

PRISE EN CHARGE DES CAS DE PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE 0 A 5 ANS ET PERCEPTION DES MERES DANS UN SERVICE DE PEDIATRIE A BAMAKO.

Management of malaria cases among under five children and mothers perception in a department of paediatrics in Bamako.

Coulibaly Chaka¹ ; Fomba Seydou² ; Sangho Hamadou¹ ; Keïta Assa Sidibé¹ ; Touré Kandjouira³ ; Keïta Haoua Dembélé¹

1. Centre de Recherche d'Etudes et de Documentation pour la Survie de l'Enfant (CREDOS) ; 2. Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP), BP : 233 ; 3. Direction Nationale de la Santé (DNS), BP E 5675 Bamako, Mali

Auteur correspondant : Chaka Coulibaly, Centre de Recherche d'Etudes et de Documentation pour la Survie de l'Enfant. BP : 2821 Tel : (223) 20 21 21 52 / 76 31 52 90

Email: credos@afribone.net.ml ; Email : chakacoulibaly79@yahoo.fr

RESUME

Introduction : Au Mali, le paludisme est un problème majeur de santé publique, car il représente 34 à 39% des motifs de consultation dans les services de santé. Il est la première cause de décès chez les enfants de 0 à 5 ans et la première cause d'anémie chez les femmes enceintes. Nous avons réalisé une étude ayant pour but de contribuer à une meilleure prise en charge des cas de paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans. **Méthode :** Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive menée au service de pédiatrie du Csref de la Commune V du 30 juillet au 15 août 2009. Nous avons procédé à un échantillonnage exhaustif auprès des prestataires et des mères d'enfants. **Résultats :** L'étude a montré que la majorité des mères étaient satisfaites de l'accueil (85%). La goutte épaisse ou le Test Diagnostic Rapide (TDR) avait été fait chez 54,5% des enfants pour confirmer le paludisme. Plus les mères d'enfants étaient instruites, plus elles avaient eu un recours tardif au centre de santé ($p < 0,05$). Les mères avaient une bonne connaissance des signes du paludisme qu'il soit simple ou grave (100%) et de la cause du paludisme (92%).

Notre étude a montré que la prise en charge du paludisme n'était pas faite selon les directives nationales du PNLP. La confirmation biologique du paludisme n'était pas faite systématiquement malgré la gratuité et la disponibilité des TDR. **Conclusion :** Au terme de notre étude nous recommandons de poursuivre l'approvisionnement en moustiquaires imprégnées d'insecticides, de renforcer la formation du personnel à la prise en charge des cas de paludisme et de procéder à l'utilisation systématique des TDR.

Mots clés: Paludisme, Prise en charge, Connaissance, Attitudes, Pratiques, Bamako / Mali

ABSTRACT

Background : In Mali, malaria is a major public health problem because it represents 34 to 39% of reasons for consultation in health services. It is the leading cause of death for under five and the leading cause of anemia in pregnant women.

We conducted a study for help to contribute to the improvement of the health care quality provided to under five suffering of malaria. **Methods :** A cross-sectional, descriptive study was conducted in the service of paediatric of the fifth commune of Bamako from July 30 to August 15, 2009. We conducted an exhaustive sampling among the care giver and children's mothers. **Results :** The study showed that the majority of mothers were satisfied with the reception (85%). The blood test or rapid diagnostic test was done in 54.5% of cases to confirm malaria. More the education level was high; more the children mothers used early the health center ($p < 0, 05$). The mothers had a good knowledge of the signs of malaria (100%) and the cause of malaria (92%).

Our study showed that the management of malaria doesn't respect the national guidelines of the National Malaria Control Program. The laboratory confirmation of malaria is not routinely performed despite the free and the availability of TDR. **Conclusion :** According to the finding of this research we recommend to continue the supply of mosquito nets impregnated with insecticides to the health centers, to reinforce the training of the care giver in charge of malaria cases treatment and finally to undertake the systematic use of Rapid Diagnosis Test (RDT).

Keywords: Malaria, Healthcare, Knowledge, Attitudes, Practices, Bamako / Mali.

INTRODUCTION

Le paludisme constitue un véritable problème de santé publique dans le Monde, particulièrement dans les régions tropicales. Selon le rapport annuel 2011 de l'OMS les estimations font état de 216 millions d'épisodes palustres en 2010, dont 81 % dans la région Afrique de l'OMS, soit 174 millions de

cas. Le nombre des décès dus au paludisme est estimé à 655 000 pour l'année 2010, dont 91 % en Afrique. À l'échelle mondiale, 86 % des décès imputables au paludisme ont frappé des enfants de moins de 5 ans. La plupart des décès surviennent chez des enfants vivant en

Afrique, où chaque minute un enfant meurt du paludisme [1].

Au Mali, le paludisme se caractérise par son endémicité dans les régions du centre et du sud et son potentiel épidémique dans les régions du nord.

Le paludisme représente 34 à 39%, de motifs de consultation, il constitue la première cause de décès chez les enfants de moins de 5 ans et d'anémie chez les femmes enceintes [2].

En juin 2007, le Mali a introduit des Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine (CTA) pour le traitement des accès simples de paludisme suite aux résistances du parasite à la chloroquine. Les autorités Maliennes par Décret n°10- 628 P-PM du 29 novembre 2010 ont décidé de la gratuité des CTA chez les enfants de moins de 5 ans [3]. La prise en charge du paludisme est gratuite pour les couches vulnérables (enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes).

A Bamako, au centre de santé de référence de la Commune V d'importants efforts ont été faits, en vue de réduire la morbidité et la mortalité dues au paludisme. Il s'agit de la formation du personnel sur la prise en charge des cas de paludisme et l'Information, Education et la Communication (IEC) auprès des mères lors des consultations afin qu'elles puissent amener les enfants au centre de santé dès l'apparition des premiers signes de la maladie (fièvre, vomissements, anorexie ...).

Les objectifs de cette étude étaient : d'analyser la qualité du diagnostic et de la prise en charge du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans, de décrire les connaissances, attitudes et pratiques des mères sur le paludisme.

METHODE

L'étude a été effectuée au service de pédiatrie du Csréf de la commune V du district de Bamako. Elle couvre une superficie de 41,59 km² (Monographie du Csréf de la Commune V) pour une population de 414 668 habitants (Recensement Général de la Population et de l'Habitat en 2009).

L'enquête s'est déroulée du 30 juillet au 15 août 2009. Nous avons mené une étude transversale, descriptive auprès des mères des enfants de 0 à 5 ans et des prestataires du service de pédiatrie.

Ont été inclus dans l'enquête tous les prestataires du service de pédiatrie et des mères dont leurs enfants ont présenté une fièvre les deux semaines précédant notre enquête, résidant dans la commune V depuis 3 mois et qui ont accepté de participer à l'enquête. Les mères d'enfants malades ne remplissant pas les critères ci-dessus cités étaient exclues de l'échantillon.

L'échantillonnage pour les prestataires de service et les mères d'enfants de 0 à 5 ans a été exhaustif c'est-à-dire tous les prestataires

de service chargés de la prise en charge des cas de paludisme ont été observés lors des consultations et toutes les mères d'enfants de 0 à 5 ans venues en consultation ont été interrogées.

Pour la collecte des données, nous avons utilisé le guide d'entretien et la grille d'observation. Pour assurer une bonne qualité des données, l'ensemble des outils de collecte a été testé d'abord dans un autre service avant de commencer l'enquête proprement dite. Les variables mesurées étaient entre autres les caractéristiques sociodémographiques, la satisfaction sur l'accueil, les conseils sur la prévention du paludisme, les connaissances des signes du paludisme simple et du paludisme grave, les causes du paludisme, les itinéraires thérapeutiques, les moyens de prévention du paludisme, l'information du patient et la prise en charge des enfants dans les 24 heures.

Pendant l'enquête, l'interview a été faite chez 200 mères d'enfants au service de pédiatrie à l'aide du guide d'entretien.

Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel EPI INFO 2000. Le test chi carré, a été utilisé pour les tests statistiques. La valeur de P inférieur à 0,05 était jugée significative. Le consentement libre et éclairé a été obtenu auprès des mères des enfants pendant l'enquête.

RESULTATS

Caractéristiques des mères et des enfants :

Dans notre étude nous avons trouvé un taux de répondants de 100% grâce à une bonne sensibilisation, du personnel et surtout des mères d'enfants.

Sur un total de 200 mères d'enfants, les mères n'ayant aucun niveau d'instruction étaient les plus représentées soit 38,5% (Tableau I).

Plus de la moitié des enfants qui sont venus en consultation durant l'enquête étaient des filles soit 56,5%. Près de la majorité (41,5%) des enfants consultés avaient la tranche d'âge comprise entre 0 et 12 mois (Tableau I).

Qualité de la prise en charge : La prise de la température, de la tension artérielle et du poids était faite dans 100% des cas. La recherche des signes mineurs et de gravité associés à la fièvre était systématique. Plus de la moitié, soit 54,5% des enfants reçus pour fièvre avait fait la goutte épaisse ou le Test de Diagnostic Rapide (TDR) pour confirmer le diagnostic du paludisme (Tableau II).

Le diagnostic de confirmation par la GE ou le TDR était majoritairement demandé par le pédiatre (44,95%), suivi des techniciens supérieurs de santé (27,53%) (Tableau II).

Les enfants ayant bénéficié d'une prise en charge adéquate au service de pédiatrie dans les 24 heures après le début des premiers symptômes, représentaient les 50%. Près de la

moitié des enfants (41,5%) avaient bénéficié des CTA pour leur traitement. Les Techniciens Supérieurs de Santé (TSS) et les Techniciens de Santé (TS) avaient prescrits plus de CTA dans une proportion respective de 30% et de 32,5% (Tableau III). La majorité des patients reçus (71,5%) avaient bénéficié d'un rendez-vous pour le suivi, ainsi que des questions de compréhension sur la poursuite du traitement à domicile.

Dans notre étude, 67% des mères avaient reçues des informations sur la maladie de leurs enfants et seulement 15,5% des mères étaient informées de revenir en cas de complications avant la visite de suivi.

Perception et pratiques des mères d'enfants sur le paludisme : Dans notre étude, 85% des mères étaient satisfaites de l'accueil du service de pédiatrie alors que 15% qui n'étaient pas satisfaites (Tableau IV). Toutes les mères interrogées soit 100% avaient appelé paludisme le "Soumaya". Aussi la majorité des mères (92%) avaient affirmé que la cause du paludisme est due à la piquûre de moustique (anophèle) (Tableau IV).

Les mères d'enfants (100%) avaient une bonne connaissance des signes du paludisme qu'il soit simple ou grave (Tableau IV). Les signes les plus souvent cités par les mères étaient : la fièvre, les vomissements, les céphalées, la diarrhée, l'asthénie, l'ictère et les convulsions. Notre étude a montré que 91,5% des mères étaient au courant de la gratuité de la prise en charge du paludisme à travers la télévision, la causerie ou la radio. La majorité des mères soit 63,5% avaient eu recours au centre de santé pour les soins adéquats, 31% avaient fait l'automédication moderne et 6% avaient eu recours au tradipraticien avant de venir au centre de santé. Parmi celles ayant fait l'automédication, 98% des mères s'étaient approvisionné dans une pharmacie et 2% chez les vendeuses ambulantes. La moitié des mères (52,5%) connaissaient au moins le nom d'un antipaludique. Toutes les mères avaient affirmé qu'elles utilisaient la moustiquaire imprégnée d'insecticide comme premier moyen de prévention du paludisme, suivie de l'utilisation des serpentins et de l'assainissement du cadre de vie.

DISCUSSIONS

Caractéristiques des mères et des enfants : Près de la majorité des enfants consultés avaient la tranche d'âge comprise entre 0 à 12 mois (41,5%). Notre résultat a montré que les enfants avant leur premier anniversaire étaient plus atteints du paludisme.

Nous avons obtenu une prédominance féminine (56,5%) durant l'enquête. Notre résultat est différent de celui trouvé par Moyen G et coll en 1993 qui ont eu une prédominance

masculine (59,9%) au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Brazzaville [4].

Moins de la moitié des mères d'enfants (38,5%) n'avait aucun niveau d'instruction dans notre étude. Ce résultat est conforme à celui de l'Enquête Démographique et de Santé du Mali (EDSM-IV 2006) [5] qui a trouvé 50,1% de mères non instruites dans la ville de Bamako.

Qualité de la prise en charge : Notre étude a montré que 54,5% des cas suspects de paludisme avaient fait l'objet de confirmation biologique par la goutte épaisse ou les Tests de Diagnostic Rapide (TDR). Cette fréquence n'est pas conforme aux directives nationales de prise en charge des cas de paludisme selon lesquelles tous les cas doivent être confirmés avant toute prescription d'antipaludique. Ceci pourrait s'expliquer par l'incapacité de certains prestataires à utiliser les TDR et enfin la réticence de certains d'entre eux au changement de comportement. Cette insuffisance de confirmation biologique était retrouvée ailleurs à Madagascar par Cot S et all en 2006 (2%) [6] et au Sénégal par Munier A et all dans la zone rurale de Niakhar (71,5%) [7].

Dans notre étude 41,5% des enfants avaient bénéficié de la prescription des CTA. Cette proportion d'enfants ayant reçus des CTA n'est pas conforme aux directives de la politique nationale de prise en charge qui stipule que tous les cas de paludisme simple doivent être traités avec les CTA. Malgré la nouvelle politique, certains prestataires prescrivait souvent de la monothérapie pour la prise en charge des cas de paludisme.

Dans les 24 heures suivant le début des symptômes 50% des enfants étaient pris en charge. Ce taux de prise en charge précoce est inférieure aux objectifs d'Abuja de l'OMS qui stipule qu'au moins 60% des personnes à risque surtout les femmes enceintes et les enfants de 0 à 5 ans atteints de paludisme aient accès à un traitement rapide, adéquat et abordable dans un délai de 24 heures après l'apparition des symptômes [8].

Perception et pratiques des mères d'enfants sur le paludisme : Dans notre étude 15% des mères n'étaient pas satisfaites de l'accueil du personnel sanitaire. Les raisons de non satisfaction étaient la négligence du personnel et le non respect de l'appel par ordre d'arrivée. Certaines mères avaient affirmé, que le personnel chargé de faire la liste par ordre d'arrivée n'appelait pas les malades dans cet ordre. Elles avaient également évoqué une insuffisance de place, la lenteur dans les consultations, et une absence de tri des enfants malades.

Il découle de notre étude que les mères d'enfants avaient une bonne connaissance de

la cause (92%) et des signes (100%) du paludisme. Ailleurs Kiniffo I et all ont obtenus dans la vallée de Dangbo au sud-est du Benin, que 74 % des mères ignorent que la piqûre de moustique est la cause du paludisme [9].

Au Nigeria, Dixon R. A. and Thompson J. S ont trouvé que moins de 10% des mères d'enfants attribuent la cause du paludisme à la piqûre des moustiques [10]. La bonne connaissance de la cause et des signes du paludisme dans notre étude peut s'expliquer par une large sensibilisation de la population à travers des microprogrammes diffusés à la télévision et à la radio et les causeries réalisées au niveau des centres de santé sur la cause du paludisme.

Dans notre étude 31% des mères d'enfants avaient eu recours à l'automédication qui est nettement inférieure à celle trouvée chez les citadins à Bouaké en Côte d'Ivoire par Dossou-Yovo J et all qui est de 87,6 % [11]. Notre fréquence de recours des mères pourrait s'expliquer par leur niveau élevé d'instruction car étant instruites, elles vont payer les différents antipaludéens dans les pharmacies pour donner aux enfants. Cela pourrait conduire à une résistance des parasites du paludisme si la posologie ou la durée du traitement n'est pas respectée surtout si monothérapie.

Plus elles étaient instruites, plus elles avaient fait l'automédication avec une probabilité $p < 0,05$. La moitié des mères (52,5%) connaissaient au moins le nom d'un antipaludique et plus elles étaient instruites, plus elles connaissaient les antipaludiques avec une probabilité $p < 0,05$.

Notre étude a montré que les mères avaient reconnues la moustiquaire imprégnée d'insecticide (100%) comme le premier moyen de protection contre la piqûre des moustiques suivie des serpentins (mosquito coil) dans une proportion de 18%.

Malgré cette reconnaissance de la moustiquaire imprégnée par les mères, elles avaient affirmé souvent des cas de rupture lors des séances de vaccination et des consultations prénatales. Ces résultats concordent au résultat de l'étude menée par Quenum C et Issifou S au Benin dans la commune rurale d'Ouakpè-Daho qui ont trouvé que 94,5 % des mères reconnaissent la moustiquaire imprégnée d'insecticide comme le premier moyen de protection contre les piqûres des moustiques suivie des serpentins [12]. Notre proportion d'utilisation de moustiquaire imprégnée d'insecticide par les mères était largement supérieure à celle d'EDSM- IV 2006, qui est de 41 % dans la ville de Bamako. Cela est dû à la méthodologie utilisée par EDSM-IV. Contrairement, Doannio J. M. C et all ont trouvé seulement que 28% des ménages utilisent les moustiquaires comme premier moyen de prévention de lutte contre le

paludisme dans les régions et districts sanitaires de la Côte d'Ivoire [13]. Nos résultats pourraient s'expliquer par la distribution gratuite des moustiquaires lors des Consultations Prénatales (CPN) et chez les enfants vaccinés correctement avant leur premier anniversaire.

Limites de notre étude : La présence de l'enquêteur dans la salle de consultation pourrait influencer les pratiques des prestataires de telle sorte que les résultats de l'enquête peuvent être meilleurs aux pratiques quotidiennes. Les mères pourraient mal interpréter le but de l'entrevue et éviter certaines questions, ou donner des réponses favorables aux prestataires par peur de représailles lors des prochaines visites au service de pédiatrie. Afin de minimiser les biais, nous avons pris le temps de bien expliquer les objectifs de l'enquête aux mères d'enfants et obtenu leur consentement.

CONCLUSION

Cette étude avait pour but de contribuer à une meilleure prise en charge des cas de paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans au service de pédiatrie de la commune V du district de Bamako. Notre étude a montré que la prise en charge du paludisme n'était pas faite selon les directives nationales du PNL. La confirmation biologique du paludisme n'était pas faite systématiquement malgré la gratuité et la disponibilité des TDR. Nous recommandons de poursuivre l'approvisionnement en moustiquaires imprégnées d'insecticides, de renforcer la formation du personnel à la prise en charge des cas de paludisme et de procéder à l'utilisation systématique des TDR devant tout cas suspect de paludisme.

Remerciements : *Nous remercions tout le personnel du Csref de la commune V et les mères d'enfants pour leur disponibilité et leur contribution à la réalisation de cette étude.*

REFERENCES

- [1] OMS (Page consultée le 13/08/2012). Rapport annuel 2011 sur le paludisme, [en ligne]. www.who.int/entity/whosis/whostat/FR_WHS09_Full.pdf
- [2] DNS, SLIS. Annuaire statistiques sanitaires du Mali ; 2007. Commandité par le Ministère de la santé.
- [3] PNL. Politique nationale de lutte contre le paludisme ; 2008. Commandité par le Ministère de la santé.
- [4] Moyen G, Nzingoula S, Mowandza-ndinga JC, Nkoua JL., Mpemba AB, Fourcade V. Le paludisme de l'enfant dans un service de pédiatrie à Brazzaville à propos de 1073 observations. Med. Af. Noire. 1993 ; 40 (3).
- [5] Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé (CPS/MS), Direction

Nationale de la Statistique et de l'Informatique (DNSI) et ORC Macro. 2002. *Enquête Démographique et de Santé au Mali 2001*. Calverton, Maryland, USA : CPS/MS, DNSI et ORC Macro.

[6] Cot S, Matra R, Rabarijaona L, Robert M, Raharimalala M, Raveloson F, Arieu F. Mise en évidence d'une transmission urbaine autochtone du paludisme à Antananarivo, Madagascar. *Med Trop* 2006 ; 66 :143-148.

[7] Munier A, Diallo A, Sokhna C, Chippaux JP. Evaluation des Tests de Diagnostic Rapide (TDR) dans les postes de santé ruraux au Sénégal. *Med Trop* 2009 ; 69 : 496-500.

[8] OMS. (Page consultée le 20/06/2011). Faire reculer le paludisme, [en ligne]. whqlibdoc.who.int/hg/2003/WHO_CDS_RBM_2003.46_fre.pdf.

[9] Kiniffo I R, Agbo-ola L, Issifou S, Massougboji A. Les mères des enfants de moins de cinq ans et le paludisme dans la Vallée de Dangbo au Sud-Est du Bénin. *Med. Af. Noire* 2000; 47 (1).

[10] Dixon R A and Thompson J S. Baseline health pro files in the EYN rural health programme area of North-East Nigeria. *African Journal of Medicine and Medical Sciences* June 1993; 22(2): 75-80.

[11] Dossou-yovo J, Amalaman K, Carnevale P. Itinéraires et pratiques thérapeutiques antipaludiques chez les citadins de Bouaké en Côte d'Ivoire. *Med Trop* 2001 ; 61: 495-499.

[12] Quenum C et Issifou S. Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de moins de cinq ans vis-à-vis du paludisme dans la commune rurale d'Ouakpè-Daho, au Sud du Bénin. Rapport d'étude financée par le DR/OMS 1995 ; 45 p.

[13] Doannio JMC, Doudou DT, Konan LY, Djouaka R, Pare toe L, Baldet T, Akogbeto M, Monjour L. Représentations sociales et pratiques liées à l'utilisation des moustiquaires dans la lutte contre le paludisme en Côte d'Ivoire (Afrique de l'Ouest). *Med Trop* 2006 ; 66 : 45-52.

Tableau I : Répartition des mères d'enfants selon le niveau d'instruction et la tranche d'âge des enfants.

Variables	Fréquence	Pourcentage (%)
Niveau d'instruction (n=200)		
Jamais été à l'école	77	38,5%
Secondaire et plus	63	31,5%
Fondamental	31	15,5%
Primaire	29	14,5%
Tranche d'âge (n=200)		
0-12 mois	83	41,5%
13-24 mois	65	32,5%
37-60 mois	32	16%
25-36 mois	20	10%

Tableau II : Répartition du nombre de GE ou TDR fait par les enfants et demandé par les prestataires

Variables	Fréquence	Pourcentage (%)
Goutte épaisse et TDR (n=200)		
Fait	109	54,5%
Non fait	91	45,5%
GE et TDR demandés (n=109)		
Pédiatre	49	44,95%
TSS	30	27,53%
TS	16	14,68%
Interne	14	12,84%

MALI MEDICAL

Article original

Paludismes chez les enfants de 0 à 5 ans et perception des mères ...

Tableau III: Répartition de la prescription des CTA par les prestataires

Qualification	Fréquence	Pourcentage (%)
Pédiatre	7	17,5%
TSS	12	30%
TS	13	32,5%
Interne	8	20%
Total	40	100%

Tableau IV : Répartition des mères d'enfants selon leur satisfaction et la connaissance des causes et des signes du paludisme

Variables	Fréquence	Pourcentage (%)
Satisfaction des mères (n=200)		
Oui	170	85%
Non	30	15%
Causes (n=200)		
Piqûre de moustique	133	66,5%
Piqûre de moustique et aliments huilés	27	13,5%
Piqûre de moustique et œufs	25	12,5%
Lait et mangue	15	7,5%
Signes (n=200)		
Fièvre associée aux signes mineurs	134	67%
Fièvre associée aux signes de gravité	66	33%