

EVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE DU PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE 0 A 15 ANS DANS LES DISTRICTS SANITAIRES DU PROJET FONDS MONDIAL EN COTE D'IVOIRE.

Assessment of the coverage of the malaria at the children from 0 to 15 years old in the sanitary districts of the project world fund in ivory coast.

Tétchi YD**, Coulibaly KT****, Ouattara A***, Abhé CM***, Pété Y***, Koffi N****, Brouh Y*, Dagnan N**.

*= professeur titulaire ; **= professeur agrégé ;
=assistant chef de clinique ; *=interne des hôpitaux

COULIBALY Klinna Théodore: CHU de COCODY (ABIDJAN), B.P.V 13 Abidjan – Tel: (225) 22 48 10 00,
E-mail: theokl2002@yahoo.fr

RESUME

But: Analyse situationnelle de la prise en charge du paludisme chez les enfants, 5 mois après la formation des praticiens. **Matériel et méthodes :** Il s'agissait d'une étude transversale et descriptive d'un mois (1^{er} au 31 Août 2008) au niveau de 19 districts. Ont été recensés dans les hôpitaux généraux ou centres hospitaliers régionaux de chaque district, les 30 derniers patients, soit un total de 570 cas. L'étude portait sur le remplissage des registres, le diagnostic du paludisme, l'application du nouveau protocole et la qualité de prise en charge des enfants. **Resultats :** Le remplissage des registres était: âge (97%), température (92,1%), poids (79,3%), molécules prescrites (91,1%), posologie (27%) et durée du traitement (28,4%). Le diagnostic présomptif était correct à 90,4%. Les examens biologiques de confirmation ont été demandés dans 14,4% des cas. Le nouveau protocole a été respecté dans 20,9% des cas. La prise en charge des enfants était correcte à 19,3%. **Conclusion :** Le remplissage des registres, l'application du nouveau protocole de prise en charge du paludisme, le taux de prescription des examens biologiques de confirmation et la qualité de prise en charge des enfants n'ont pas été satisfaisants. Cependant, le diagnostic présomptif a été bon.

MOTS CLES : prise en charge, paludisme, enfants, Fonds Mondial.

ABSTRACT

Objective: analysis relative to the coverage of the malaria at the children 5 months after the training of the practitioners. **Material and method:** it is a transversal and descriptive study of one month (1st on August 31st, 2008) at the level of 19 districts. In the general hospitals or regional hospital center of every district, the last 30 patients were listed, that is a total of 570 cases. The study concerned the filling of registers, the diagnosis of the malaria, the application of the new protocol and the quality of coverage of the children. **Results:** The filling of registers was: age (97 %), temperature (92,1 %), weight (79,3 %), prescribed molecules (91,1 %), posology (27 %) and duration of the treatment (28,4 %). The presumptive diagnosis were correct in 90,4 %. The biological examinations of confirmation were asked in 14,4 %. The applications of the new protocol were correct in 20,9 %. The children were taken care well in 19,3 %. **Conclusion:** the filling of registers, the application of the new protocol of coverage of the malaria, the rate of prescription of the biological examinations of confirmation and the quality of coverage of the children were not satisfactory. However, the presumptive diagnosis was good.

KEYWORDS: coverage, malaria, children, World Fund

INTRODUCTION

Le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) a organisé en Avril 2008 avec l'appui du Fonds Mondial, un atelier de formation des prestataires de soins de 19 districts sanitaires de Côte d'Ivoire. Cette formation portait sur la prise en charge du paludisme selon le nouveau protocole et la gestion des données [1]. Le paludisme simple est pris en charge par les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (amodiaquine + artésunate ou artéméther + luméfántrine) et le paludisme grave par les sels de quinine ou l'artéméther [2, 3, 4]. Le but de notre travail est d'analyser la prise en charge du paludisme chez les enfants, 5 mois après la formation des praticiens.

MATERIEL ET METHODE

Il s'agissait d'une étude rétrospective transversale et descriptive d'un mois (1^{er} au 31

Août 2008) au niveau de 19 districts sanitaires en Côte d'Ivoire. Elle a été réalisée dans les hôpitaux généraux ou centres hospitaliers régionaux desdits districts à partir des registres préétablis par le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. Ont été recensés les 30 derniers patients reçus en consultation pédiatrique, soit un total de 570 cas. Les paramètres étudiés étaient :

- le remplissage des registres ;
- le diagnostic du paludisme ;
- l'application du nouveau protocole thérapeutique et
- la qualité de prise en charge des enfants.

L'exploitation des données a été faite à l'outil informatique à partir des logiciels Microsoft Office Excel 2007 et Epi info version 6.04. Les données quantitatives ont été décrites par la moyenne et l'écart type, tandis que les

variables qualitatives étaient décrites par des proportions.

RESULTATS

➤ remplissage des registres

L'âge, la température, le poids, les molécules prescrites, la posologie et la durée du traitement étaient enregistrés dans les registres respectivement dans 97%; 92,1%; 79,3%; 91,1%; 27% et 28,4%.

➤ diagnostic du paludisme

Nous avons recensé 495 cas de paludisme simple et 75 cas de paludisme grave. On notait 515 cas de diagnostics présomptifs corrects (90,4%) dont 445 cas simples et 70 cas graves. Parmi ces cas présomptifs, un examen biologique de confirmation a été demandé chez 74 cas (14,4%). Un examen biologique de confirmation a été demandé dans 7,4% de cas simples et 58,6% de cas graves.

➤ application du nouveau protocole thérapeutique

L'application du protocole a été correcte (molécules, posologie et durée) dans 119 cas (20,9%) dont 91 cas simples et 28 cas graves. On notait 66% de prescription juste des molécules; 25,3% de bonne posologie et 26,8% de durée normale de traitement. Le protocole thérapeutique a été bien appliqué dans 18,4% de cas simples et 37,3% de cas graves (**Tableau 1**).

➤ qualité de prise en charge des enfants.

La prise en charge a été bonne (bon diagnostic présomptif et bonne application du protocole) chez 110 enfants (19,3%) dont 86 cas simples et 24 cas graves (**Tableau 2**). Trente deux pourcent de cas graves ont été bien pris en charge contre 17,4% de cas simples (**Tableau 3**).

DISCUSSION

Remplissage des registres

Le remplissage des registres consistait à enregistrer tous les paramètres (sociodémographiques, cliniques, paracliniques et traitement) de l'enfant atteint de paludisme [2]. Dans notre étude :

- L'âge (97%) et le poids (79,3%) ont connu un fort taux d'enregistrement. Cela pourrait être expliqué par leur importance dans la précision de la posologie des médicaments prescrits [5].
- Le taux d'enregistrement de la température est élevé (92,1%). La fièvre est le signe fondamental du diagnostic présomptif du paludisme. La température est donc importante dans la conduite du diagnostic clinique du paludisme [2, 6, 7, 8]. Cette importance pourrait expliquer ce taux d'enregistrement dans les registres.
- Le taux d'enregistrement des molécules prescrites était élevé (91,1%). Cependant, ceux de la posologie (27%) et de la durée

(28,4%) étaient faibles. Ces faibles taux de notification de ces paramètres pourraient s'expliquer par un manque de temps du fait du nombre important de patients.

Diagnostic du paludisme : Le diagnostic présomptif du paludisme est basé sur la fièvre [2, 6, 7, 8, 9, 10]. Dans notre étude, le diagnostic présomptif du paludisme était bien posé par les prestataires de soins (90,4%). Le paludisme étant la maladie tropicale la plus fréquente, sa clinique est connue par les prestataires de soins. Notre étude contrastait avec celle de **Diawara et al.** en 2008, au Mali où 17,3% de diagnostics présomptifs étaient justes [3].

Les examens biologiques de confirmation du diagnostic étaient rarement demandés (14,4%). Cela pourrait s'expliquer soit par un dysfonctionnement du laboratoire biologique dans certain centres de santé, soit par une absence de notification de ces examens dans les registres ou par des difficultés financières des parents. Ces examens étaient beaucoup plus demandés en cas de paludisme grave (58,6%) qu'en cas de paludisme simple (7,4%) du fait de l'hospitalisation des cas graves.

Application du nouveau protocole thérapeutique :

L'application du nouveau protocole est bonne lorsque la molécule prescrite est correcte avec une posologie et durée du traitement justes [11, 12, 6, 13]. Dans notre étude, La bonne application du protocole thérapeutique était faible (20,9%). La cause pourrait être soit les faibles taux d'enregistrement des posologies et durées du traitement, soit la méconnaissance du protocole par les praticiens. Une étude réalisée au Rwanda en 2008, avait trouvé 63,3% de cas de protocoles corrects en cas paludisme [11].

Qualité de prise en charge des enfants : La qualité de la prise en charge des enfants est bonne lorsqu'un protocole thérapeutique correct est appliqué à un bon diagnostic [3]. Dans notre étude, la qualité de prise en charge des enfants n'a pas été satisfaisante (19,3%). Cette situation est due à la mauvaise application du nouveau protocole observée plus haut. Nos résultats étaient inférieurs à ceux d'une étude réalisée au Togo en 2006 où 38,1% de cas de paludisme étaient correctement pris en charge [12].

CONCLUSION

Cette étude a permis d'analyser la prise en charge du paludisme chez les enfants. Le remplissage des registres, l'application du nouveau protocole de prise en charge, le taux de prescription des examens biologiques de confirmation et la qualité de prise en charge des enfants n'ont pas été satisfaisants. Cependant, le diagnostic présomptif a été bon. D'où la nécessité de continuer la formation du

personnel de santé et d'insister sur la supervision de la prise en charge du paludisme en vue d'améliorer la santé des enfants.

REFERENCES

1. Côte d'Ivoire. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. Programme National de Lutte contre le Paludisme. Abidjan. Analyse situationnelle : Projet de renforcement de la lutte antipaludique chez les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans dans 19 districts cibles de Côte d'Ivoire. Abidjan : PNLN, 2008 : 40p.
2. Côte d'Ivoire. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. Programme National de Lutte contre le Paludisme. Abidjan. Directives de prise en charge du paludisme. Abidjan : PNLN ; Février 2008 : 25p.
3. Diawara A, Sangho H, Sissoko M, Doumbo O. Évaluation de la qualité de la prise en charge du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans dans les formations sanitaires de Kati (Mali). Méd. Afr. Noire, 2008 ; 55 ; 3 : p. 139 – 44.
4. Bobossi S, Ndoyo J, Gaudeuille A, Longo J, Bezzo M, Ouilibona S. et al. Les aspects actuels du paludisme grave de l'enfant en milieu hospitalier pédiatrique centrafricain. Méd. mal. Infect. 2004 ; 34; 2 : p. 86 – 91.
5. LE Hesran J. Les particularités du paludisme chez l'enfant. Méd. Trop. 2000 ; 60 : p. 92-8.
6. Faye O, N'dao O, Camara B, Soumare M, Dieng T, Bah I. et al. Prise en charge du paludisme grave de l'enfant dans un pays en développement: élaboration d'un protocole d'évaluation médico-économique. Méd. Trop. 1999 ; 59 ; 3 : p. 283-6.
7. Menan E, Yavo W, Oga S, Kiki-barro P, Kassi R, Evi J. et al. Diagnostic clinique présomptif du paludisme : part réelle de la maladie. Méd. Afr. Noire, 2007; 54 ; 3 : p. 139-44.
8. Rogier C. Paludisme de l'enfant en zone d'endémie : épidémie, acquisition d'une immunité et stratégie de lutte. Méd. Trop. 2003 ; 63 : p. 449-64
9. Camara B, Diouf S, Diagne I, Fall L, Ba A, Ba M. et al. Le paludisme grave de l'enfant en milieu hospitalier sénégalais. Méd. mal. Infect. 2003; 33; 1: p. 45 – 8.
10. Ducret J- P, Ponchon D, Charpentier J- C, Brun P. African-Quin : résultats d'une

étude pragmatique sur le diagnostic du paludisme et son traitement en Afrique francophone. Méd. Trop. 2001; 61 :p. 21-6.

11. Nzayirambaho M, Freund R, Millet P, Lombrail P, Malvy D, Potel G. Évaluation de l'application du protocole national de traitement du paludisme dans les formations sanitaires de la ville de Kigali, Rwanda. Méd. mal. Infect. 2008; 38; 3 : p. 119 – 24.
12. Gbadoe A, Lade A, Koffi S, Morgah K. Prise en charge du paludisme dans les communautés du Togo. Bull. Soc. pathol. exot. 2006 ; 99 ; 3: p. 194 – 7.
13. Koko J, Dufillot D, Zima-Ebeyard A, Duong T, Gahouma D. et al. Aspects du paludisme de l'enfant en milieu hospitalier gabonais. Méd. Trop. 1997 ; 57; 2: p. 177 – 80.

Tableau 1 : Répartition des cas de protocole correct selon le type de paludisme.

Type de paludisme	Effectif	(%)
Paludisme grave (n=75)	28	37,3
Paludisme simple (n=495)	91	18,4

Tableau 2 : Répartition globale des cas de paludisme selon la qualité de la prise en charge.

	Diagnostic du paludisme		Total	
	correct	incorrect		
Protocole thérapeutique	correct	110(19,3%)	9(1,6%)	119(20,9%)
	incorrect	405(71,1%)	46(8,1%)	451(79,1%)
TOTAL	515(90,4%)	55(9,6%)	570(100%)	

X²=0,75

P=0,38

Tableau 3 : Répartition des cas de paludisme par type selon la prise en charge correcte.

Type de paludisme	Effectif	Pourcentage (%)
Paludisme grave (n=75)	24	32
Paludisme simple (n=495)	86	17,4