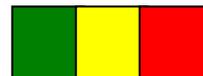


Recherche rétrospective sur l'utilisation des antipaludiques en vue de la mise en place d'une mutuelle de santé dans la région de Sikasso

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE

REPUBLIQUE DU MALI



Un peuple Un but –Une foi

FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE

ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année universitaire 2006-2007

Thèse N°..... /

TITRE

*RECHERCHE RETROSPECTIVE SUR L'UTILISATION
DES ANTIPALUDIQUES EN VUE DE LA MISE EN PLACE
D'UNE MUTUELLE DE SANTE DANS LA REGION DE
SIKASSO*

THESE

Présentée et soutenue publiquement le.../06/2007 devant la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie.

Par

MOCTAR DIOP

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

JURY

Président: Pr. Amadou DIALLO
Directeur de thèse: Pr. Elimane MARIKO
Membres: Dr Saibou MAIGA
Dr Birama DIAKITE

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-
STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2006-2007

ADMINISTRATION

DOYEN: **ANATOLE TOUNKARA** – PROFESSEUR

1^{er} ASSESSEUR: **DRISSA DIALLO** – MAÎTRE DE CONFERENCES AGREGE

2^{ème} ASSESSEUR: **SEKOU SIDIBE** – MAÎTRE DE CONFERENCES

SECRETARE PRINCIPAL: **YENIMEGUE ALBERT DEMBELE** – PROFESSEUR

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

PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	Ophthalmologie
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-histo-embryologie
Mr SIDI YAYA SIMAGA	Santé Publique
Mr. Abdoulaye Ag RHALY	Médecine interne
Mr Boukassoum HAÏDARA	Législation

**LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADED.E.R.
CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES**

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Abdou Alassane TOURE	Orthopédie Traumatologie Chef de D.E.R.
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	ORL
Mme SY Aïda SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE dit DIOP	Chirurgie Générale

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sekou SIDIBE	Orthopedie-Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthesie-Reanimation
Mr Tieman COULIBALY	Orthopedie-Traumatologie
Mme TRAORE J THOMAS	Ophtalmologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr Nouhoum ONGOÏBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Sadio YENA	Chirurgie thoracique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthesie-Reanimation

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
Mme Djeneba DOUMBIA	Anesthésie Réanimation
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie- Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophthalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophthalmologie
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie - Traumatologie
Mr Lamine TRAORE	Ophthalmologie
Mr Mady MACALOU	Orthopédie-Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/ Obstétrique
Mr Tiémoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KEITA	ORL
Mr Boureima MAIGA	Gynéco-Obstétrique

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALE

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & 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. MAÏGA	Parasitologie

Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Mamadou KONE	Physiologie

2. MAÎTRES DE CONFERENCES

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. MAÏGA	Bactériologie – Virologie

3. MAÎTRES ASSISTANTS

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

4. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOKO	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Guimogo DOLO	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Djbril SANGARE	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Mouctar DIALLO	Biologie/ Parasitologie
Mr Boubacar TRAORE	Immunologie
Mr Bokary Y. SACKO	Biochimie
Mr Mamadou BA	Parasitologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAÏGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie - Chef de D.E.R.
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie-Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie

2. MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Sahare FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie

Recherche rétrospective sur l'utilisation des antipaludiques en vue de la mise en place d'une mutuelle de santé dans la région de Sikasso

Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme DIARRA Assétou SOUCKO	Médecine interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou TOURE	Radiologie
Mr Idrissa A. CISSE	Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hépto-gastro-entérologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépto-gastro-entérologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr Soungalo DAO	Maladies infectieuses
Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEUR

Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique Chef de D.E.R
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Drissa DIALLO	Matières Médicales
Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Benoît KOUMARE	Chimie analytique
Mr Ababacar I. MAÏGA	Toxicologie

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mme Rokia SANOGO Pharmacognosie

Mr Yaya KANE Galénique

4. ASSISTANTS

Mr Saibou MAIGA Législation

Mr Ousmane KOITA Parasitologie Moléculaire

D.E.R. SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sanoussi KONATE Santé Publique

2. MAÎTRE DE CONFERENCES

Mr Moussa A. MAÏGA Santé Publique

3. MAÎTRES 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

Recherche rétrospective sur l'utilisation des antipaludiques en vue de la mise en place d'une mutuelle de santé dans la région de Sikasso

CHARGES DE COURS & 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 MAÏGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Yaya COULIBALY	Législation
Mr Lassine SIDIBE	Chimie Organique

Recherche rétrospective sur l'utilisation des antipaludiques en vue de la mise en place d'une mutuelle de santé dans la région de Sikasso

ENSEIGNANTS EN MISSION

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

DEDICACES

Je dédie ce travail à :

ALLAH le Très Haut:

Louange à Allah de m'avoir aidé, guidé et orienté dans l'élaboration de cette thèse. Ce n'est que de par sa grâce que les bonnes œuvres sont accomplies. Tous les mérites de cette thèse reviennent à lui, les erreurs et les insuffisances possibles sont les miennes.

Au Prophète : Mohamed (p s l)

Il me plaît de dédier cette thèse à l'ami sauveur universel de l'enfance, le bien aimé illettré doux prophète Mohamed (p s l), le Messager de la vérité dont le savoir est semblable à un intarissable océan donnant paix et joie à celui qui s'en abreuve. Trouvez en cette thèse l'expression de mes sentiments les plus passionnés.

A mon père MAMADOU MASSIRE DIOP

Tu m'as appris : l'amour du prochain, le pardon, la patience, le sens de l'honneur, de la dignité, du travail bien accompli. Ce modeste travail n'est que le couronnement de tes intarissables bénédictions.

A ma chère mère N'DEYE MAMOUDOU SALL

Chère mère, ce travail est le fruit de tes nombreux sacrifices et tes bénédictions, tu n'as ménagé aucun effort pour notre réussite. Je prie le tout puissant de te garder aussi longtemps que possible auprès de nous (Amen).

A mes frères et soeurs :

Malika DIOP, Madieba zeinabou DIOP, Vieux MASSIRE DIOP, Yerim DIOP, Khadija DIOP, Aissata thilla DIOP, Papa coly DIOP et Mohamed moussa DIOP.

Trouvez ici toute ma sympathie et restons unis par le lien sacré du sang.

A ma Femme : Housseina MAHAMANE KOULLOU

Les mots me manquent pour exprimer l'amour et la place que tu occupes et occuperas toujours dans la profondeur de mon être. Ce travail est aussi le tien.

Je prie ALLAH le Très Haut pour que se réalisent nos vœux les meilleurs. Qu'Allah guide nos pas et nous protège contre Satan et ses associés dans la grâce de notre Prophète Mohammad (SAW) (Amen). Trouves ici l'expression de mes sentiments les plus passionnés.

A mes oncles et tantes :

De la Mauritanie et du Mali puisses l'Être Suprême nous guider dans le droit chemin et vous accordent une très longue vie. (Amen)

A ma Belle famille du Niger

Dr Koullou MAHAMANE, Rékia GALI, Hassana, Zeinabou, Ibrahim, Haoua et toute la famille domiciliée au Niger. Acceptez ici le sentiment de mon estime, de mon respect et de la gratitude le fruit que j'ai cueilli est le vôtre.

A mes cousins et cousines:

Ely CHEIKH SY ta présence est source de réconfort qu'ALLAH exauce tes vœux, et tous les autres du Mali et de la Mauritanie trouvent ici ma reconnaissance et l'expression de mes sentiments les plus dévoués.

A Mes frères et compagnons de Tous les jours

Cheick DIOUF, Dr youssouf FOFANA .Qu'ALLAH nous garde unis comme nous le sommes.

A mes amis(e) frères et soeurs de la communauté

Mauritanienne :

Limam, Mohamedou, Hadrami , Salah, Dr Ben moulaye , Hama , Djibril, Kaza, Alia, Kardo, Aisse, Dr Sockhna, Ely Cheikh, Oumrani, Cheikh, Atef, Mouhamed, Dr Abdoulatif, Dr Albar, Dr Dieng , Dr Boushab, Dr Bouh, Dr Moulay , Dr Youba OULD SIDI MOHAMED, Dr Sidi ELWAFI , Nana OULD TALEB , trouvez ici ma reconnaissance et l'expression de mes sentiments les plus sincères .

REMERCIEMENTS

A mon pays la Mauritanie :

Que la paix et le développement soient la priorité de tes fils. Que ce modeste travail contribue à l'amélioration de l'état de santé de ta population.

Trouvez ici l'expression de notre profonde reconnaissance chère patrie.

Au Mali :

Depuis l'annonce de mon départ pour ce pays bien que pour ma propre formation j'étais tant animé de joie que de peur, vu ma méconnaissance du nouveau lieu d'accueil. Mais aujourd'hui je n'exprime aucun regret d'avoir découvert ce merveilleux pays dans lequel j'ai retrouvé amitié, fraternité et amour sans bien sûr oublier sa grande valeur de solidarité. Ce pays n'est autre que le Grand Mali. Profonde gratitude à toi cher Mali.

A la FMPOS :

Plus qu'une faculté d'études médicales, tu as été pour nous une école de formation pour la vie. Nous ferons partout ta fierté.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président du jury, Professeur Amadou DIALLO

*** Professeur agrégé en Biologie animale et Zoologie à la FMPOS**

*** Vice recteur de l'université du Mali**

Homme de science réputé et admiré par tous, nous sommes au comble du bonheur, cher maître, d'avoir accepté de présider le jury de cette thèse et cela malgré vos multiples occupations. Cher maître, au-delà de votre très grande compétence, votre savoir être et votre générosité impose le respect. Qu'Allah vous prête longue vie pleine de bonheur pour que nous puissions d'avantage bénéficier de vos expériences tant immenses, recevez ici cher maître, l'expression de nos sentiments de profonde gratitude.

A notre Maître et juge

Docteur Saibou MAIGA

Assistant chargé des cours de législation à la FMPOS

Cher maître nous avons été émerveillés par votre éloquence, votre amour pour la pharmacie, votre simplicité et votre modestie ainsi que votre sens du social vous vaut toute notre admiration. Votre présence dans ce jury est un immense privilège pour nous.

Permettez-nous cher maître de vous exprimer notre sincère reconnaissance. Qu'ALLAH exauce vos vœux .

A notre Maître et Juge.

Docteur Birama DIAKITE

Economiste de la santé chargé des recherches à l'INRSP de Bamako.

Cher maître vous n'avez ménagé aucun effort pour mener à bien ce travail.

Votre rigueur scientifique votre simplicité et surtout votre disponibilité nous ont beaucoup impressionnés.

Veuillez accepter ici, nos sentiments les plus respectueux et notre profonde gratitude. Qu'ALLAH exauce vos vœux.

A Notre Maître et Directeur de thèse :

Pr. Elimane MARIKO

- **Professeur agrégé de Pharmacologie à la FMPOS**
- **Chargé des cours de pharmacologie à la FMPOS**
- **Chargé de mission au ministère des forces armées et des anciens combattants, colonel de l'armée Malienne**

Nous vous remercions pour la confiance, que vous nous avez fais en nous proposant ce travail.

Cher maître les mots nous manquent pour vous signifier tout ce que je ressens pour vous, car plus qu'un directeur de thèse, vous avez été une source de savoir pour nous.

Votre exigence du travail bien fait, votre rigueur scientifique mais surtout votre simplicité et votre accessibilité nous ont séduit. Homme de science et Homme d'action ; C'est l'occasion pour nous de vous dire merci, cher maître, pour tout ce que nous avons appris auprès de vous. Nous priérons Allah le tout puissant de vous donnez santé et longévité Amen.!!!

Soyez assuré cher maître de notre gratitude et de notre profond respect.

ABREVIATIONS

OMS : organisation mondiale de la santé
LDH : lactodeshydrogenase
QBC : Quantitative Buffy Coast test
BEH : bulletin épidémiologique hebdomadaire
OECD : organisation de coopération et de développement économique
PAS : programme d'ajustement structurel
FMI : fond monétaire international
ONG : organisation non gouvernementale
CSCOM : centre de santé communautaire
CSAR : centre de santé d'arrondissement revitalisé
CSA : centre de santé d'arrondissement
ASACO : association de santé communautaire
PMA : paquet minimum d'activités
ESSC : équipe socio-sanitaire de cercle
PDSC : plan de développement socio sanitaire de cercle
DDT: dichloro diphenyl trichloroethane
TDR: training for research diseases
MSF: medecins sans frontières
SP: sulfadoxine - pyrimethamine
ACT: artemisine based combination therapy
AQ: amodiaquine
AS: artésunate
AT: artéméther
CQ: chloroquine

SOMMAIRE

I- INTRODUCTION

II- GENERALITES

A- GENERALITES SUR LE PALUDISME

- 1-Epidemiologie
- 2-Cycle parasitaire
- 3-Vecteur et transmission
- 4-Repartiton géographique
- 5-Physiopathologie
- 6-Diagnostic clinique
- 7-Diagnostic biologique

B- PRINCIPAUX ANTIPALUDIQUES

- 1- Amino alcool
- 2-Aryl amino alcool
- 3- Amino 4 quinoléines
- 4- Antifoliques et antifoliniques
- 5- sesquiterpènes lactones
- 6- Chimiorésistance des antipaludiques
- 7- Traitement curatif
- 8- Chimio prophylaxie
- 9- Principes de la prévention

C- Generalites sur les mutuelles de santé

- 1- Historique sur l'économie sociale et développement durable en Afrique
- 2- Pratiques d'économie populaire
- 3- Etat des mutualités en Afrique
- 4- Situation du financement des soins
- 5- Recommandations pratiques pour la perrenisation des financements des mutuelles

III- METHODOLOGIE

IV- RESULTATS

V- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

VI- CONCLUSION

VII-RECOMMANDATIONS

VIII- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

IX- ANNEXES

INTRODUCTION

Nous nous proposons d'évaluer les différentes classes pharmacologiques usitées au sein d'une population cible de la région de Sikasso lors d'une étude de faisabilité d'une mutuelle de santé. Par définition c'est une société de personnes à but non lucratif organisant la solidarité entre ses membres et dont les fonds proviennent des cotisations des membres (1). Son fonctionnement est régi par le code de la mutualité(57). Elles mènent notamment au moyen de cotisations versées par leurs membres et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs ayant droits une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide dans les conditions prévues par leurs statuts afin de contribuer au développement culturel et sanitaire de leurs membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie (1).

Par ailleurs partant du constat que le paludisme est un problème majeur de santé publique au Mali et vu le taux de mortalité sans cesse croissant malgré la mise en place de politique sanitaire approprié, nous emmènent à nous intéresser aux moyens pharmacologiques adéquats et aux voies et moyens pour réfléchir à développer les systèmes de financement de soin chez les populations urbaines en général et rurales en particulier (2) (3).

C'est dans cette optique que notre étude se propose d'atteindre les objectifs suivants :

OBJECTIF GENERAL

Evaluer les différentes classes pharmacologiques usitées au sein d'une population cible de la région de Sikasso lors d'une étude de faisabilité d'une mutuelle de santé.

OBJECTIFS SPECIFIQUES

- -Enumérer les principales préoccupations sanitaires de la population cible.
- -Estimer le besoin de la population cible en matière de mutuelle de santé.
- -Décrire les différentes classes pharmacologiques usitées au sein de cette population cible.
- -Analyser les besoins de la population en matière d'antipaludiques.

GENERALITES SUR LE PALUDISME

1- Epidémiologie

Au Mali, le paludisme est un problème majeur de santé publique puisqu'il reste la première cause de mortalité et représente à lui seul 35 % des consultations dans les établissements sanitaires bien que la plupart des cas soient traités à domicile et ne sont donc pas enregistrés (3). Le taux de morbidité, élevé surtout pendant la saison des pluies (de juillet à octobre), est estimé à environ 800 000 cas par an causant 8 000 décès, principalement chez les enfants (3)

Le paludisme est une maladie parasitaire transmise par l'anophèle qui sévit dans les régions tropicales et subtropicales (4).

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 2 à 3 milliards d'individus sont exposés au risque, le nombre de cas cliniques est évalué à 300-500 millions (4).

Environ 2 millions de malades décèdent de cette infection chaque année. L'Afrique subsaharienne est la plus touchée, l'incidence annuelle y est de 500 à 900 cas pour 1 000 habitants, alors qu'en Asie et Amérique latine, elle est seulement de 5 à 6 pour 1 000 personnes. La vogue actuelle des voyages a considérablement augmenté l'éventualité diagnostique de cette maladie dans tous les Pays (4). En

France, le paludisme d'importation est en nette progression depuis 1996, plus de 5 000 cas par an, essentiellement chez les voyageurs en provenance d'Afrique de l'ouest et centrale ; la létalité, secondaire à un retard diagnostique, y est estimée à 20 décès par an (4).

- ❖ Le paludisme est une infection due au parasitisme des globules rouges par un protozoaire du genre *Plasmodium*
- ❖ C'est une maladie transmise par un moustique vecteur : l'anophèle femelle.
- ❖ Quatre espèces parasitent l'homme :

P. falciparum, *P. vivax*, *P. ovale*, *P. malarix*

- ❖ Seul *P. falciparum* est potentiellement mortel.
- ❖ Un accès palustre doit être suspecté devant toute fièvre au retour d'un séjour en zone tropicale.
- ❖ La recherche des critères de gravité doit être systématique dans tout accès palustre.
- ❖ La recherche des parasites par frottis sanguin et goutte épaisse est à pratiquer en urgence.
- ❖ Le choix thérapeutique doit être adapté à la gravité clinique et à la présomption.

Le *Plasmodium* est un sporozoaire (*Phylum* des *Apicomplexa*) dont 4 espèces sont spécifiques de l'homme

: *Plasmodium falciparum* est l'espèce la plus fréquente et est responsable d'accès fébriles simples susceptibles de se transformer en accès graves dits pernicioeux mortels en l'absence de traitement. *Plasmodium vivax*, *Plasmodium ovale* et

Plasmodium malariae sont responsables uniquement d'accès simples.

2- Cycle parasitaire

Il s'effectue chez 2 hôtes successifs : l'homme, chez qui a lieu la reproduction asexuée ou schizogonie, et un moustique vecteur, l'anophèle femelle, où se réalise la reproduction sexuée ou sporogonie

- *Cycle chez l'homme* : il comporte 2 phases. La première, asymptomatique, suit l'injection intravasculaire par l'anophèle femelle de sporozoïtes (formes allongées de 4 à 5 μm de long), qui disparaissent du flux sanguin en une demi-heure, puis gagnent l'hépatocyte où s'effectue pendant une semaine une multiplication intense du parasite (schizogonie exo érythrocytaire). Ainsi se forment des corps bleus contenant puis libérant de nombreux mérozoïtes, stade parasitaire infestant pour les globules rouges.

Dans une seconde phase érythrocytaire, les mérozoïtes pénètrent dans l'hématie, se transforment en trophozoïtes, s'y multiplient par schizogonie intra-érythrocytaire.

Le schizonte ainsi formé (ou rosace) éclate et libère d'autres mérozoïtes qui vont parasiter de nouvelles hématies. Cette phase dure de 48 à 72 heures selon l'espèce plasmodiale. Après plusieurs cycles, se différencient quelques gamétocytes mâles et

femelles dont la potentialité sexuelle est bloquée jusqu'à l'absorption par le moustique.

- *Cycle chez le moustique* : après ingestion de sang humain parasité, le gamétoocyte mâle subit une exflagellation et produit des gamètes mâles, le gamétoocyte femelle se transforme en ovule ; puis s'effectue une fécondation dans le tube digestif du moustique avec formation d'un oocinète mobile, puis d'un oocyste où s'individualisent les sporozoïtes qui vont gagner les glandes salivaires. Ce cycle dure de 10 à 40 jours selon la température extérieure et l'espèce d'anophèle en cause.

3- Vecteur et transmission

Seules les femelles hématophages des moustiques du genre *Anopheles* transmettent le paludisme ; celles-ci piquent entre le coucher et le lever du soleil. Les larves ont besoin d'eau pour se développer. Une vingtaine d'espèces anophéliennes sont impliquées, chacune avec des conditions écologiques et biologiques différentes, dont la connaissance est indispensable à la lutte antivectorielle (4).

Hormis cette transmission naturelle, une transmission est possible par transfusion, greffe, voie congénitale, seringue.

4- Répartition géographique

En zone tropicale chaude et humide, le paludisme essentiellement à *P. falciparum* sévit à l'état endémique. Parfois des poussées épidémiques surviennent à la saison des pluies avec l'arrivée de nouveaux vecteurs et de sujets non immuns. *P. vivax* est plus rare et *P. ovale* se rencontre en Afrique là où n'existe pas *P. vivax*. En zone subtropicale, le paludisme est saisonnier et survient par petites épidémies, dues principalement à *P. vivax*. Dans les pays tempérés, le paludisme est habituellement une maladie d'importation, le paludisme d'aéroport restant rare (4).

5- Physiopathologie

La période de schizogonie exo-erythrocytaire est sans conséquence clinique. Par contre, l'éclatement des hématies parasitées produit une hémolyse avec fièvre, anémie et ictère. L'organisme réagit par une hyperplasie des macrophages se révélant essentiellement par un hypersplénisme. Progressivement, lorsque la transmission palustre est constante et régulière en zone d'endémie, s'élabore une immunité labile ou état de prémunition, non stérilisante, qui fait tolérer une parasitémie basse et rend la perniciosité rare. Cette prémunition apparaît d'autant plus précocement que la transmission est intense et disparaît rapidement en l'absence de piqûres anophéliennes.

Foie. • *Présentations atypiques* : le séjour en zone de chloroquinorésistance et la notion d'une chimioprophylaxie

parfois inadaptée ou mal suivie, sont les éléments prédisposants à une présentation atypique de l'accès de primo-invasion. Le délai de survenue peut atteindre quelques mois après le retour mais jamais plus d'un an.

Ainsi certains accès palustres survenant à l'automne sont initialement pris en charge comme un syndrome grippal avec un retard diagnostique parfois dramatique.

Une asthénie, une fatigabilité à l'effort, des céphalées récentes et rebelles, un amaigrissement, une pâleur cutanéomuqueuse, une splénomégalie modérée isolée sont les manifestations possibles de l'accès palustre atypique.

Certaines anomalies biologiques alertent le clinicien

: anémie normochrome normocytaire, régénérative avec stigmates modérés d'hémolyse [élévation des lactico-déshydrogénases (LDH), abaissement de l'haptoglobulinémie ou peu régénérative, thrombopénie, leucopénie, hypocholestérolémie, hypotriglycéridémie, absence de syndrome inflammatoire net. Non reconnues, ces formes atypiques évoluent vers l'accès palustre grave. Il vaut donc mieux évoquer ce diagnostic par excès et demander au biologiste une recherche opiniâtre du *Plasmodium*.

- *Accès palustre grave ou perniciosus* : il découle trop souvent d'erreurs évitables : mauvaise information ou négligence du voyageur face au risque de paludisme ; absente, inadéquate ou incorrectement suivie ; retard à la consultation ; diagnostic non évoqué ou récusé sur les seuls critères cliniques ; lecture

erronée du frottis sanguin (erreur d'espèce, fausse négativité)
erreur dans le traitement de l'accès simple (choix inopportun de la molécule antimalarique, posologie erronée, voie d'administration inadéquate).

Les critères de définition du paludisme grave ou pernicieux ont été définis par l'OMS, leur recherche doit être systématique et la constatation d'au moins un critère justifie un traitement parentéral urgent, éventuellement en unité de soins intensifs (4). Il en est de même pour la présence de troubles digestifs (vomissements, diarrhée) ou d'un terrain fragile (femme enceinte, enfant, sujet âgé). Chez l'adulte non immun, la complication la plus fréquente est le neuropaludisme avec coma hypotonique sans convulsion ni signe focal ; il est souvent associé à une insuffisance rénale et une anémie hémolytique d'installation retardée. D'autres atteintes viscérales sont parfois au premier plan : choc hémodynamique, oedème pulmonaire, syndrome hémorragique.

La survenue d'une infection bactérienne communautaire ou nosocomiale n'est pas rare. Chez l'enfant, les convulsions et l'hypoglycémie sont fréquentes.

6- Diagnostic clinique

La survenue d'une fièvre au retour d'un voyage récent (dans les 6 derniers mois) en zone d'endémie palustre doit faire évoquer la possibilité d'un paludisme, même pour un séjour bref (quelques

heures) et avec une chimioprophylaxie bien conduite. La méconnaissance d'un voyage en zone tropicale, la confiance excessive dans l'efficacité des mesures préventives et l'ignorance des formes atypiques représentent les principaux pièges conduisant au retard diagnostique qui transforme un accès palustre simple à *P. falciparum*, typique ou paucisymptomatique, en un accès palustre grave, potentiellement léthal (4).

✓ Paludisme à *P. falciparum*

a. Paludisme d'importation du sujet non immun

Il survient habituellement 10 à 20 jours après la piqûre infestante, mais ce délai peut atteindre quelques mois, en particulier pour une souche chloroquino-résistante chez un sujet avec une chimioprophylaxie inadéquate ou mal suivie.

• *Accès de primo-invasion* : le tableau clinique typique de l'accès simple comporte l'installation en quelques heures d'un « embarras gastrique » associant asthénie, anorexie, nausées voire vomissements, diarrhée fécale.

Précédée de courbatures, de sensation de froid intense et de frissons, la fièvre s'installe brutalement, atteignant 39 à 40°C et s'accompagne de céphalées et de sueurs abondantes. L'examen physique retient l'absence de splénomégalie ; parfois une résurgence d'herpès labial ou un discret subictère sont observés. La normalité de l'examen clinique est un argument diagnostique fort en faveur du paludisme et contre les autres causes de fièvres au retour des tropiques [amibiase hépatique,

salmonellose, arbovirose, primo-infection par le virus de l'immunodéficience humaine, hépatites virales...]. À ce stade, la notion d'un voyage récent (à toujours rechercher) avec survenue rapide et brutale d'une fièvre nue fait évoquer le diagnostic de paludisme.

- *Évolution* : si le diagnostic n'est pas posé, la fièvre devient irrégulière, en plateau ou intermittente. La succession d'une apyrexie spontanée et d'une reprise fébrile après 24 heures fait parler de fièvre tierce, mais cette évolution reste rare et ne doit pas être attendue pour évoquer le diagnostic. En effet, non diagnostiqué et non traité, tout accès palustre simple peut évoluer vers la récurrence et la perniciosité en peu de jours ; la guérison spontanée paraît exceptionnelle chez le sujet non immun.

Accident allergique : tableau sévère associe une hémolyse aiguë intense avec insuffisance rénale et défaillance hémodynamique. Les autochtones sont exposés dès l'enfance à de multiples piqûres d'anophèles et à des souches plasmodiales différentes. Après quelques années, de multiples accès palustres confèrent une prémunition responsable d'une tolérance partielle de l'infection mais ne protégeant pas des réinfections. Schématiquement, on oppose le paludisme- infection avec portage régulier et asymptomatique d'hématozoaires et le paludisme maladie avec accès palustres simples ou graves. Le paludisme-infection entraîne souvent une anémie chronique et une splénomégalie chez l'enfant, majore l'anémie de la femme

enceinte et favorise l'hypotrophie foetale ; la présence d'une parasitémie non négligeable peut faire porter le diagnostic d'accès palustre par excès et méconnaître une infection associée. Le paludisme-maladie peut se traduire par des accès palustres bien tolérés cliniquement malgré des parasitémies élevées, d'évolution favorable après traitement voire spontanément. Les accès graves touchent surtout les enfants de 6 mois à 6 ans en zone de transmission permanente, parfois plus âgés en zone de transmission saisonnière et les femmes enceintes. Trois aspects dominent le paludisme grave de l'enfant : le neuropaludisme avec coma hypertonique ou convulsions, l'anémie hémolytique sévère fébrile et l'hypoglycémie le décès peut survenir en quelques heures. Enfin, le paludisme viscéral évolutif de l'enfant est défini par l'association d'une altération de l'état général avec cassure de la courbe de croissance, d'une fébricule, d'une anémie profonde, d'un subictère hémolytique, d'une splénomégalie modérée ainsi que d'une parasitémie faible.

b. Paludisme en zone d'endémie

Pour les expatriés non immuns séjournant quelques semaines où quelques mois en zone d'endémie, la présentation peut être également typique ou trompeuse sous chimioprophylaxie ou grave. Rappelons la fièvre bilieuse hémoglobinurique qui survient chez des sujets consommant irrégulièrement de la quinine, de la méfloquine (4).

Dans le neuropaludisme, l'adhérence et la séquestration des hématies parasitées par *P. falciparum* dans les capillaires cérébraux jouent un rôle majeur. Des désordres complexes des cytokines participent aux diverses atteintes viscérales du paludisme grave.

✓ Paludisme à *P.vivax*, *P. malariae* et *P.ovale*

Les accès de primo-invasion dus aux 3 autres espèces plasmodiales ne se distinguent pas cliniquement des accès simples à *P. falciparum*. Le délai de survenue atteint plusieurs mois après le retour. Ces accès comportent classiquement une phase de frissons pendant 1 à 2 heures, une fièvre intense pendant quelques heures puis une défervescence thermique avec sueurs abondantes et asthénie. Non traités, ces accès peuvent se reproduire tous les 2 jours (fièvre tierce bénigne à *P. vivax* ou *P. ovale*) ou tous les 3 jours (fièvre quarte à *P. malarix*), s'estompent et guérissent spontanément en 1 à 2 semaines. Il n'y a jamais d'évolution vers la perniciosité. Des rechutes tardives sont possibles pour *P.vivax* et *P.ovale*, malgré un traitement schizonticide (4).

7- Diagnostic biologique

La recherche du parasite doit être effectuée devant toute fièvre, même modérée, au retour d'un séjour, même ancien, en zone d'endémie palustre, même sous chimioprophylaxie bien suivie.

En raison de la gravité du paludisme à *P. falciparum* et de l'urgence du traitement, un diagnostic rapide doit être réalisé. Aucun accès diagnostiqué et traité suffisamment tôt ne devient fatal. Par contre un retard dans le diagnostic peut entraîner le décès et est inacceptable. Au moindre doute et avant tout traitement, on doit pratiquer en urgence un examen de sang périphérique en période fébrile par frottis mince, coloré par May-Grünwald-Giemsa.

La mise en évidence des hématozoaires dans les globules rouges affirme le paludisme. Ce frottis sera examiné par un biologiste averti qui prendra le temps nécessaire à l'examen microscopique, car la parasitémie peut être faible. Le diagnostic d'espèce et l'importance de la parasitémie doivent être précisés par le laboratoire ; l'aspect morphologique du *Plasmodium* et des globules rouges parasités permet d'identifier l'espèce en cause. Des descriptions précises sont données dans des ouvrages spécialisés. *P. falciparum* est caractérisé par une parasitémie souvent élevée. La goutte épaisse est une technique plus sensible que le frottis mais délicate, qui permet de concentrer les parasites sur une petite surface, par contre le diagnostic d'espèce y est plus difficile car les globules rouges sont lysés.

Si frottis et goutte épaisse restent les examens indispensables de référence, le biologiste peut s'aider d'autres techniques de laboratoire qui sont actuellement commercialisées.

La technique dite de QBC (Quantitative Buffy Coat Test) permet de traiter une plus grande quantité de sang dans des microtubes, de concentrer et visualiser, après centrifugation, les parasites fixant l'acridine orange ; cette technique nécessite cependant un matériel adapté : centrifugeuse et microscope à fluorescence. Des tests non microscopiques par bandelettes sont aussi proposés : le Parasight F et l'ICT Malaria Pf pour *P. falciparum* qui détectent un antigène soluble spécifique ; ils ont une sensibilité équivalente à la goutte épaisse, mais ne mettent pas en évidence les autres espèces plasmodiales ; des faux positifs ont été signalés. Le test Optimal révèle des enzymes spécifiques de *P. falciparum* et *P. vivax*. Ces tests restent cependant des tests d'appoint et n'excluent pas l'examen sanguin.

La sérologie spécifique a peu d'intérêt diagnostique en dehors du paludisme viscéral évolutif ; elle a cependant 2 indications : la prévention du paludisme transfusionnel et la réalisation d'enquêtes épidémiologiques.

8- PRINCIPAUX CRITERES DIAGNOSTIC

➤ Critères majeurs

- ◆ Neuropaludisme (coma irréductible sans autre étiologie)
- ◆ Anémie grave (taux d'hématocrite inférieur à 15 % ou hémoglobine inférieure à 5 g/dL avec parasitémie supérieure à 10 000 parasites par mL).
- ◆ Insuffisance rénale (oligurie inférieure à 400 mL/24h chez l'adulte, à 12 mL/kg/24h chez l'enfant, non corrigée par la réhydratation, et créatinémie supérieure à 265 mmol/L).
- ◆ Oedème pulmonaire ou syndrome de détresse respiratoire de l'adulte.
- ◆ Hypoglycémie inférieure à 2,2 mmol/L.
- ◆ Collapsus circulatoire ou état de choc (pression systolique inférieure à 70 mmHg chez l'adulte ou à 50 mmHg chez l'enfant, associée à une peau moite et froide) .
- ◆ Hémorragies spontanées (muqueuses) ou coagulation intra vasculaire disséminée.
- ◆ Convulsions généralisées répétées (plus de 2 par 24 h, malgré les mesures de refroidissement).
- ◆ Acidémie (pH artériel inférieur à 7,25) ou acidose métabolique (bicarbonatémie inférieure à 15 mmol/L).
- ◆ Hémoglobinurie macroscopique.

➤ CRITÈRES ACCESSOIRES

- Atteintes de la conscience moindres qu'un coma.
- Prostration ou faiblesse extrême.
- Ictère clinique ou bilirubinémie totale supérieure à 50 mmol /L.
- Parasitémie supérieure à 5 %.
- Hyperthermie supérieure à 40°C (adulte et enfant) .

B- CLASSIFICATION DES PRINCIPAUX ANTIPALUDIQUES

1. AMINOALCOOL

Comprend principalement la quinine qui est un alcaloïde naturel extrait de l'écorce de quinquina, la quinine est schizonticide par action sur les lysosomes des trophozoïtes intra-érythrocytaires des 4 espèces plasmodiales ; son effet est nul au stade intra hépatique et faible sur les schizontes âgés et les gamétocytes. Sa demi-vie est d'environ 10 heures et elle est totalement éliminée par voie rénale en 24-48 heures. Utilisée sous forme de sels basiques dans du soluté glucosé à 5 % (Pour éviter toute hypoglycémie), l'administration intraveineuse doit être lente, en perfusion d'au moins 4 heures. L'utilisation de la voie intramusculaire doit être exceptionnelle, du fait du risque de nécrose ou d'abcès (4).

La posologie exprimée en quinine base doit être calculée avec attention, surtout chez l'enfant ; les différents produits commercialisés n'ont pas la même concentration :

. Quinine base : Quinimax dosé à 96 %,

Quinoforme dosé à 87,6 %, Quinine chlorhydrate

Lafran dosé à 81,7 %. Lors d'administration intraveineuses, la quininémie doit être dosée à H8 et quotidiennement pendant quelques jours ; le taux efficace et non toxique se situe entre 10 et 12 mg/L. Syndrome fréquent régressif à l'arrêt du traitement,

le cinchonisme associe acouphènes, hypoacousie, vertiges, nausées, céphalées, troubles de la vision ; il traduit l'imprégnation de l'oreille interne par la quinine mais non le surdosage (rassurer le malade). La durée du traitement est d'une semaine (4).

2. Aryl Amino-alcools

Méfloquine (Lariam) et Halofantrine (Halfan) sont des schizonticide actifs sur les souches chloroquinorésistantes, d'action plus lente que la quinine (donc non adaptées à l'accès grave) ; toutes 2 sont contre-indiquées en cas de grossesse. La méfloquine ne doit pas être prescrite à un sujet avec antécédent psychiatrique ou comitial, ni en cas d'accès palustre survenu sous prophylaxie par cette molécule. Elle peut déclencher des effets indésirables digestifs sévères, des troubles psychiatriques. Le traitement curatif par Halofantrine est souvent mieux toléré, mais peut entraîner des accidents sévères : torsades de pointes mortelles, hémolyse. Il doit être interdit aux patients à risque cardiaque : antécédent familial de mort subite, antécédent personnel de syncope, toute cardiopathie traitée ou non, prise d'un médicament pro-arythmique (antiarythmiques, antihypertenseurs, diurétiques), allongement du segment QT. Le risque d'hémolyse par mécanisme immuno-allergique fait aussi récuser les malades avec antécédents d'allergie à la quinidine.

3. Amino-4-quinoléines

La chloroquine (Nivaquine), schizonticide d'action rapide, est peu efficace sur la plupart des souches de *P. falciparum* isolées en 1998, mais reste actif sur les autres espèces plasmodiales. Bien tolérée aux doses curatives, elle déclenche parfois un prurit chez les malades à peau noire. L'amodiaquine (Flavoquine), d'élimination lente, a peu de place en thérapeutique (4).

Notons par ailleurs que la chloroquine est retirée du marché malien.

4. Antifoliques et Antifoliniques

L'association de sulfadoxine et de pyriméthamine (Fansidar) est schizonticide sur les souches chloroquino-résistantes par interférence sur la voie des folates des hématozoaires.

Utilisée en dose unique mais inefficace sur certaines souches asiatiques et est-africaines de *P. falciparum*, cette association peut entraîner des accidents allergiques sévères : épidermolyse, atteintes hématologiques. Le chlorhydrate de proguanil (Paludrine) ayant le même mode d'action est utilisé en prophylaxie (4).

D'autres molécules tel la doxycycline et l'érythromycine, inactives en monothérapie contre *P. falciparum*, sont utilisées

en association avec la quinine en cas de souches de moindre sensibilité à la quinine.

5- sesquiterpènes lactones

Dérivés de l'artémisine comprenant l'artémether, l'arteéter et l'artésunate, rapidement diffusible après administration intramusculaire profonde, actifs sur toutes les souches plasmodiales et encore plus efficaces en combinaison thérapeutique avec d'autres antipaludiques.

6- Chimiorésistance des antipaludiques

La chimiorésistance des hématozoaires est la conséquence de la large utilisation des antimalarique. La chloroquinorésistance est apparue dans les années 1960-70, d'abord en Thaïlande, en l'Afrique de l'est et en Amazonie, puis s'est ensuite étendue à toute l'Afrique sub-saharienne, en Asie jusqu'au Pakistan à l'ouest et la Nouvelle-Guinée à l'est. Une résistance aux autres antipaludéens utilisés en prophylaxie ou en thérapeutique s'est également développée (4). Seule la quinine reste une molécule toujours active, même si quelques souches de *P. falciparum* ont une sensibilité diminuée en Asie du Sud-est et Amazonie.

7- Traitement curatif

➤ Paludisme à *P. falciparum*

- Accès simple : la chloroquine n'a plus sa place dans le traitement de l'accès à *P. falciparum* du sujet non immun, du fait de l'extension de la chloroquinorésistance en particulier en Afrique.

Signalons toutefois que la chloroquine reste le traitement de l'accès simple recommandé par les ministères de la Santé de bien des pays africains, mais cela ne concerne que les sujets autochtones qui possèdent une prémunition. Pour l'accès simple, le traitement repose sur les Amino-alcools et la quinine orale.

En l'absence de contre-indications, l'Halofantrine est prescrite en une cure d'une journée avec 3 prises de 8 mg/kg espacées de 6 heures et à distance des repas ; le risque de rechute étant de 25 %, il est recommandé d'effectuer une seconde cure 7 jours plus tard. En l'absence de contre-indication, la méfloquine peut également être utilisée en cure d'une journée à raison de 25 mg/kg, répartie en 3 prises, mais entraîne fréquemment des troubles digestifs et neurosensoriels. Lorsque ces 2 Amino-alcools sont récusés, en particulier chez la femme enceinte, il convient d'utiliser la quinine par voie orale à la posologie de 25 mg/kg/j de quinine base pendant 5 jours, chez l'adulte comme

chez l'enfant. En cas de présomption de moindre sensibilité à la quinine (jungles d'Asie du Sud-est et Amazonie), il est indispensable d'adjoindre 200 mg/j de doxycycline ou 1,5 g/j d'érythromycine. Pour les accès simples avec nausées ou vomissements, le traitement est la quinine intraveineuse à la posologie est de 8,3 mg/kg de quinine base à Administrer en 4 à 6 heures (en perfusion lente ou au pousse seringue électrique) toutes les 8 heures ; le relais oral est débuté le troisième jour pour une durée totale de 5 à 7 jours. Pour tous les accès simples, la défervescence thermique survient dans les 48 heures, les frottis sanguins quotidiens affirment la disparition de la parasitémie en moins de 4 jours.

• Accès pernicieux : pour les formes graves, la prise en charge est hospitalière, souvent en unité de soins intensifs.

Après s'être assuré de l'absence d'administration préalable de méfloquine ou de quinine, il est recommandé d'effectuer une dose de charge de 16,7 mg/kg de quinine base en 4 heures pour obtenir une concentration efficace plus précoce. Quatre heures après la fin de cette dose, le traitement est poursuivi à raison de 8 mg/kg toutes les 8 heures pendant une semaine. La doxycycline intraveineuse est adjointe en cas de résistance possible à la quinine. Les traitements symptomatiques sont guidés par les complications : remplissage vasculaire prudent en cas d'hypovolémie ou d'insuffisance rénale fonctionnelle (risque d'œdème pulmonaire de surcharge), prévention de

l'hypoglycémie, ventilation mécanique en cas de troubles de la conscience, voire épuration extra rénale (4).

Chez l'enfant, le traitement anticonvulsivant et l'apport glucosé sont systématiques, la transfusion de concentrés érythrocytaires est souvent nécessaire.

Dans tout accès palustre traité, une aggravation ou une reprise fébrile doit faire rechercher une infection associée, le plus souvent septicémie ou pneumopathie bactérienne à entérobactéries, et débiter un traitement antibiotique probabiliste.

➤ Paludisme à *P. vivax*, *P. ovale*, *P. malariae*

La chloroquine (10 mg/kg/j pendant 5 jours) peros est efficace dans tout accès de primo-invasion de ces espèces mais aussi dans toute reviviscence à *P. vivax* et *P. ovale*.

8- Chimio prophylaxie

Le choix de la chimio prophylaxie est guidé par la destination et les modalités du séjour. Pour prescrire une chimio prophylaxie adaptée, il est conseillé de suivre les recommandations du Conseil supérieur d'hygiène publique de France qui sont publiées chaque année dans le *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* (BEH).

Plusieurs zones sont définies :

- Pays du groupe 0 : pas de risque, aucune chimio prophylaxie
- Pays du groupe 1 : pas de chloroquinorésistance. La chloroquine (Nivaquine 100 mg/j pour l'adulte ou

1,5 mg/kg/j pour l'enfant) est indiquée pendant la durée du séjour et 4 semaines après le retour ;

- Pays du groupe 2 : prévalence de la chloroquinorésistance modérée. L'association chloroquine-proguanil est conseillée pendant la durée du séjour et 4 semaines après le retour, soit 1 comprimé par jour de Savarine pour l'adulte ou l'association de 1,5 mg/kg/j de chloroquine et 3 mg/kg/j de proguanil (Paludrine) ;

- Pays du groupe 3 prévalence élevée de chloroquinorésistance et multirésistance.

- Le paludisme est une maladie grave, c'est une urgence.
- Tout retard à la consultation, au diagnostic, au traitement adapté, peut être fatal.
- Les formes trompeuses sont fréquentes sous chimioprophylaxie.
- Le laboratoire doit préciser l'espèce plasmodiale et le taux de parasitémie.
- Le traitement oral est réservé aux accès sans gravité ni intolérance digestive.
- La quinine intraveineuse est le traitement de l'accès pernicieux à *P. falciparum*.
- Aucune chimioprophylaxie même respectée n'est efficace à 100 %.

9- PRINCIPES DE LA PRÉVENTION DU PALUDISME

Aucun moyen préventif n'assure à lui seul une protection totale. Plusieurs mesures doivent être associées.

❖ Information du patient

Qu'il soit touriste ou migrant, en particulier africain vivant en France, le voyageur doit être informé du risque de paludisme et de la nécessité d'une consultation précoce au moindre symptôme survenant dans les semaines suivant le retour.

❖ Réduction du risque de piqûre moustiques

Pour éviter les piqûres d'anophèles, le voyageur doit s'abstenir de séjourner à l'extérieur après le coucher du soleil, vivre dans des pièces protégées par des grillages aux ouvertures ou climatisées, utiliser des insecticides et des répulsifs (insectifuges) sur les parties découvertes du corps (durée de protection 2 à 5 heures), dormir sous des moustiquaires imprégnées de pyréthinoïdes.

❖ Prise de Chimio prophylaxie

Laisser partir un voyageur sans prophylaxie en zone de transmission intense (Afrique, Amérique latine et Asie forestière) est dangereux. Pour choisir une Chimio prophylaxie, il est recommandé de prendre l'avis d'un centre de conseils aux voyageurs qui dispose d'informations sur le risque de

transmission et l'existence d'une chimiorésistance dans le pays visité.

4. Vaccination

Aucune modalité vaccinale n'a actuellement fait sa preuve malgré quelques succès partiels, les difficultés étant l'isolement de fractions vaccinales parmi une multiplicité antigénique de stades parasitaires et l'absence de modèle animal. Une dizaine de vaccins sont actuellement en cours d'étude privilégiant la phase pré érythrocytaire du parasite (4).

C- GENERALITES SUR LES SYSTEMES DE MUTUELLE DE SANTE

Dans la plupart des pays développés, les systèmes de financement collectif ont largement remplacé la prise en charge financière des soins de santé par les individus (5). Au début du 20ème siècle, les associations d'entraide et les fonds d'assurance maladie avaient déjà commencé à supporter le revenu et à financer l'accès aux médecins et aux hôpitaux en cas de maladie. Actuellement, à l'exception du Mexique, de la Turquie et des Etats-Unis d'Amérique, tous les pays de l'OECD offrent à leur population respective une couverture maladie universelle (5).

Malheureusement, comme avant le 19ème siècle en Europe, les ménages, dans la plupart des pays en développement,

supportent eux-mêmes leurs frais de soins de santé au lieu d'être couverts par un système de financement collectif. Ces paiements effectués directement par les usagers représentent jusqu'à 80 pour cent des dépenses totales de santé. Les paiements directs, particulièrement dans le cas des consultations médicales et des médicaments, continuent d'être une pratique répandue dans de nombreux pays à bas et moyen revenu. Plusieurs raisons expliquent ce phénomène (5).

Premièrement, dans les pays à bas revenu, les communautés rurales et le secteur informel constituent généralement une portion importante de la population, ce qui limite la capacité des gouvernements à collecter des taxes (5).

La propension et la capacité de payer des populations pour les soins de santé sont souvent plus élevées que leur désir de couvrir les frais médicaux par le biais des impôts. Le second obstacle est issu du partage du risque financier. La gestion des risques exige le transfert de ressources des riches aux pauvres, des personnes en bonne santé aux malades et des salariés aux chômeurs. L'évasion fiscale étant une pratique très courante dans les pays à bas et moyen revenu, il arrive souvent que les riches échappent à leurs obligations fiscales, privant ainsi l'État des fonds nécessaires pour subventionner les besoins des pauvres. Finalement, pour diverses raisons, les groupes les plus aisés financièrement bénéficient généralement davantage que les pauvres des dépenses publiques et des subventions dans le domaine de la santé (5). De plus, les maigres ressources

publiques destinées aux paysans et aux pauvres des zones urbaines sont souvent gaspillées à financer des soins inappropriés.

L'un des défis les plus urgent et difficile auquel les pays à bas et moyen revenu doivent faire face est de donner accès aux soins de santé aux quelques 1,3 milliard de pauvres vivant en zones rurales et travaillant dans le secteur informel. Cette étude offre un éclairage fascinant sur la contribution du financement communautaire et des mutuelles de santé dans la poursuite, qui sera longue et ardue, d'une meilleure protection financière contre les maladies et d'un meilleur accès aux soins de santé (5).

C-1- HISTORIQUE SUR ÉCONOMIE SOCIALE ET DÉVELOPPEMENT DURABLE EN AFRIQUE

Lorsqu'on se réfère à l'histoire, on constate que l'économie sociale a tendance à faire un retour en force dans les pratiques populaires, à des périodes de crises sociales, économiques et politiques très aiguës (6). C'est la raison pour laquelle, sans doute, Gueslin (1987) dit que l'économie sociale est un “vocabulaire éclipse” qui a été inventé au XIXe siècle. À ces périodes dures, les acteurs collectifs les plus frappés par la crise, en général devenus les laissés-pour-compte de l'État (ou de l'instance qui en tient lieu) et du marché, prennent alors des initiatives pour donner des réponses à leurs besoins de survie et de vie. Ainsi, divers travaux consacrés aux pays d'Europe ont montré que les vagues de développement de l'économie sociale correspondaient, toutes choses étant égales par ailleurs, aux grandes mutations du capitalisme (Chanteau, 1995).

Le regain de vie de l'économie sociale au cours des vingt dernières années aussi bien au Nord qu'au Sud représente la réponse que les mouvements sociaux tentent d'apporter aux problèmes de chômage, de précarité, d'exclusion sociale, de pauvreté que connaissent les personnes, les collectivités locales et régionales. Au total, on peut dire que la remontée générale de l'économie sociale est, dans une certaine mesure, la riposte à la mondialisation de l'économie de marché, au recul de l'Etat Providence dans différents domaines de la vie sociale, aux effets pervers des Programmes d'ajustement structurel (PAS) dans les

pays en développement et à la promotion des pratiques de la gouvernance dans les pays du Nord et du Sud (Defourny, Favreau et Laville, 1998 ; Boucher et Tremblay, 1999) (6).

Dans le cas plus particulier de l'Afrique subsaharienne, il est intéressant de noter que les organisations locales de solidarité, de mutualisme et de coopération existaient avant la colonisation européenne. Ces organisations ont émergé et se sont développées au sein des sociétés africaines en réponse à des besoins sociaux, matériels et culturels spécifiques. Elles ont évolué dans le temps en prenant diverses formes et divers modes de fonctionnement, pendant la période coloniale et post coloniale (7,8). C'est ainsi que par exemple, la persistance de l'incapacité des États post coloniaux à satisfaire les besoins fondamentaux des populations en matières d'alimentation, de santé, d'éducation, de logement, etc. depuis les années 1960 ou quatre décennies, a eu pour effet le développement quasi-permanent par les populations rurales et urbaines d'une forme d'économie sociale. Celle-ci est donc datée et située. Autrement dit, l'économie sociale en Afrique a, elle aussi, une historicité.

Mais les initiatives d'économie sociale au sein des populations africaines ont été longtemps sous-estimées et méconnues par les États post coloniaux ainsi que par les organisations multilatérales de développement et de coopération internationale ; et cela depuis les années 1960 jusqu'à la restauration du concept de gouvernance dans les années 1990 en passant par l'application des Programmes d'ajustement structurel (PAS) imposés dans les années 1980 par les institutions de Brettons Woods, à savoir la Banque mondiale et le Fond monétaire internationale (FMI). Par

ailleurs, l'économie sociale a constitué depuis longtemps un champ d'étude et de recherche des socio anthropologues africains (10 ; 9) et africanistes (Olivier de Sardan, 1985 et 1995 ; Peemans, 1997). Ces études et recherches ont mis en lumière les activités concrètes d'économie sociale dans divers secteurs ainsi que leurs contributions originales au développement dans les zones rurales et les urbaines des pays d'Afrique(6).

Depuis lors et la crise du développement aidant, l'économie sociale semble acquérir une certaine reconnaissance des experts nationaux et internationaux du développement. C'est dans cette perspective qu'il convient de situer l'intégration, dès le début de 1990, du concept de gouvernance dans les discours développementalistes des experts de la Banque mondiale et du FMI (Osmont, 1998). La gouvernance suppose un partenariat entre le secteur public, le secteur privé et la société civile ou les mouvements sociaux. Or un des acquis, certes limité, des mouvements de démocratisation en Afrique au sud du Sahara au cours de la décennie 1980-1990, a sans doute été l'émergence ou plutôt la (re)émergence d'espaces quasi-autonomes ayant permis le regain de vie d'organisations et d'associations issues de la société civile. Faisant une rupture épistémologique avec les thèses africanistes qui nient l'existence d'une société civile en Afrique au sud du Sahara, Célestin Monga appréhende cette notion sous l'angle de l'historicité et en vient à proposer ainsi une définition adaptée. Pour lui dans le contexte africain, l'expression " société civile " désigne tous ces " lieux d'éclosion des ambitions des groupes sociaux, et d'élaboration des modules d'action pour un supplément de liberté et de justice " (11). Sous une formule

lapidaire, l'auteur veut signifier que la société civile en Afrique noire est constituée de tous ceux et celles qui “ gèrent la colère collective ” contre l'autoritarisme et le “ sous-développement ”.

Dans le cadre politique actuel de la gouvernance, il est intéressant de faire une analyse de l'économie sociale comme mécanisme susceptible de contribuer au développement durable en Afrique subsaharienne. Ce texte tente de montrer que la mise en application véritable de la gouvernance dans les pays de la sous région, peut favoriser, à certaines conditions, le déploiement des activités d'économie sociales sur une plus grande échelle. Intégrée, par ailleurs, dans les politiques nationales et les programmes de développement et de coopération internationale, l'économie sociale permettrait le passage des pratiques de survie aux pratiques de développement durable (6).

La structure du texte se présente comme ceci. Nous faisons d'abord un historique de la notion de gouvernance depuis la crise des empires européens d'outre-mer au XVIIIe siècle jusqu'à la crise du développement des pays du Tiers-monde dans les années 1980. Cet historique débouche sur une définition de la notion de gouvernance. Ensuite, nous montrons comment les PAS ont eu pour effet de donner un regain de vitalité aux pratiques d'économie populaire (une forme d'économie sociale) en Afrique au sud du Sahara. Enfin, dans une troisième et dernière partie du texte, nous présentons une réflexion sur le levier qu'une gouvernance véritable est susceptible de constituer pour la consolidation de l'économie sociale ; économie sociale qui ferait passer les pratiques de subsistance à un niveau de vie plus

Recherche rétrospective sur l'utilisation des antipaludiques en vue de la mise en place d'une mutuelle de santé dans la région de Sikasso

élargi, et pourrait devenir ainsi un tremplin au développement durable en Afrique.

C-2. Notion de gouvernance : des théoriciens des empires aux experts des pays en développement

La gouvernance, comme idée traduisant une pratique spécifique de gestion des affaires d'un grand ensemble géopolitique, n'est pas en soi nouvelle dans l'histoire des rapports entre l'Afrique et l'Europe Occident. En fait, les experts des institutions de Brettons Woods n'ont fait que restaurer et réintroduire en Afrique post coloniale le concept de bonne gouvernance à la fin des années 1980, à l'heure des bilans et des réflexions concernant les PAS mis en place depuis 1980. Historiquement l'origine du terme “gouvernance” remonte, selon Padgen (1998), aux tentatives faites d'abord au XVIIe et ensuite au XVIIIe pour résoudre les conflits qui avaient éclaté entre les États d'Europe, en l'occurrence l'Espagne, la France et la Grande-Bretagne, qui possédaient des empires d'outre-mer depuis le XVIe siècle (12). Selon Emmanuel Kant (1724-1804), la résolution de ces conflits résiderait dans la restauration d'une communauté dite “cosmopolitisme” dont le rôle serait d'instaurer une représentation nouvelle des droits subjectifs capable de changer les relations internationales en un système fondé désormais sur la coopération mutuelle entre les États, et non plus sur la concurrence implicite. Kant appelle “gouvernance” cet idéal type du système social et politique mondial fondé sur l'ordre républicain (12).

Les idées de Kant sont donc d'actualité. Les grands penseurs contemporains de la coopération internationale sont aujourd'hui les experts de la Banque mondiale et du Fonds monétaire international (FMI). La mondialisation est une réalité de plus en plus marquante dans les années '80. En 1989, le bloc communisme s'effondre. C'est la fin de la guerre froide. La même année, les experts des institutions de Bretton Woods constatent qu'il y a une crise de la gouvernance en Afrique : *crisis in governance*. Cette crise expliquerait les ratés du développement dans le continent. Pour s'en sortir, les États de l'Afrique post coloniaux devraient être insérés dans un " voisinage global " dont l'ordre procéderait non point d'un gouvernement, mais de la " gouvernance ". Depuis que la Banque mondiale a eu recours au concept de gouvernance dans la littérature, elle a généralement associé ce terme à la politique dans le monde en général, et en particulier au développement dans le monde post colonial (13).

En d'autres termes, la gouvernance est associée à la coopération et au développement international, même si la littérature de la Banque mondiale met en général plus l'accent sur la *gouvernabilité* des États nationaux des pays en développement. En dernière analyse, précise Pagden, le concept de gouvernance " relève manifestement d'une tentative plus ambitieuse pour trouver aux relations internationales une caractérisation nouvelle qui ne vaille pas seulement pour les États, mais aussi pour des organismes non étatiques et ostensiblement non politiques, et surtout pour les institutions monétaires internationales et les entreprises multinationales " (12).

Par sa genèse et son évolution à travers le temps et l'espace, la gouvernance se présente aujourd'hui comme une notion complexe produite par des études reliées à diverses disciplines des sciences sociales et des sciences humaines : philosophie, économie, science politique, administration publique, étude des organisations, étude du développement, relations internationales, etc.

En s'inspirant du Programme de recherche sur la gouvernance locale du Conseil de la recherche économique et sociale du Royaume-Uni, le politologue britannique Gerry Stoker propose un cadre conceptuel pour l'étude de la gouvernance (14). Ce cadre est articulé autour de cinq propositions clés. Celles-ci mettent en lumière certaines caractéristiques fondamentales de la notion de gouvernance, et s'énoncent successivement dans l'ordre suivant :

- *La gouvernance fait intervenir un ensemble d'institutions et d'acteurs qui n'appartiennent pas tous à la sphère du gouvernement ;*
- *En situation de gouvernance, les frontières et les responsabilités sont moins nettes dans le domaine de l'action sociale et économique ;*
- *La gouvernance traduit une interdépendance entre les pouvoirs des institutions associées à l'action collective ;*
La gouvernance fait intervenir des réseaux d'acteurs autonomes ;
- *La gouvernance part du principe qu'il est possible d'agir sans s'en remettre au pouvoir ou à l'autorité de l'État. Celui-ci a pour rôle d'utiliser des techniques et des outils nouveaux pour orienter et*

Recherche rétrospective sur l'utilisation des antipaludiques en vue de la mise en place d'une mutuelle de santé dans la région de Sikasso

guider l'action collective (15). *Ces propositions ne s'opposent pas, mais elles sont au contraire complémentaire* (6).

La recherche scientifique étant cumulative, le modèle conceptuel de Stoker peut valablement être raffiné par des propositions issues d'auteurs qui ont analysé la gouvernance sous d'autres aspects et selon d'autres approches. Selon le sociologue Britannique JESSOB Bob (16), les changements structurels de l'économie politique au cours des dernières décennies demandent un nouveau paradigme de coordination de l'économie, du politique et du social. La coordination de *type hiérarchique*, qui a prévalu jusque là entre des marchés des États et des partenariats, est devenue caduque dans le contexte de la mondialisation du néolibéralisme. La coordination appropriée doit être maintenant de *type hétérarchique*. L'hétérarchie renvoie à l'idée d'acteurs sociaux différents qui assument en collégialité la coordination d'une action collective donnée.

Dans la rhétorique des néo-libéraux spécialistes de la gouvernance, les réformes de la politique macro-économique impliquant la décentralisation et la privatisation, devraient favoriser l'ouverture de nouvelles possibilités pour consolider l'autonomie, l'esprit d'entreprise et la participation des acteurs sociaux individuels et collectifs au développement local, régional et national de leur pays. Dans le même ordre d'idée, " la société civile se trouverait affermie et à même de réformer des pouvoirs publics figés et non soumis à l'obligation reditionnelle " (18). Si dans les discours des institutions créancières internationales, les liens entre les réformes de l'économie libérale, la bonne

gouvernance, la démocratie et la société civile sont manifestement soulignés, la nature de ces liens est toutefois variable d'une institution à l'autre selon qu'il s'agisse des institutions de Bretton Woods ou des institutions bilatérales de pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). C'est à partir du cadre conceptuel ainsi défini que nous tenterons de faire une analyse de la gouvernance en Afrique (6).

La montée du néolibéralisme économique dans les pays du Nord de façon générale et en Grande Bretagne et au États Unis d'Amérique en particulier, amena les Nations Unies, dès le début des années 1980, à penser les réformes nécessaires pour “ débloquer les systèmes économiques enrayés du Tiers Monde et limiter les risques de transferts de crédits vers des pays de moins en moins solvables ” (21). Les pays d'Afrique au sud du Sahara n'échapperont pas à ces réformes, mais ils seront remis à l'heure de l'économie de marché. Dorénavant, les Programmes d'ajustement structurel (PAS) proposés par les institutions de Bretton Woods constituent la plate-forme des politiques économiques des États africains. La négociation des PAS a certes été faite selon la stratégie propre à chaque État. Cependant, toutes tendances idéologiques et stratégiques confondues, “ les États africains ont été amenés à mettre en œuvre, avec des variantes, une panoplie de mesures de libéralisation de l'économie : dévaluation, réduction du déficit budgétaire, démantèlement du secteur public, abolition des mesures interventionnistes, notamment sur les prix, recherche de la compétitivité internationale, etc. ” (6).

On assiste à un véritable désengagement de l'État dans les secteurs aux finalités sociales, déjà éprouvés dans les décennies 1960-1970 et 1970-1980. Les effets pervers des PAS n'ont donc pas tardé à se manifester. Ainsi, la réduction des dépenses publiques, la précarité de la situation financière des pays ont eu des incidences négatives sur les programmes sociaux en faveur des populations pauvres. Les dépenses par habitant, en termes réels, dans les secteurs de la santé et de l'éducation, ont été souvent réduites du quart et parfois de la moitié par rapport à ce qu'elles étaient dans les années antérieures. Du point de vue macro-économique, certains résultats encourageants ont été certes enregistrés dans certains pays. Mais ces résultats ne sont pas aussi bons qu'ils pourraient l'être. Les taux actuels de croissance dans les pays africains les mieux placés sont toujours trop bas pour pouvoir escompter un recul marqué de la pauvreté dans les 20 ou 30 années à venir. Jusqu'ici, les progrès réalisés n'ont fait que ramener les pays à leur tendance historique de croissance faible, et on ne sait pas encore s'ils sont en train de passer à une trajectoire de croissance plus forte (22).

Au total dans la seconde moitié des années 1970, l'application des PAS a ébranlé socialement et politiquement les régimes africains qui étaient, pour la plupart, des dictatures. " Au cours des dernières années, écrit Achille Mbembe dans un article paru en 1992, l'ajustement de leurs économies à la contrainte externe a accentué la crise de légitimité dont souffraient déjà maints régimes africains, civils et militaires " (24). Les États africains devaient résoudre non seulement cette crise de légitimité, mais continuer également d'appliquer les PAS. Cependant, la nouvelle

donne suppose un nouveau style de régulation sociétale. Dans cette perspective, il fallait que les États africains entreprennent des réformes politiques institutionnelles qui leur permettraient de maîtriser à leur avantage les recompositions sociales induites par le procès d'ajustement lui-même.

Or le “ temps mondial ” était à l'économie de marché et le vent de la démocratie de marché semblait souffler aussi, se “ mondialiser ”. Dans l'Afrique subsaharienne économiquement “ ajustée ” mais accumulant un “ déficit démocratique ”, les réformes politiques appropriées devraient donc aller dans le “ sens d'une libéralisation de la vie politique ” (6). Dès 1984-1985, au moment où les accords de Lomé allaient se renouveler, la démocratie et l'État de droit avaient déjà été posés comme conditionnalité (20). Pour la première sans doute, on admettait publiquement qu'en Afrique aussi l'économie libérale devrait rimer avec un régime politique démocratique, et de préférence la démocratie libérale (25). Mais la *conditionnalité institutionnelle de la démocratisation* ne sera une norme politique des grandes instances financières internationales qu'à la fin des années 1980. C'est-à-dire plus exactement lorsqu'il a été constaté que les Programmes d'ajustement structurel (PAS) ne donnaient pas les résultats escomptés. Le concept de *governance* (gouvernance) (re)surgit en 1989.

“ C'est à l'occasion de discussions soulevées par l'étude de prospective à long terme concernant l'Afrique au sud du Sahara, en 1989, qu'a surgi la thématique de “ governance ”, en rapport avec le développement économique. Constatant les échecs répétés de l'ajustement, les experts de la Banque en viennent à

recommander d'agir en amont, afin de fournir au développement un cadre politico-institutionnel adéquat. Le débat est activé aussi par les rapides changements politiques intervenus en Europe de l'Est, en Amérique latine et dans certaines parties de l'Asie et de l'Afrique... ” (26).

Dès lors, les experts de la Banque mondiale et du FMI ont commencé à formuler quelques questions d'ordre théorique comme quelles seraient les conditions sociales et politiques (idéales) qui favoriseraient l'instauration des gouvernements :

- ❖ *compétents en matière de gestion des affaires publiques ;*
- ❖ *politiquement légitimes* et capables de mettre en œuvre un processus sociopolitique consensuel susceptible d'appliquer de façon efficace les PAS ?

La prise en compte des dimensions politiques dans la résolution de la crise économique de l'Afrique noire par l'approche néolibérale des PAS purement économiste, adoptée jusqu'ici, fut officiellement formulée sous forme de problématique théorique dans une étude prospective du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) de la Banque mondiale (13). Ainsi émergea une nouvelle “ approche africaniste du développement ” : *l'approche de la gouvernance*. Cette approche est qualifiée de “ nouvelle ” en ce sens que “ l'Occident-Régulateur ” du développement dans le monde a voulu, dans les années 1980, la considérer comme le référentiel officiel pour aborder les questions théoriques et pratiques du développement de l'Afrique (28 ; 29 ; 30).

Du point de vue des sciences sociales africanistes appliquées au développement, le cadre conceptuel de la gouvernance est encore à l'état embryonnaire. Les travaux qui y sont consacrés sont

parcellaires et épars. Une démarche méthodique d'analyse documentaire permet toutefois de dégager de ces travaux des données pertinentes pour construire un cadre conceptuel paradigmatique approprié à une étude des pratiques de la gouvernance en Afrique. Nous rappelons ici les propositions essentielles d'un tel cadre que nous avons eu l'occasion de définir ailleurs (25).

Ce cadre permet de montrer que les lieux où se sont opérés et où continuent de s'opérer les logiques et les stratégies des pratiques sociales des populations, du "monde d'en-bas" sont les secteurs dits "informels", qui ont été longtemps perçus comme des économies marginales et des pratiques sociales de non modernisation de l'Afrique. Or le domaine de l'"informel", qui comprend *grosso modo* la petite production marchande, les petits métiers, les petites entreprises, l'artisanat, les petits commerces des centres urbains et les organisations agro-pastorales et communautaires des paysanneries africaines, etc., occupe une place importante dans les activités sociales et économiques en Afrique noire (7 ; 31 ; 32). Durant toute la période dite de "décennies perdues pour le développement de l'Afrique", les potentiels des acteurs collectifs que représentent les organisations paysannes et les populations laborieuses urbaines ont été curieusement embrigadés et confinés par les politiques interventionnistes des États post coloniaux ainsi que par le volontarisme des organisations internationales de développement. Les programmes de développement par le "haut" qui s'échelonnent sur la période de 1960 à la fin de 1970, sont les exemples concrets de ces politiques dans les milieux paysans et

urbains (10 et 33). Les paysanneries, les entrepreneurs, les artisans, les commerçants, etc. africains se sont bien prêtés officiellement à ces jeux qui allaient dans une large mesure contre leurs intérêts. Cependant, par des stratégies “ officieuses ” mais réelles, ces “ gens d'en-bas ” se sont repliés dans les “ maquis ” ou dans les circuits parallèles aux lieux officiels pour s'organiser comme producteurs et écouler leurs produits à de meilleurs prix. C'est donc dans ces “ maquis ” qu'ils conserveront leur vitalité et leur essence de société civile. Ainsi de façon paradoxale peut-être, les ajustements économiques et politiques imposés par les créanciers internationaux “ ont souvent été contrecarrés par un regain de vitalité de la société civile ” (34).

C-3. Regain de vitalité des pratiques d'économie populaire.

L'adage qui stipule que la “ nécessité donne l'esprit ” s'applique fort bien à l'économie sociale. En effet, l'histoire nous apprend que c'est sous l'influence de besoins importants non satisfaits que, généralement, les pratiques d'économie sociale émergent au sein d'un groupe social, d'une collectivité ou d'une société pour donner des réponses appropriées aux difficultés ressenties avec acuité par les individus et les catégories sociales plus défavorisés. Il s'agit d'une donnée de l'histoire de l'aventure humaine ici-bas. En cela, on ne saurait guère avancer la fameuse thèse de “ l'exceptionnalité africaine ” (6).

En Afrique, depuis qu'il est question de développement, de nombreuses initiatives ont été portées par les mouvements paysans et les mouvements de travailleurs, pour relever les défis communs lancés par les effets pervers importants que ce

développement produit sur leurs conditions de vie. À bien les observer, ces initiatives s'inscrivent dans le cadre de l'économie sociale. Mais la notion d'économie sociale et ses activités concrètes souffrent d'une double carence relative à leur reconnaissance. D'abord, le concept est très rarement évoqué par les grandes théories économiques, et par ricochet, il est généralement méconnu par les économistes (35). Au cours des premières décennies de l'aide au développement de l'Afrique, les théoriciens et les experts du développement n'ont presque pas fait référence à la notion du tiers secteur. Ce n'est que récemment que l'économie sociale est devenue un champ d'études et de recherche de quelques rares universitaires (36 ; 37 ; 31).

Par ailleurs, le concept de *secteur informel* a été utilisé pour désigner des pans entiers d'activités socio-économiques qui se déroulent de façon autonome par rapport aux systèmes de production des biens et services des pouvoirs publics ; systèmes dits " modernes ". Aujourd'hui, il existe un fort courant de pensée qui reconnaît les capacités motrices propres au tiers secteur en Afrique. Cependant, ses partisans préfèrent employer le terme *économie populaire* comme synonyme d'économie sociale (6). Pour Peemans en particulier, l'économie informelle en Afrique, c'est l'*économie populaire* séculaire qui appartient à un " tissu de production " existant avant la colonisation, mais qui a été à la fois marginalisée et diversifiée par cette dernière et pendant une bonne partie de la post colonie (31).

De son côté, Penouil croit que le secteur que l'on qualifie à tort ou à raison d'informel est en réalité un lieu d'initiatives et d'actions innovantes de survie dans un contexte de précarité,

d'exclusion et de paupérisation (38). En outre, des activités informelles ou des pratiques d'économie populaire sont des formes d'indigénisation de l'économie moderne par un processus de combinaison et de réinterprétation des éléments culturels empruntés à l'autochtone et à l'importer ou à la modernité occidentale. En résumé, on peut dire avec Penouil que “ les activités informelles sont avant tout une forme particulière de la dynamique sociale dans les sociétés en développement. Elles sont une réponse de la société aux besoins nouveaux, aux mutations structurelles, aux contraintes sociales résultant de l'influence du développement transféré sur toutes les catégories sociales ” (38). On peut distinguer deux grandes catégories d'activités dans l'économie populaire :

- une première catégorie regroupe les initiatives individuelles et les stratégies ponctuelles d'assistance (l'étage du rez-de-chaussée de l'édification économique de Braudel)
- une deuxième catégorie comprend les initiatives socio-économiques portées par des groupes dont la taille dépasse le cadre d'une seule famille, comprenant même la famille élargie, et dont les biens et les services sont destinés à un nombre relativement important de personnes ou une collectivité plus large. C'est cette seconde catégorie d'organisations d'économie populaire en Afrique qui, toutes choses étant égales par ailleurs, peuvent s'apparenter à l'économie sociale dans son acception et ses pratiques contemporaines. Mais l'observateur doit toujours en faire une application très contextualisée, dans la mesure où toutes les pratiques sociales s'enracinent dans des socles

Recherche rétrospective sur l'utilisation des antipaludiques en vue de la mise en place d'une mutuelle de santé dans la région de Sikasso

socioculturels spécifiques et ne peuvent être adéquatement appréhendées qu'à travers ces socles.

La notion d'économie populaire telle que définie par Peemans met justement en évidence les articulations singulières entre certains attributs du processus d'accumulation dans les lieux de l'Afrique profonde. En termes plus exacts, elle permet de saisir les articulations entre les *dimensions économiques et sociales* de la petite production marchande (*économie populaire*), articulations qui seraient propres à l'*homo africanicus*. “ Les divers types de propriétaires des micro entreprises de “ l'économie populaire ” fonctionnent à la fois comme agents économiques sur le marché et comme acteurs sociaux dans un milieu de vie. La singularité de l'encastrement de la petite production marchande dans le tissu social a été bien mise en valeur par T. Omasombo et H. Leclercq ” (31).

Les travaux de ces auteurs et d'autres enquêtes ont montré qu'en Afrique, les activités d'économie populaire sont traversées par différentes logiques : l'*économie de subsistance* peut faire bon ménage avec une *économie de production* visant à dégager un *surplus* ; ces deux formes d'économie combinent une *logique sociale de reproduction de la position sociale* et de *rappports sociaux* de convivialité. Les relations d'*affection* tendent à marquer de façon importante les activités informelles. “ À cet égard, écrit Peemans, il faut distinguer le rôle des rapports familiaux et celui de l'ethnicité ” (31). En effet, la plupart des études sur l'économie montrent que les liens familiaux et ethniques jouent un rôle important dans la création et le fonctionnement des petites activités. Par exemple, on constate une concentration et une

domination de certains groupes ethniques dans des activités particulières comme les taxis et la friperie (les *Lokele* au Congo Démocratique), le commerce des tissus (les femmes *Mina* et *Ewé* au Togo), la menuiserie, la couture, la vente des pièces usagées (les *Topoke* au Congo Démocratique). Au total, le terme d'économie populaire est utilisé pour désigner “ l'expansion de nombreuses petites activités productives et commerciales qui se développent selon une autre logique que celle du monde capitaliste même si elles sont encerclées par ce dernier: travail indépendant, micro entreprises familiales, coopératives, artisans organisés, etc. ” (31). Par ailleurs, l'auteur met en lumière les caractéristiques qui distinguent l'économie populaire de l'économie capitaliste classique. Alors que dans celle-ci l'entrepreneur est celui qui apporte le capital, et qui cherche à le rentabiliser, dans celle-là “ les micro entreprises sont organisées par le sujet qui apporte le facteur travail, et visent la satisfaction des besoins des acteurs impliqués: famille, communauté, groupe de travailleurs, néo-lignages, etc. ” (6).

Depuis la fin des années 1980, on a assisté en Afrique noire à une véritable explosion d'organisations d'économie populaire de type mutualiste et de type associatif, et aussi à un renouvellement et à un renforcement des organisations de type coopératif. Toutes assument de manière plus ouverte que par le passé, des fonctions de production économique, de médiation sociale et politique, dans un cadre qu'on peut qualifier de pluralisme de fait. C'est ainsi que des enquêtes dans des observatoires des régions rurales ont permis d'appréhender les réalités des campagnes africaines sous un éclairage nouveau. Ces

travaux ont mis en lumière l'existence des réalités socio-économiques paysannes et urbaines qui s'apparentent à l'économie populaire : tendance à l'effervescence de micro initiatives fondées sur des logiques de réseaux qui structurent à la fois les villages et leurs rapports aux villes, logiques d'accessibilité à la terre, logiques de mouvements paysans (associations villageoises, fédérations nationales d'organisations paysannes, syndicalisation, confédérations régionales, organisations de coopératives, de mutuelles dans tous les domaines et d'association de défense des droits humains (39 ; 31 ; 11).

Toutes ces pratiques populaires ont pour objectif concret l'amélioration des conditions de vie des gens dans leurs localités, villages, villes ou région. Les activités d'économie populaire vont de la survie à une reconstruction des liens sociaux ou de la cohérence sociale, sans cesse recherchée par tout groupement humain pour assurer son existence. Les acteurs individuels et collectifs de ces pratiques sont en général le " monde d'en-bas ", les petits paysans, les artisans et les commerçants, les hommes, les femmes et les jeunes qui ont toujours existé et vécu dans la " société profonde ", la " société cachée". Dans les discours sur le développement, ces gens qui représentent environ 90 % de la population dans chaque pays n'existaient pas comme acteurs mais comme sujets du développement (6).

Au cours des dernières années, les organisations d'économie populaire en Afrique ont fait l'objet d'études et de recherche (36). Nous pouvons citer également les nombreuses initiatives de

Recherche rétrospective sur l'utilisation des antipaludiques en vue de la mise en place d'une mutuelle de santé dans la région de Sikasso

coopération d'épargne et de crédit ou micro-crédit qui foisonnent un peu partout en Afrique subsaharienne.

C-4- Etat des mutualités en Afrique

Historiquement en Afrique, l'économie sociale tire directement ses racines de sa composante mutualiste, plutôt que de la double composante coopérative et mutualiste de cette pratique économique comme ce fut le cas en Europe (6). Le bilan des modèles de coopératives importées en Afrique subsaharienne par les puissances coloniales et qui ont été généralement maintenues après les indépendances, est très peu reluisant. Par ailleurs, l'autorité coloniale et l'État post colonial africains n'ont point promu les mutuelles. Si l'on veut alors retracer les origines de l'économie sociale - dans son assertion moderne - en Afrique, il faut reconnaître que c'est " au cœur des communautés locales que sont nées et se sont développées de multiples formes traditionnelles d'entraide et de solidarité, notamment pour faire face à des événements sociaux particuliers et coûteux comme l'organisation de funérailles, un mariage, une naissance, etc. " (36, 37) et (1).

Tout essai d'appréhension théorique et méthodologique de l'économie sociale peut procéder par deux grandes approches :

- ❖ *l'approche juridique et institutionnelle*
- ❖ *l'approche normative.* Toutefois, c'est l'utilisation combinée des deux grandes manières qui permet de donner une définition plus adéquate de ce type d'économie (40). La première approche permet essentiellement de définir l'économie sociale par ses statuts juridiques ou institutionnels. À cet égard, on distingue

généralement trois principaux types d'organisations d'économie sociale :

- les entreprises de type coopératif qui renvoient aux diverses coopératives dans tous les secteurs de la vie économie et sociale ;
- les sociétés de type mutualistes qui couvrent les domaines de l'assurance maladie, des services sociaux et de santé, de l'assurance pour d'autres risques de la vie ;
- les organisations de type associatif qui regroupent toutes les formes d'associations à but non lucratif rassemblant librement des personnes ou des citoyens, dont le but premier est de produire des biens et services. Les organisations non gouvernementales (ONG) et les organisations de charité sont des exemples d'associations. Chacun des trois types d'organisations a ses propres caractéristiques et ses modes de fonctionnement, quelle que soit la forme juridico institutionnelle (6).

En dernière analyse, on peut dire avec Defourny que “ l'économie sociale regroupe les activités économiques exercées par des sociétés, principalement des coopératives, des mutualités et des associations dont l'éthique se traduit par les principes suivants :

- ◆ finalité de service aux membres ou à la collectivité plutôt que le profit ;
- ◆ autonomie de gestion ;
- ◆ processus de décision démocratique ;
- ◆ primauté des personnes et du travail sur le capital sans la représentation des revenus. ” (6).

Près d'un demi-siècle de débats théoriques et pratiques autour du développement place, aujourd'hui et plus que jamais, l'Afrique et l'Occident Développeur à la croisée des chemins. Les uns et les

autres doivent faire un retour sérieux dans l'histoire de l'humanité afin d'y tirer des leçons pour un réel développement du continent noir. Dans la recherche de ces nouvelles voies et de ces nouveaux moyens, l'œuvre de Fernand Braudel⁶, historien de l'économie en particulier et du développement de manière plus générale, revêt une importance en termes de pertinence historique d'une part, et d'actualité d'autre part pour sortir progressivement mais sûrement l'Afrique de la crise développementale presque " infernale " dans laquelle elle est enfermée depuis les indépendances.

Représentant l'économie comme une maison, Braudel note à travers l'histoire des sociétés humaines que cette maison est composée de trois étages. Le rez-de-chaussée correspond à l'économie de subsistance (ou en terme braudélien la " civilisation matérielle ". Le premier étage renvoie à l'économie de marché local et enfin l'étage supérieur correspond à l'économie de marché. Selon Braudel, l'édification économique, politique et sociale (ou en terme contemporain le processus historique de développement des sociétés) est une dynamique dialectique de construction de ces trois étages (41). Dans l'aventure humaine pour l'existence, l'histoire montre que les personnes qui restent confinées au rez-de-chaussée de l'économie familiale survivent en général dans l'économie de subsistance et sont dépourvues également de droits politiques. Ces personnes cherchent d'abord à donner une réponse aux premières nécessités de la vie. Ensuite, elles veulent sortir de l'univers des besoins et de l'espace de privation des droits politiques pour accéder au premier étage,

celui de l'échange régulé et de la reconnaissance des droits civiques. Quant aux personnes de l'étage supérieur, elles tendent à s'affranchir des normes ou règles pour ne s'inscrire que dans des rapports de force. Entre ces deux étages, l'étage central se présente comme le rempart de la " dictature de l'économie de marché " et l'autoritarisme politique. Cet étage intermédiaire qui occupe l'espace économique et politique entre le rez-de-chaussée et l'étage supérieur, correspond à ce qu'on appelle *l'économie sociale*. L'économie de marché ou l'étage supérieur n'a connu son succès le plus inouï, en Occident, qu'en s'édifiant sur la consolidation séculaire et étonnante vitalité des étages inférieurs. L'adjectif séculaire est utilisé ici à bon escient, pour rappeler que cette consolidation s'est faite en Occident bien longtemps avant qu'elle ne colonise la planète (41). Cependant après la décolonisation, les bases du développement global de l'Occident, c'est-à-dire l'existence d'étages sous-jacents avec leurs logiques différentes et leur fonctionnement dialectique, ont quasi disparu de la théorie économique et de la représentation sociale de l' " Occident développeur " de l'Afrique.

La gouvernance ne peut réaliser un développement durable véritable en Afrique qu'en tirant des enseignements de la pensée de l'histoire économique de Braudel. Dans cette perspective, les politiques et programmes de développement doivent, de manière résolue, assurer d'abord le passage de l'économie de subsistance (le rez-de-chaussée) à l'économie locale (le premier étage ou l'étage central). Ensuite, ils doivent consolider celle-ci et progressivement l'inscrire dans des économies plus vastes aux niveaux régional, national et international. Sur le plan idéologique, cela suppose

Recherche rétrospective sur l'utilisation des antipaludiques en vue de la mise en place d'une mutuelle de santé dans la région de Sikasso

qu'on mette de côté les idées de “ rattrapage ” des autres pays. L'essentiel étant que l'Afrique se “ rattrape ” par rapport à elle-même d'abord en matière de développement durable, avant de chercher à “ rattraper ”. De toutes les manières, voilà quatre décennies que l'Afrique prend des raccourcis qui la retardent. Car en dernière analyse, le développement (durable) est un processus qui est lié de façon intrinsèque à la capacité de consolider les liens sociaux dans des collectivités d'un territoire bien défini. Il est également lié à la “ capacité des populations de gérer leur environnement naturel d'une manière viable, à travers l'élaboration d'un cadre institutionnel approprié et d'une identité culturelle qui a sa base matérielle dans la construction même du territoire ” (42).

C-5- Situation du financement des soins par les mutuelles au mali

La politique sectorielle de la santé au Mali s'est donnée pour objectif L'amélioration de l'état de santé de la population et particulièrement celle des femmes et des enfants. Les résultats attendus en sont la réduction de la mortalité et de la morbidité materno-infantile, l'augmentation de la couverture vaccinale, et de la prévalence contraceptive ; on vise cependant également explicitement l'amélioration de l'accessibilité des services et la disponibilité en médicaments essentiels (43). C'est le cercle qui a été défini comme le niveau de décentralisation optimal pour la planification de la mise en oeuvre de la politique sectorielle. Le système de santé de cercle au Mali correspond globalement au

Recherche rétrospective sur l'utilisation des antipaludiques en vue de la mise en place d'une mutuelle de santé dans la région de Sikasso

système de santé de district tel que définie par l'OMS. Il est composé d'un réseau de formations sanitaires de premier échelon 1 et d'un « centre de santé de référence », le tout géré par une « équipe socio sanitaire de cercle ».

La notion de participation communautaire a au Mali un sens particulier: La mise en oeuvre de la politique sectorielle repose sur la négociation d'un contrat entre une population bien définie et les services de santé (43).

La politique sectorielle vise une mobilisation optimale des ressources par une coordination de l'intervention des bailleurs ; la sécurisation du financement d'activités essentielles mais souvent ignorées comme la supervision ; et l'utilisation des ressources financières dégagées par le recouvrement des coûts là où elles ont été générées (43).

C-5- a Les éléments du système de santé de cercle au mali

Il y a différents types de formations sanitaires au premier échelon : Les centres de santé communautaires (CSCOM), les centres de santé d'arrondissement revitalisés (CSAR), et les centres de santé (CSA) (43).

Les CSCOM sont des formations sanitaires privées, à but non lucratif, qui ont passé une convention avec les services de santé de l'état. Certaines de ces formations sanitaires sont d'anciens dispensaires maternités, d'autres des formations préexistantes de statut variable, d'autres enfin sont des créations nouvelles. Toutes sont gérées par une Association de Santé Communautaire (ASACO) émanant des collectivités locales. La convention avec les

Recherche rétrospective sur l'utilisation des antipaludiques en vue de la mise en place d'une mutuelle de santé dans la région de Sikasso

services de santé de l'état prévoit des droits et devoirs des deux côtés, comme par exemple l'engagement du Centre de Santé de fournir un paquet minimum d'activités (le PMA), et celui des services de santé de l'état de fournir un appui en formation et supervision.

Les CSA sont des dispensaires d'état. Lorsqu'un CSA a été « revitalisé », on l'appelle CSAR : cela indique qu'il a commencé à fonctionner selon les mêmes conditions qu'un CSCOM – à l'exception bien sûr de son statut : on y retrouve du personnel payé par l'état.

Le centre de santé de première référence ou CSC (Centre de Santé de Cercle) offre un plateau technique complémentaire au premier échelon pour prendre en charge les hospitalisations, et particulièrement les urgences médicales, chirurgicales et obstétricales. Les CSC concernés par la mise en oeuvre de la politique sectorielle font l'objet d'un renforcement comprenant la rénovation des infrastructures, la fourniture d'équipement, une formation des personnels et un appui à l'organisation (43).

L'équipe cadre de ce système de santé de cercle est l'Equipe Socio Sanitaire de Cercle (ESSC). Elle élabore et réalise les Plans de Développement Socio Sanitaire de Cercle (PDSC). Elle supervise les formations de premier échelon, assure la formation continue du personnel, et est impliquée dans les activités de services de première référence. (Carburant, dotation de médicaments, équipement, affectation de personnel fonctionnaire dans une formation privée...) ou monétarisées (43).

Les paiements directs peuvent être à l'acte, à l'achat de services ou de biens, forfaitaires, par prépaiement sous forme de

cotisations ouvrant ou non des droits. D'une façon générale, ils sont monétarisés. Le partage des coûts est différent pour les trois composantes essentielles des systèmes de santé de cercle. Le montage retenu lors du démarrage de la politique sectorielle (43). Le financement de ce système de santé de cercle doit se faire à travers un mélange de subventions et de paiements directs par la population. Les subventions peuvent concerner les coûts récurrents ou les investissements, les frais de personnel ou de fonctionnement. Elles peuvent provenir de l'état, directement ou à travers des bailleurs institutionnels, des collectivités, de bailleurs extérieurs, de contributions de ressortissants. Elles peuvent. Être en nature L'essentiel de la politique sectorielle consiste dans la mise en place de ces systèmes de santé de cercle. Son état d'avancement, et les problèmes rencontrés sont bien décrits ailleurs. On en est en ce moment à un stade de passage d'une structure de type projet vers celle d'une planification nationale, qui pourrait être matérialisée par un plan décennal. De là le besoin d'avoir une vue plus claire sur les problèmes de financement et d'utilisation des ressources au niveau des cercles. Il faudra en effet chercher des solutions de dosage optimal du mélange des outils de financement divers (43).

Il y a un consensus sur une série de critères à considérer pour que ces outils fassent plus que simplement mobiliser les ressources, mais pour qu'ils contribuent à construire un système de santé réellement au service des populations.

C-5-b Critères pour guider le dosage des divers instruments de financement

❖ Critères majeurs :

- Continuité. Le système de financement doit éviter de créer des barrières financières au cours de la prise en charge d'un épisode morbide ou d'un épisode de risque à la fois dans le temps et entre les formations sanitaires.
- Solidarité. Le système doit promouvoir ou permettre un élément de solidarité ou d'entraide, à l'intérieur de la communauté ou entre les communautés concernées.
- Conscientisation. Il doit contribuer à rendre les acteurs du système (usager, agents de santé, gestionnaires du système) conscient du coût financier des soins, de sorte que les communautés comme les agents de santé puissent prendre part (à court moyen ou long terme) dans une participation à la gestion sur une base d'information et de compréhension correcte sur le volume et la provenance des moyens financiers nécessaires.
- Viabilité. Le système doit être financièrement viable.

❖ CRITERES CIRCONSTANCIELS

Comme la couverture est inégale sur le territoire d'un cercle (en terme d'accessibilité au service), le système de financement doit peser plus lourd sur ceux qui ont accès aux services que sur ceux qui ne l'ont pas.

Comme le système à gérer est complexe et non homogène, le système de financement doit permettre une réelle gestion du

Recherche rétrospective sur l'utilisation des antipaludiques en vue de la mise en place d'une mutuelle de santé dans la région de Sikasso

système dans son ensemble (ce qui implique la possibilité de redistribuer une partie des revenus générés par différentes composantes du système). La gestion même du système a un coût qu'il faut financer.

C- 6- Recommandations pratiques pour la pérennisation du financement des mutuelles

Il semble exister au Mali un consensus pour reconnaître que l'offre de soins dans les CSC aujourd'hui n'est pas satisfaisante. Elle n'est suffisante ni en quantité, ni en qualité. L'augmentation de cette offre passe par des intrants supplémentaires. Ces intrants représenteront des investissements supplémentaires (44).

Il y a également un consensus pour admettre qu'il faut à tout prix éviter de construire des éléphants blancs dont le fonctionnement ne pourrait jamais être assuré. Cela pose le problème des coûts récurrents induits par les investissements. Le présent chapitre se propose de voir comment les augmentations des coûts récurrents pourraient être financées. Sans viabilité financière, pas de pérennité dans l'offre de services : la quadrature du cercle, si l'on peut dire, est de réussir à augmenter les ressources sans diminuer l'accessibilité.

Aujourd'hui, nous l'avons vu, le financement est pour la plus grande part constitué de deux sources: l'état qui finance les salaires, et les paiements directs des usagers qui financent les coûts variables. Nous avons vu également qu'une augmentation

Recherche rétrospective sur l'utilisation des antipaludiques en vue de la mise en place d'une mutuelle de santé dans la région de Sikasso

de l'offre des CSC ne se traduirait pas nécessairement par une augmentation importante des charges en personnel. Si le partage des coûts actuel et le mode de financement ne devaient pas évoluer, ce sont les paiements directs qui devront augmenter.

Les tarifs semblent en ce moment rester relativement raisonnables, mais ne permettent pas de dégager de marges de manoeuvre. Il semble qu'il y ait des exclusions, même au niveau de tarification actuel. Ce sont probablement surtout des exclusions temporaires: les malades n'ont les liquidités disponibles qu'à une période de l'année. Pour résoudre un besoin important d'argent ils doivent faire appel aux mécanismes de solidarité traditionnelle.

Mais ceux-ci prennent du temps : il y a un problème lorsqu'il y a urgence.

La tarification est basée sur un système de paiement forfaitaire, dans lequel

On facture au plus près du montant que l'on pense que les gens sont prêts à payer. Une approche alternative pour la fixation des tarifs pourrait suivre une logique différente, non plus uniquement économique, mais tenant compte du caractère urgent ou non du problème et de sa modalité de prise en charge, (dans le système référence - contre référence ou hors système).

Cela permettrait de subsidier les activités prioritaires à partir de la tarification des activités moins prioritaires, et l'utilisation « système » par l'utilisation « hors système ». Mais le potentiel d'amélioration du financement du cercle à travers l'augmentation des tarifs aura certainement des limites.

Dans une logique sociale, l'objectif est d'offrir des soins de santé de façon équilibrée, et au plus juste prix. On peut le faire par trois mécanismes:

- L'augmentation de la part des subventions de l'état au fonctionnement.
- La répartition du poids de l'augmentation des contributions des populations sur une assiette plus large par des mécanismes de subventions à l'intérieur du CSC.
- La répartition du poids de l'augmentation des contributions dans une logique commerciale d'adéquation de l'offre à la demande, si la qualité de l'offre augmente, la demande devrait suivre tant que les prix n'excèdent pas la masse disponible d'argent pour la santé. Cependant d'une part les mécanismes régulateurs du marché jouent sur la part solvable des clients potentiels, et ne régulent pas ce qui se passe pour ceux qui s'en trouvent exclus. Le deuxième problème est que dans le domaine de la santé, la liberté pour le client de consommer ou non est toute relative dans la mesure où on ne choisit pas d'être malade, mais aussi où il y a un grand déséquilibre dans l'appréciation de la pertinence de la dépense entre le prestataire et le bénéficiaire des soins. Ainsi, il est très possible pour le prestataire de persuader le client de la nécessité d'une dépense (44).

Enfin, dans une telle logique, le risque est grand de chercher à maximaliser le bénéfice et ainsi de détourner des ressources qui pourraient être utilisées de façon plus efficiente dans d'autres secteurs que celui de la santé des populations sur une assiette plus large par des mécanismes de solidarité à l'intérieur du cercle (44).

METHODOLOGIE

METHODOLOGIE

Cadre de l'étude :

L'étude s'est déroulée dans la région de Sikasso située au sud du Mali, proche des frontières avec le Burkina-Faso et de la Côte d'Ivoire.

Notre étude a été réalisée en collaboration avec le département de recherche de l'INRSP notamment avec le chercheur Birama djan DIAKITE.

Il s'agit d'une étude rétrospective transversale, menée à partir de fiches d'enquêtes au cours d'une étude de faisabilité d'une mutuelle de santé dans la région de Sikasso ou la saison des pluies dure 6 mois, de mai à octobre, avec des précipitations annuelles moyennes d'environ 1200 à 1300 mm. Le paludisme y est hyper endémique et la transmission se fait sur un mode saisonnier.

Type et Période de l'étude:

L'étude est rétrospective transversale faite sur la base des fiches d'enquêtes répertoriées au niveau du département de la recherche de l'INRSP à Bamako.

L'étude a été menée durant une période de 6 mois allant de septembre 2005 à mars 2006.

Population étudiée :

Il s'agissait d'hommes et de femmes enregistrés à une caisse kafo djiginew de tous ages susceptibles de pouvoir adhérer à une mutuelle de santé dans la région de Sikasso.

Facteurs d'inclusion :

L'étude a concerné les hommes et les femmes susceptibles de pouvoir adhérer à une mutuelle de santé ayant pour la plupart eu au moins un épisode morbide quelconque et appartenant à la région de Sikasso.

Facteurs d'exclusion :

Ont été exclus de notre étude les fiches d'enquêtes illisibles ou très incomplètes sans information sur la plupart des variables.

Les Variables

Les hommes et les femmes ayant accepté d'être l'objet d'enquêtes selon :

- les communes, les cercles le sexe, l'âge, le niveau d'étude, la situation matrimoniale,
- la connaissance de la notion de mutuelle
- les signes cliniques répertoriés au cours des épisodes morbides
- Les diagnostics de présomption évoqués
- les classes pharmacologiques concernés
- les traitements prescrits par le personnel sanitaire

7- échantillonnage :

Nous avons recruté de façon exhaustive toutes les fiches d'enquêtes pendant la période d'étude soit 1182 cas dont 780 ayant connu un épisode morbide au cours de l'année qui a justifié une prescription médicale.

Recherche rétrospective sur l'utilisation des antipaludiques en vue de la mise en place d'une mutuelle de santé dans la région de Sikasso

8-Analyse des données :

A été faite a partir du logiciel Epi Info version 2002

Le khi2 a été le test statistique utilisé.

9-Considerations éthiques

- Le consentement pour la participation a été obtenu.
- L'anonymat et la confidentialité ont été garantis pour les informations recueillies au cours de cette étude.

RESULTATS

Recherche rétrospective sur l'utilisation des antipaludiques en vue de la mise en place d'une mutuelle de santé dans la région de Sikasso

TABLEAU N1 : Répartition des enquêtés selon leur appartenance aux cercles de la région de Sikasso

CERCLE	Fréquence.	Pourcentage
BOUGOUNI	305	25.8%
SIKASSO	304	25.7%
KADIOLO	280	23.7%
KOUTIALA	293	24.8%
Total	1182	100.0%

Bougouni était le cercle le plus représenté avec 305 cas soit 25,8 % des adhérents à l'enquête.

TABLEAU N 2 : Répartition des enquêtés selon leur appartenance aux communes de la région de Sikasso

COMMUNE	Fréquence	Pourcentage
BOUGOUNI	150	12,7
FARAGOURAN	1	0.1%
FOUROU	78	6.6%
GOLONIANASSO	73	6.2%
KADIOLO	131	11.1%
KARAGOUANA	73	6.2%
KOKELE	1	0.1%
KOUORO	76	6.4%
KOUTIALA	149	12.6%
MIRIA	77	6.5%
NIAMALA	76	6.4%
SIKASSO	151	12.74%
SOGOLA	1	0.1%
ZANTIEBOUGOU	75	6.3%
ZEGOUA	71	6.0%
Total	1182	100.0%

Sikasso était la commune la plus représenté par les enquêtés avec 151 cas soit 12,74 %.

Tableau n 3 : Répartition des enquêtés selon les tranches d'âge

Tranche d'age	Effectif	Pourcentage
15-34	342	28,9
35-54	658	55,6
> 54	182	15,5
TOTAL	1182	100

55 ,6 % des adhérents à l'enquête appartenaient à la classe d'âge de 35-54 ans.

Tableau n 4 : Répartition des enquêtés selon le sexe

Sexe	Fréquence;	Pourcentage
Masculin	977	82.7
Féminin	205	17.3%
Total	1182	100

L'échantillon comprenait 977 hommes soit 82 %,7 et 204 femmes soit 17 ,3 %. Soit un sexe ratio de 4,7 en faveur des hommes.

Tableau n 5 Répartition de l'échantillon des enquêtés en fonction du niveau scolaire

Niveau scolaire	Effectif	Pourcentage
Primaire	494	41,8
Fondamentale	229	19,4
Secondaire	200	16,9
Supérieur	16	1,4
Alphabétisé	25	2,1
Ecole coranique	195	16,5
Aucun	23	1,09
TOTAL	1182	100%

Le primaire représentait le niveau d'étude maximal atteint le plus fréquent avec 494 cas soit 41,8% des enquêtés.

Tableau n 6: Répartition de notre échantillon selon le statut matrimoniale

Situation matrimoniale	Effectif	Pourcentage
Marié	1062	89,8
Célibataire	101	8,5
Fiancé	6	0,5
Divorcé	5	0,4
Veuf	8	0,7
TOTAL	1182	100%

Les mariés représentaient la catégorie la plus fréquente avec 89,8% des enquêtés.

Tableau n 7 : Répartition des enquêtés selon leur connaissance de mutuelle

Connaissance de mutuelle	Effectif	Pourcentage
OUI	376	33,2
NON	806	66,8
TOTAL	1182	100

La non connaissance de la notion de mutuelle dominait parmi les enquêtés soit 66,8% cas.

Tableau n 8 : Répartition de l'échantillon selon la possibilité d'adhésion a une mutuelle de santé

ADHESION POSSIBLE A UNE MUTUALITE	Effectif	Pourcentage
OUI	930	78,7
NON	252	21,3
TOTAL	1182	100%

La possibilité d'adhérer à une mutuelle de santé dominait avec une fréquence de 78,7% des sujets enquêtés.

Tableau n 9: Répartition des enquêtés selon les signes fonctionnels

Signes fonctionnels	Effectif	Pourcentage
Toux	40	5,12
Céphalées	370	47,45
Douleurs abdominales	250	32,05
Diarrhées	120	15,38
<u>TOTAL</u>	<u>780</u>	<u>100</u>

Les céphalées représentaient le signe fonctionnel le plus fréquent avec 47,45% chez les sujets enquêtés.

Tableau n 10: Répartition des enquêtés selon les signes généraux

Signes généraux	Effectif	Pourcentage
Fièvre	625	80,13
Asthénie	155	19,87
Total	780	100

La fièvre représentait le signe général le plus fréquent avec 80,13% des sujets enquêtés.

Tableau n 11 : Répartition des enquêtés selon le diagnostic de présomption retenu

Diagnostic	Effectif	Pourcentage
Paludisme	295	37,82
Typhoïde	110	14,1
Sida-mst	70	8,9
Pneumonie	80	10,25
Ulcères	60	7,62
Hemmoroides	50	6,41
Hypertension	115	14,74
Total	780	100

Le paludisme avec 37,82% des enquêtés représentait le diagnostic de présomption le plus retenu au sein de l'échantillon.

Tableau n 12 : Classes pharmacologiques répertoriés selon les diagnostics de présomption retenus

Classe pharmacologique	Effectif	Pourcentage
Antipaludiques	313	40,22
Antibiotiques	168	21,5
A-R-V	20	2,5
Antitussifs	56	7,25
Antiulcéreux	59	7,62
Antihémorroïdaire	49	6,4
Antihypertenseurs	115	14,7
TOTAL	780	100

Les antipaludiques avec 40,22% représentaient la classe pharmacologique la plus prescrite aux enquêtés.

TABLEAU N 13 : Classification des principaux antipaludiques

FAMILLE	D-C-I	PRESENTATION	TRAITEMENT
AMINO4QUINOLEINES	CHLOROQUINE /AMODIAQUINE	CP100-300/SIROP25	25-40mg/kg-3a5J /5cp /J*5
AMINOALCOOLS	sels de quinine	Amp iv 100-200-300-400-cp 100	25mg/kg /j en perfusion iv lente ou peros
Aryl amino alcool	Halofantrine/MEFLOQUINE	Cp 250 /CP250	2CP 3FOIS pdt1J
ANTIFOLIQUES ET ANTIFOLINIQUES	Pyrimethamine et sulfadoxine	CP25+500mg ou amp im20+400mg	3CP peros 1fois ou 2amp im 1Fois
Sesquiterpènes lactones	Artemether/Arteether/Artesunate	Amp im 80mg	3,2mg/kg/j 1fois ,puis 1,6 mg /kg /j pdt 4 JRS
AUTRES ANTIPALUDIQUES	ATOVAQUONE+PROQUANIL /DOXYCYCLINE	Cp250 +50mg /100mg	1CP fois 2 /jour

Tableau n 14 Répartition des enquêtés selon les traitements prescrits par le personnel dans les centres de prestations de santé de la région de Sikasso

TRAITEMENT	NOMBRE	POURCENTAGE
Quinine injectable	488	62 ,56
Quinine injectable+ Chloroquine	65	8,3
Chloroquine	100	12,82
Arsiquinoforme	22	2,82
Fansidar	45	5,76
Doxycycline	10	1 ,28
Halfan	5	0,64
Quinine injectable+Fansidar	15	1,92
Quinine injectable+Doxycycline	10	1,28
Camoquine	20	2,56
TOTAL	780	100

La quinine injectable était la molécule la plus prescrite aux enquêtés avec 62,56 % des cas

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1 °) Méthodologie

Il s'agit d'une étude rétrospective allant de septembre 2005 à mars 2006 et dont l'objectif principal était d'évaluer les classes pharmacologiques utilisées en général en milieu rural.

L'échantillon comprenait 1182 individus appartenant à la région de Sikasso dont 780 ayant connus un épisode morbide au cours de l'année qui a justifié une prescription médicale.

Certains aspects complémentaires n'ont pas été mentionnés du fait de l'insuffisance du plateau technique en milieu rural.

2 Caractéristiques épidémiologiques

Le sexe et l'âge

Les malades étaient âgés de 35 à 54 ans avec un âge moyen de 40ans.

L'échantillon était composé de 977 hommes soit 82,7% et 205 femmes soit 17,3%. Le sexe ratio était de 4,7 en faveur des hommes.

3- Caractères socio démographiques

La population cible comprenait 494 cas avec un niveau d'étude primaire soit 41,8% et 19,4% détenait un niveau d'étude fondamental.

Du point de vue situation matrimoniale, les mariés étaient 1062 cas soit 89,8%.

Recherche rétrospective sur l'utilisation des antipaludiques en vue de la mise en place d'une mutuelle de santé dans la région de Sikasso

L'étude souligne la jeunesse de la population cible, la majorité des hommes sur les femmes ainsi que le faible niveau d'étude des adhérents à l'enquête en milieu rural en général.

4-connaissance de mutuelle

Concernant l'aspect connaissance général et la notion de mutuelle, notre étude montre que 806 des adhérents à l'enquête soit 66,8% ne savait pas ce que signifiait une mutuelle et ignoraient ses attributs.

Cela pouvant s'expliquer par le fait du faible niveau d'étude générale.

A cela nous proposons des missions d'informations afin de vulgariser les avantages qu'offrent les mutuelles de santé.

5-Possibilité d'adhésion

L'étude montre que 930 enquêtés soit 78,7% de la population cible n'excluait pas d'adhérer a une mutuelle de santé.

Cela s'explique par ailleurs par les explications sommaires fournies par les enquêteurs au moment de l'enquête.

Nous pensons que cette même vulgarisation pourrait augmenter ce taux.

6- CLINIQUE

La fièvre (80,13%), l'asthénie (19,8%). , les céphalées (47,45%), les vomissements et les douleurs abdominales (32,5%) étaient les manifestations fonctionnelles les plus fréquentes.

Ces signes généraux et physiques ont permis au personnel soignant un regroupement syndromique qui a menée a retenir les

Recherche rétrospective sur l'utilisation des antipaludiques en vue de la mise en place d'une mutuelle de santé dans la région de Sikasso

diagnostics de présomption .A Noter que généralement en milieu rural la majorité des prescriptions sont assurées par les infirmiers. Nous pouvons évoquer les biais suivants : le choix des CSCOM a été fait de façon raisonnée basée sur l'accessibilité géographique et la bonne fréquentation, ainsi les résultats ne pourront pas refléter la situation de l'ensemble des CSCOM.

Les proportions de schémas thérapeutiques non respectés et de malades méritant de recevoir la quinine n'ont pas été précisées.

Cependant l'étude a pu faire ressortir des résultats intéressants sur les attitudes et pratiques du personnel de santé dans une zone d'endémie palustre.

Concernant les résultats de l'étude la fréquence du motif de consultation fièvre (80, 13%) pourrait s'expliquer par la recrudescence des autres maladies infectieuses.

7-Traitement

Du point de vue thérapeutique le programme national de lutte contre le paludisme préconisait la chloroquine en première intention, la sulfadoxine-pyriméthamine en deuxième intention et les sels de quinine réservés pour le traitement du paludisme grave et compliqué.

Dans notre étude la quinine injectable était le médicament le plus prescrit (62,56%) suivi de la chloroquine (12,82%). . Le schéma préconisé par le programme de lutte contre le paludisme n'était pas respecté par la grande majorité des prescripteurs. Il est probable que les agents de santé auraient jugé inutile de prescrire la chloroquine utilisée par les patients en automédication de

Recherche rétrospective sur l'utilisation des antipaludiques en vue de la mise en place d'une mutuelle de santé dans la région de Sikasso

façon incorrecte ou sous dosée. Au Sénégal Faye et al ont trouvé que la chloroquine était utilisée à 60% de manière incorrecte en traitement de première intention.

Si la prise en charge à domicile est correcte, elle pourrait contribuer à réduire la mortalité. L'utilisation des sels de quinine pour traiter les accès simples de paludisme augmente le coût des ordonnances par rapport au pouvoir d'achat des populations.

L'injection intramusculaire de quinine qui est courante comporte des risques de manque d'asepsie pouvant occasionner des abcès, des infections VIH et d'hépatite B.

8- L' Evolution

Malgré le bon niveau de guérison clinique, les schémas thérapeutiques utilisés ne semblaient pas respecter les normes préconisées par le programme national de lutte contre le paludisme. Nous avons proposé la formation du personnel et la supervision régulière des formations sanitaires.

CONCLUSION

Au terme de notre étude rétrospective transversale nous sommes parvenu aux résultats suivants :

- 25,80 % de la population appartenait au cercle de Bougouni
- 12,74 % appartenait à la commune de SIKASSO.
- 55 % de la population cible appartenait à la classe d'âge 35-54 ans avec un sexe ratio de 4,7 en faveur des hommes et un âge moyen de 40 ans.
- 41,8% de la population cible avait comme niveau d'étude le primaire.
- 89,8% de la population cible était des personnes mariées
- 66,8% ne savait pas ce que c'était qu'une mutuelle de santé.
- 78,7 % n'excluait pas d'adhérer à une mutuelle dans l'avenir.
- 47,45 % des patients parmi les enquêtés avaient comme plaintes fonctionnelle des céphalées.
- 80,13 % des patients avaient comme plainte générale la fièvre.
- le paludisme était le diagnostic de présomption le plus retenu avec 37,82 % des cas.
- Les antipaludiques avec 40,22 % des cas représentaient la classe pharmacologique la plus retrouvée.
- La quinine injectable était la molécule thérapeutique la plus prescrite avec 62,56 % des cas.

RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATIONS

➤ **Aux autorités sanitaires**

- Vulgariser les avantages qu'offrent les mutuelles de santé par des missions d'information ;
- Assurer un meilleur accès des populations à la nouvelle gamme d'antipaludiques efficaces et à un coût réduit.
- Combiner au niveau du programme national de lutte contre le paludisme des actions préventives et curatives.

➤ **Aux patients**

- Respect des prescriptions, éviction de l'automédication et la pratique des mesures de prévention.

➤ **AUX PRATICIENS**

Rappeler aux patients les bonnes pratiques de l'observance thérapeutique.

BIBLIOGRAPHIE

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- **ATIM, Chris (1999). " L'émergence d'un mouvement mutualiste au Sud ", dans Defourny, Develtere et Fonteneau, L'économie sociale au Nord et au sud, Éd. De Boeck Université, collection Ouverture économiques, Paris/Bruxelles, pp. 83-104.**

- 2 -**Djimdé A, Doumbo O, Cortèse JF, et al. A molecular marker for chloroquine-resistant falciparum malaria. N Engl J Med 2001; 344:257-63**

3. **Traoré F et al.- Regard sur la santé, spécial Lutte contre le Paludisme au Mali. Bulletin Trimestriel d'information du ministère de la santé, n° 003, juin 2000.**

- 4- **Recommandation aux voyageurs beh21 ; 1998
MONOGRAPHIE »palu »rev prat (paris) 1998 ; 48 :251-97 : paludisme**

- 5- **Blaise, P., Kegels, G., Van Lerberghe, W., Diakité, B. D., & Touré, G. (1997). *Coûts et financement du système de Santé de cercle au Mali*. Antwerp, Belgium: ITG Presse.**

- 6- **BOUCHER, Jacques L. et Daniel TREMBLAY (dir. publ.) (1999). " La gouvernance locale, un enjeu scientifique et politique ", dossier thématique de la revue *Économie et Solidarités*, vol. 30, no 2, pp. 1-111.**

- 7- **ÉLA, Jean-Marc (1998a). *Innovations sociales et renaissance de l'Afrique noire. Les défis du " monde d'en bas "*, Paris/Montréal, L'Harmattan/Harmattan.**

- 8- **ÉLA, Jean-Marc (1998b). " Plaidoyer pour l'espoir ", dans *Relations*, No 640, pp.114-119.**

- 9- **DIA, Mamadou (1991). " Développement et valeurs culturelles en Afrique subsaharienne : il est temps de saisir les ressorts psychologiques des décisions économiques en Afrique ", dans *Finances et Développement*, décembre, pp. 10-13.**

- 10- ÉLA, Jean-Marc (1990). *Quand l'État pénètre en brousse : les ripostes paysannes à la crise*, Collection Les Afriques, Paris, Karthala.
- 11- MONGA, Célestin (1994). *Anthropologie de la colère. Société civile et démocratie en Afrique noire*, Paris, L'harmattan. P102
- 12- PADGEN, Anthony (1998). " La genèse de la "gouvernance" et l'ordre mondial "cosmopolitique" selon les Lumières ", dans *Revue internationale des sciences sociales*, No 155, mars, pp. 9-17.
- 13- BANQUE MONDIALE (1989). *L'Afrique subsaharienne : de la crise à une croissance durable. Étude de prospective à long terme*, Washington, DC.
- 14- STOKER, Gerry (1998). " Cinq propositions pour une théorie de la gouvernance ", dans *Revue internationale des sciences sociales*, No 155, mars, pp. 19-30
- 15- STOKER, Gerry (1998). " Cinq propositions pour une théorie de la gouvernance ", dans *Revue internationale des sciences sociales*, No 155, mars, pp. 20_21
- 16- JESSOP, Bob (1998) " L'essor de la gouvernance et ses risques d'Échec : le cas du développement ", dans *Revue internationale des sciences sociales*, No 155, mars, pp. 31-49.
- 17- HEWITT de ALCANTARA, Cynthia (1998). " Du bon usage du concept de gouvernance ", dans *Revue internationale des sciences sociales*, No 155, mars, pp. 109-117.
- 18- HEWITT de ALCANTARA, Cynthia (1998). " Du bon usage du concept de gouvernance ", dans *Revue internationale des sciences sociales*, No 155, mars, pp. 113

20-

- CONSTANTIN, François (1992). " L'Afrique ajustement et conditionnalité ", dans Zaki, Laïdi (sous la direction de), *L'ordre mondial relâché. Sens et puissance après la guerre froide*, Paris, Presses de la Fondation nationale des sciences politiques et Berg Publishers, pp. 233-263.**
- 21- **CONSTANTIN, François (1992). " L'Afrique ajustement et conditionnalité ", dans Zaki, Laïdi (sous la direction de), *L'ordre mondial relâché. Sens et puissance après la guerre froide*, Paris, Presses de la Fondation nationale des sciences politiques et Berg Publishers, pp. 248**
- 22- **BANQUE MONDIALE (1994). *L'ajustement en Afrique. Réforme, résultats et chemin à parcourir*, Banque internationale pour la reconstruction et le développement/Banque mondiale**
- 23- **MBEMBE, Achille (1992a). " Transitions de l'autoritarisme et problèmes de gouvernement en Afrique sub-saharienne ", dans *Afrique et Développement*, Vol. XVII, No.1, pp. 37-64.**
- 24- **MBEMBE, Achille (1992a). " Transitions de l'autoritarisme et problèmes de gouvernement en Afrique sub-saharienne ", dans *Afrique et Développement*, Vol. XVII, No.1 p 1**
- 25- **ASSOGBA, Yao (1996). " Problématique de la gouvernance en Afrique au Sud du Sahara : tendance générale en Afrique francophone ", dans *Revue canadienne d'études du développement*, numéro spécial, pp. 57-73.**
- 26- **OSMONT, Annick (1998). " La gouvernance : un concept mou une politique ferme ", Communication donnée à la 9^{ème} Assemblée générale du Conseil pour le développement de recherche en sciences sociales en Afrique, sous le thème Globalisation et sciences sociales en Afrique, Dakar, Sénégal, 14-18 décembre, 14 p.p4**
- 27- **OSMONT, Annick (1995). *La Banque mondiale et les villes, du développement à l'ajustement*, Paris, Karthala.**
- 28- **MOUSSA, Pierre (1994). *Caliban naufragé. Les relations Nord/Sud à la fin du XXe siècle*, Paris, Fayard**

Recherche rétrospective sur l'utilisation des antipaludiques en vue de la mise en place d'une mutuelle de santé dans la région de Sikasso

- 29- **AMIN, Samir (1994). *Mondialisation et accumulation*, Paris, L'Harmattan.**
- 30- **REVEL, Jean-François (1992). *Le regain démocratique*, Paris, Fayard.**
- 31- **PEEMANS, Jean-Philippe (1997). *Crise de la modernisation et des pratiques populaires au Zaïre et en Afrique*, Paris/Montréal, L'Harmattan/Harmanttan. P109-111P 117**
- 32- **MONGA, Célestin (1997). *L'argent des autres. Banques et petites entreprises en Afrique*, Paris, L.G.D.J. et Célestin Monga.**
- 33- **ÉLA, Jean-Marc (1982). *L'Afrique des villages*, Paris, Karthala.**
- 34- **MBEMBE, Achille (1992a). " Transitions de l'autoritarisme et problèmes de gouvernement en Afrique sub-sahararienne ", dans *Afrique et Développement*, Vol. XVII, No.1 P 38**
- 35- **BIDET, Éric (1999). *Économie sociale*, dans l'Encyclopédie des sciences sociales Universalis, Paris.**
- 36- **DEFOURNY, Jacques, DEVELTERE, Patrick et Bénédicte FONTENEAU (Éds) (1999). *L'économie sociale au Nord et au Sud*, Paris, Bruxelles, De Boeck et Larcier s.a. P17**
- 37- **DEVELTERE, Patrick (1998). *Économie sociale et développement. Les coopératives, mutuelles et associations dans les pays en développement*, Paris, Bruxelles, De Boeck et Larcier s.a. P16_P17**
- 38- **PENOUIL, M. (1992). " Secteur informel et crises africaines ", dans *Afrique contemporaine*, Numéro spécial, 4e trimestre, cité par Jean-Philippe Peemans (1997). P74**
- 39- **ASSOGBA, Yao (1997). " Mouvement paysan et développement au Tiers-Monde, le cas de l'Afrique noire francophone ", dans Juan-Luis Klein, Pierre-André Tremblay et Hugues Dionne, *Au-delà du néolibéralisme, quel rôle pour les mouvements sociaux*, Sainte-Foy, Presses Universitaires du Québec (PUQ), pp. 111-121.**

- 40- **DEFOURNY, Jacques, DEVELTERE, ALI (1999).** *L'économie sociale au Nord et au Sud*, Paris, Bruxelles, De Boeck et Larcier s.a. P33-51
- 41- **VERSCHAVE, François-Xavier (1994).** *Libres leçons de Braudel. Passerelles pour une société non excluante*, Paris, Syros. (1995). " Les trois défis du développement ", dans *Défis-Sud*, No 17, mars, pp. 22-23 et p.26.
- 42- **PEEMANS, Jean-Philippe (1995).** *Modernisation, néo-modernisation et enjeux d'un développement soutenable et viable*, Louvain-la-Neuve, Manuscrit cité dans Centre Tricontinental, *Alternatives Sud*, vol. II, no 4.p 23
- 43- *Studies in Health Services Organisation & Policy*, 5, 1997 p1-6 ET p6 à 135
- 44- *Studies in Health Services Organisation & Policy*, 5, 1997 p113 - à 130
- 45- **WORLD HEALTH ORGANIZATION.** *Africa Malaria report 2003*. <http://www.who.int/amd2003/amr2003.htm>
- 46- **WORLD HEALTH ORGANIZATION (1998).** *Comité d'experts du paludisme. Vingtième rapport*. <http://mosquito.who.int/docs/ecr20fr.htm>
- 47- **RBM.** *Cadre pour la surveillance des progrès et l'évaluation des résultats et de l'impact*. OMS, Genève 2000. WHO/CDS/RBM/2000.25
- 48- **WORLD HEALTH ORGANIZATION (2000).** *The African summit on Roll Back Malaria*. Abuja, Nigeria, 25 Avril 2000. WHO/CDS/RBM/2000.17
- 49- **Atelier national de consensus sur la politique de traitement antipaludique au Sénégal.** PNLP, Ministère de la santé, de l'hygiène et de la prévention, République du Sénégal. Dakar, Juin 2003, 71p.
- 50- **NWAKA S.** *Prospective antimalarial drug discovery and development*. Medicines for Malaria Venture (MMV). TDR scientific group on malaria Geneva mars 2003.

51- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2001). *Les combinaisons thérapeutiques antipaludiques. Rapport d'une consultation technique de l'OMS. Genève : WHO/CDS/RBM/2001.35*

52- AGNAMEY P., BRASSEUR P., CISSE M. et coll. Amodiaquine-artesunate versus amodiaquine for uncomplicated Plasmodium falciparum malaria in African children ; a randomised, multicentre trial. *The Lancet* 2002 ; 359 : 1365-1371.

53- Management Sciences for Health. *Indicateur des prix internationaux des médicaments. Boston, 2002. ISBN: 0913723886*

54- BARNES K. Co-artemether as first line treatment for SP-resistant/chloroquine-resistant malaria in KwaZulu Natal, South Africa. *EANMAT newsletter* n°11, Jan 2002; 5: 5-6.

55- BREMAN JG. The ears of the hippopotamus: manifestations, determinants and estimates of the malaria burden. *Am J Trop Med Hyg* 2001; 64: 1-11

56- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2003). *Essential Medicines Model List.13th edition. Aprilin 2003.*

**57- CODE DE LA MUTUALITE ;
LOI NUMERO 96 .022**

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

1-NOM:/_____ /

2-PRENOM:/_____ /

3-COMMUNE

4- CERCLE:/_____/'

5-AGE:/_____/

6-SEXE:/_____/

7-PROFESSION /_____/

8-NIVEAU SCOLAIRE:/_____/

9-STATUT MATRIMONIAL:/_____/

10-NOMBRE DE PERSONNES A CHARGE:/_____/

11-NOMBRE D'ENFANTS:/_____/

12-DIAGNOSTIC RETENU:/_____/ ;

1.paludisme ;2.hta ; 3.ulcere ;4.vih-sida ; 5.fievre typhoïde ;6 /Pneumonie ;7-hemmoroides

13- SIGNES GENERAUX/_____/

1- fièvre ; 2- asthénie

14-SIGNES FONCTIONNELS /_____/

1-toux ; 2- céphalées ;3- douleurs abdominales ;4- diarrhées

15-CONNAISSANCE DE MUTUELLE DE SANTE:/_____/

1-oui ; 2- non

16- POSSIBILITE D'ADHESION A UNE MUTUELLE DE SANTE:/_____/

1- oui ; 2- non

17-CLASSE PHARMACOLOGIQUES DU MEDICAMENT UTILISE:/_____/

1. Antihypertenseurs

2. Antipaludiques

3. Antiulcereux

4. Antihemoroidaires

5.antalgiques

6.Antidiarreiques

7.Antiretroviraux ;

18- MEDICAMENT UTILISE :/ /

- | | | |
|------------------------------------|------------------------|-----------------------|
| 1-quinine injectable | 4-arsiquinofome | 7-halfan |
| 2 -chloroquine | 5-fansidar | 8-qui inj+fan |
| 3. quinine inj +chloroquine | 6-doxycycline | 9-qui inj+doxi |
| | 10-camoquine | |

FICHE SIGNALITIQUE

AUTEUR: Moctar DIOP

Titre: Recherche rétrospective sur l'utilisation des antipaludiques en vue de la mise en place d'une mutuelle de santé dans la région de Sikasso

Année Universitaire : 2006-2007

Ville de Soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie (FMPOS)

Secteurs d'intérêt : pharmacologie, Santé Publique

Pays d'origine : Mauritanie

Résumé :

Nous avons mené une étude rétrospective transversale et descriptive de septembre 2005 à mars 2006 soit six mois sur l'utilisation des antipaludiques lors d'une étude de faisabilité d'une mutuelle de santé dans la région de Sikasso à propos de 1182 cas.

Nous avons retrouvé un âge moyen de 40 ans ; une prédominance masculine avec un sex-ratio de 4,7 en faveur des hommes ; 66,8 % des enquêtés ne savait pas ce que c'était une mutuelle de santé ; 78,7 % des enquêtes n'excluait pas d'adhérer à une mutuelle dans l'avenir ; le paludisme était le diagnostic de présomption le plus retrouvé avec 37,82 % des enquêtés ; les antipaludiques avec 40,22 % des cas étaient la classe pharmacologique la plus retrouvée ; la quinine injectable était la molécule thérapeutique la plus prescrite avec 62,56 % des enquêtés .

Mots clés: Antipaludiques ; Mutuelle de santé ; Sikasso.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

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

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

JE LE JURE!