recours en matière de santé au MALI. Au Sénégal Faye et al. [20] ont trouvé que 72,60% des personnes interrogées en milieu rural utilisaient le Centre de Santé comme premier recours.

6- Thérapeutique

Du point de vue traitement, 97,5% de nos malades ont été traités. Le cas des malades non traités s'expliquerait par l'oubli de mentionner le traitement dans le registre de consultation et dans certains cas les malades sont référés dans les hôpitaux nationaux. Le traitement était plutôt symptomatique dans la majorité des cas jusqu'au semestre de l'an 2006. Le centre s'est ensuite doté d'un laboratoire pour les analyses de routine.

De façon commune, la prescription d'un antipaludique, d'un antalgique, ou d'un antibiotique dépend de l'état dans lequel se trouve le malade. Selon la politique du CSCOM, les patients ont reçu un traitement en fonction du stock que dispose le centre.

Les sels de quinine, la sulfadoxine-pyriméthamine, l'artéméthér-luméfantine ont été utilisés dans toutes les formes de paludisme. On note également que la chloroquine a été prescrite en seconde intention. Sur la base des informations fournies sur le niveau thérapeutique aux monothérapies et aux combinaisons ; le PNLP préconise l'utilisation de deux combinaisons à base d'artémisinine dans le traitement des cas simples. Les antipaludiques ont représenté 40,3%.

Les antalgiques tels que le paracétamol, le novalgine ont été également utilisés en première intention et ont représenté 43,12%.

Les antibiotiques tels que l'érythromycine, l'amoxicilline ont été utilisés en cas de risque d'infection ou d'infection constatée chez les malades, ils ont représenté 48,30%.

Les autres classes thérapeutiques ont été utilisées mais ne possèdent pas un pourcentage élevé cela s'explique par le fait qu'elles ont été utilisées en seconde intention.

Ainsi nous pouvons dire que dans l'ensemble, les produits prescrits étaient à majorité des antipaludiques, des antalgiques et des antibiotiques en traitement de première ligne.

CONCLUSION :

Cette étude de type rétrospective qui s'est déroulée du 1^{er} Janvier 2006 au 31 Décembre 2006 au CSCom de Koulouba a permis d'arriver à la conclusion suivante :

Les principales maladies rencontrées touchent toutes les classes sociales de la population. La prédominance du sexe masculin a été de règle 920 cas soit 52,80% et la tranche d'âge de 1 - 20 ans la plus atteinte.

Les enfants non scolarisés, les nourrissons, les personnes âgées, suivis des élèves et des étudiants ont constitué les groupes socio professionnels les plus concernés.

Le paludisme vient en 1^{ère} position des affections rencontrées au CSCom de Koulouba, suivi des traumatismes (14,30%), ensuite de la bronchite (5,40%), puis des diarrhées (4,40%), des pneumopathies (2,10%) et enfin de la fièvre typhoïde (0,70%).

La prévalence du paludisme était élevée, sur 1744 malades consultés en 2006 nous avons rencontré 662 cas de paludisme soit 38,0%.

1700 patients soit 97,5% des malades consultés pour différentes pathologies ont reçu un traitement.

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

Cette étude nous a permis de constater que le CSCom de Koulouba est un centre de santé qui reçoit de nombreux malades, mais seulement il rencontre d'énormes difficultés : certains patients ne se procure pas leur ticket de

consultation cela doit se faire sous rappel du Médecin et également le manque de suivi de l'observance de traitement.

RECOMMANDATIONS :

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

Aux autorités administratives :

- **Equiper le CSCom de matériel médical (lits, tables d'accouchement, brassards, pèse personnes,...) ;**
- Développer l'information de la communauté sur les gîtes larvaires, la prolifération des vecteurs et la transmission du paludisme en vue de vulgariser les mesures de protection individuelle et collective (utilisation des moustiquaires, rideaux imprégnés, insecticides) ;
- Accentuer la campagne d'Information d'Education et de Communication en matière de santé dans les langues nationales ;
- Recycler le personnel sanitaire pour faire une meilleure prise en charge des pathologies rencontrées ;
- Accentuer le contrôle régulier des engins par des vérifications périodiques et surtout inopinées des freins, des phares et des pneus ;
- Adopter des lois et faire appliquer ces lois rendant obligatoire le port de casque homologué pour les cyclistes et les utilisateurs de deux roues motorisées ;
- Sensibiliser la population sur les phénomènes de violences corporelles et les conséquences socio-économiques que ceux-ci engendrent ;
- Lutter contre la pauvreté en mettant l'accent sur le chômage des jeunes
- Equiper les laboratoires des Centres de Santé Communautaire des matériels permettant d'effectuer toutes analyses de routine ;
- Lutter contre le péril fécal.

Aux personnels de santé :

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

Aux patients :

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

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] ADAMA FOFANA.

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

Thèse médecine, Bamako, 2004.

[2] ADAMA KANTE

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

Thèse médecine, Bamako, 2005.

[3] AMSTRONG-SHELLENBERG JRM et al.

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

Parasitology Today, 1994, 10 : 439-442.

[4] ANNOLFEL :

"Parasitologie Mycologie" 1ere édition.

Format utile ; Paris 96-97.

[5] BAPA EMILIA SOPHIE

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

Thèse médecine, Bamako, 2004.

[6] BATISTA D.O et coll.

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

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

[7] BOMOU YAMADOU

Coups et blessures graves

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

Thèse médecine, Bamako, 2006.

[8] BRUCE – CHAWTT LJ.

Essential malariology.
Londres, Heinemann, 1985.

[9] CHEICK HAMALA SISSOKO .

Paludisme sévère et compliqué chez l'adulte au courant de l'année 2003 au service de réanimation de l'Hôpital Gabriel Touré.
Thèse médecine, Bamako, 2005

[10] COULIBALY A.N.

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

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

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

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

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

[13] DIALLO. O

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

[14] DIAWARA S.

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

[15] DIARRA A .

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

[16] DIOP S.M

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

[17] DJEUMEN NANA M.A .

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

[18] DOUMBIA M.N.

« Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant dans le service de Pédiatrie de l'Hôpital Gabriel Touré.

Thèse med, Bamako, 2001, 119.

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

Maladies diarrhéiques chez les enfants de 0 à 4 ans et attitudes des mères concernant ces maladies et la technique de réhydratation orale.

Ouagadougou, UNICEF , 1988 : 19-193 .

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

“Knowledge and treatment of malaria in rural Senegal .”

Médecine Tropicale (March) 1997.

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

Cost-effectiveness of malaria control in sub-Saharan Africa.

Lancet, 1999, 354:378-385.

[22] HAIDARA A.Y .

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

Thèse médecine, Bamako, 1989.

[23] ICHIKAWA M et coll.

Effect of the helmet act for motorcyclists in Thailand, Accident analysis and prevention 35 (2003) p 183-189,

www.elsevier.com/locate/ap

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

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

Cahier Santé 1994 ; 4 : 359-66.

[25] KHANTE DJIBRILLAH

Etude médico-légale des coups et blessures volontaires dans le Service de traumatologie-orthopédique(HGT).1999-2000,

106 ;(01M23) : 39

[26] KOLI DOUKOU L.A .

«Prévalence des consultations du paludisme au CSCOM de Koulouba »
Thèse pharmacie, Bamako, 2006.

[27] KONIBA DIABATE .

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

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

Lésions oculaires par pistolets à grenailles : Etude épidémiologique de 160 patients.

Journal Français d'Ophtalmologie 1993 ; 16 ; (8-9) : 453-457

[29] Madame FATOUMATA DIALLO.

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

Thèse médecine, Bamako, 1988.

[30] MODULE DE FORMATION :

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

[31] MURRAY CJL et coll.

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

[32] O GILHODES/ J. IGUAL.

Collection internat, préparation au concours.

Pneumologie ed, ellipses.

[33] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.

Faire reculer le paludisme. Un partenariat mondial.

Genève,

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

[34] PANG Y. et coll.

Accidents characteristics of injured motorcyclists in Malaysia
Med. J Malaysia. Vol 55 n°1, March 2000

[35] PERELMAN CLAIRE D et al.

Infection à *Salmonella* – Salmonelloses.

Pédiatrie pratique II – Maladies infectieuses :

1325 – 1338

[36] PICHARD E, MINTA D.

Maladies infectieuses

Polycopié 5^e année de médecine, 2002 :
110 – 112 .

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

Fièvre typhoïde.

Traité de médecine ; 4^e ed P 1756.

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

Bamako, 2005.

[39] SALEH TUMEH D.

Treatment of multiresistant Salmonella typhi with intravenous ciprofloxacin

The Pédiatric Infectious Disease journal .

[40] SANOGO A.

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

Bilan de 5 ans d'observation 94 – 98 .

Thèse médecine. Bamako 2001 ; n°33

[41] SIMON COULIBALY

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

Thèse pharmacie, Bamako, 2002

[42] TEBERE N.

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

Médecine Afrique noire langue française 1977.

[43] TOURE BOKAR et al.

Un autofinancement intégral des centres de Santé Communautaires est-il possible? Etude du cas de l'ASACONIA.

Document photocopié Bamako, 1995, pages 1 à 17.

[44] TSOBGNY E.B.

Prise en charge du paludisme grave et compliqué en unité de soins intensifs.

Thèse, med, 2001 ; 35.

ANNEXES :

FICHE D'ENQUETE

**FREQUENCE DES MALADIES RENCONTREES AU
CSCOM DE KOULOUBA**

N° D'ENQUETE /----/-----/-----/-----/

I / IDENTIFICATION DU SUJET :

Age : /-----/

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

Ethnie : -----

Lieu de résidence : -----

Profession : -----

Nationalité : -----

II / EVOLUTION DU SUJET :

Traité : Oui / ---/ Non / ----/

Référé : Oui / ---/ Non / ----/

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

III / DIAGNOSTIC :

Paludisme /----/ Typhoïde /----/

Diarrhée /-----/ Bronchite /----/

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

Autres cas à préciser..... /----/

IV / TRAITEMENT :

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

Antibiotiques /-----/

Autres cas à préciser..... /-----/

FICHE SIGNALÉTIQUE



Nom : **NGO LISSOM**

Prénoms : **Rébecca Marlyse**

Nationalité : **Camerounaise**

Année de soutenance : 2006 – 2007

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

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

Secteur d'intérêt : **Santé publique**

RESUME : Nous avons mené une étude rétrospective couvrant la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2006 au CSCOM de Koulouba.

Cette étude avait pour but d'évaluer la prévalence de toutes les maladies rencontrées au centre de santé en particulier celles qui apparaîtront comme étant les plus récurrentes dans la charge de travail du CSCOM. Cette étude a concerné 1744 malades dont 662 consultés pour paludisme, soit 38,0% ; 250 consultés pour traumatismes, soit 14,30% ; 94 consultés pour bronchite, soit 5,40% ; 77 consultés pour diarrhées, soit 4,40% ; 37 consultés pour pneumopathies, soit 2,10% et 12 consultés pour fièvre typhoïde soit 0,70%.

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

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

Ceci nous a permis de conclure que de toutes les maladies rencontrées, le paludisme reste toujours un problème de Santé Publique car il concerne toutes

les couches sociales et que sa prise en charge connaît encore d'énormes difficultés.

Mots clés : Maladies rencontrées, CSCOM Koulouba

SERMENT DE GALIEN

Je jure en présence des maîtres de la faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples ;

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle en leur enseignement ;

D'exercer dans l'intérêt de la santé publique ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;

De ne jamais oublier ma responsabilité en vers le malade et sa dignité humaine ;

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels ;

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