

REMERCIEMENTS

- A **monsieur le Médecin Général Inspecteur Romain Tchoua**, médecin-chef de l'hôpital d'instruction des armées Omar Bongo Ondimba de Libreville. Merci d'avoir accepté de nous accueillir au sein de votre établissement, véritable vitrine du Service de Santé des Armées gabonais.
- A notre directeur de mémoire, **monsieur le Médecin Commandant Magloire Ondounda**, médecin du service de médecine interne de l'HIA Omar Bongo Ondimba de Libreville. Merci d'avoir accepté de nous aider dans ce travail. Merci pour votre rigueur, vos avis et remarques éclairés.
- A **monsieur le Médecin Lieutenant-Colonel Dieudonné Mougengui** et **monsieur le Médecin Commandant Lionel Gaudong**, médecins du service de médecine interne de l'HIA Omar Bongo Ondimba de Libreville. Merci pour votre accueil, votre disponibilité et vos enseignements. Vos qualités et votre pédagogie ne sont pas étrangère à mon nouvel objectif professionnel.
- Au **Dr Justin Onva**, médecin-chef de l'hôpital Albert Schweitzer de Lambaréné. Merci pour votre accueil chaleureux au sein de votre établissement et au sein d'une équipe formidable. L'opportunité que vous m'avez offerte de travailler dans un établissement chargé d'histoire et emblématique de la médecine tropicale a été UNIQUE, EXTRAORDINAIRE et restera INOUBLIABLE.
- A **l'ensemble des PCRL** du camp de Gaulle à Libreville qui ont toujours répondu avec gentillesse et bonne humeur. Merci pour votre disponibilité et votre simplicité.
- A **monsieur le Médecin-en-chef Thomas Laborde**, médecin-chef du CMIA des FFG (Libreville). Merci pour ton aide dans la concrétisation de mon projet, pour ton aide logistique dans la réalisation de mes stages, pour les facilités que tu m'as accordées malgré une année largement remplie par ailleurs. De nouvelles histoires à raconter...
- Aux **caporaux-chef David Meilhan, Cédric Dollet, Christophe Larrieu** et aux autres auxiliaires sanitaires du CMIA des FFG. Merci pour votre aide « juste administrative ».
- Au **major Stéphane Baugé**. Merci pour tous vos enseignements. Merci de m'avoir laissé jouer avec votre outil de travail, en espérant ne pas avoir endommagé votre laboratoire et vos lampes à QBC.
- A **Madame Estager**. Merci pour votre disponibilité, vos réponses toujours rapides et pertinentes. Merci pour votre action qui facilite pleinement notre scolarité malgré la distance.
- A **Mélanie**, mon épouse, et **aux enfants** qui ont toujours été des soutiens indéfectibles dans mes projets.

SOMMAIRE

ABBREVIATIONS.....	- 6 -
RESUME	- 7 -
I. INTRODUCTION	- 8 -
II. ETAT DES LIEUX	- 10 -
A. Le Gabon.....	- 10 -
1. <i>Géographie et population</i>	- 10 -
2. <i>Economie</i>	- 11 -
3. <i>Santé</i>	- 12 -
B. Recommandations pour la prise en charge du paludisme.....	- 13 -
C. Notre activité.....	- 14 -
III. Etude	- 17 -
A. Objectif	- 17 -
B. Matériel et Méthode	- 17 -
C. Résultats	- 18 -
1. <i>Population incluse et caractéristiques générales</i>	- 18 -
2. <i>Connaissances et comportement vis-à-vis du paludisme</i>	- 19 -
3. <i>L'automédication par ACT</i>	- 24 -
4. <i>Impact et réflexions à propos des ACT</i>	- 25 -
D. Analyse et discussion.....	- 28 -
1. <i>Points négatifs</i>	- 28 -
2. <i>Points positifs</i>	- 29 -
3. <i>Principaux résultats</i>	- 29 -
IV. CONCLUSION	- 32 -
ANNEXES.....	- 33 -

Annexe 1 - 34 -

Annexe 2 - 36 -

Annexe 3 - 38 -

BIBLIOGRAPHIE..... - 39 -

ABBREVIATIONS

ACT : Artemisin Combinated Therapy

CDC : Center for Disease Control and prevention (Atlanta)

CMIA : Centre Médical Inter-Armées

CNAMGS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale

CSP : Catégorie Socio-Professionnelle

EVASAN : EVAcuationSANitaire

FFG : Forces Françaises au Gabon

HIAOBO :Hôpitald'Instruction des Armées Omar Bongo Ondimba

OMS : Organisation Mondiale pour la Santé

OPEP : Organisation des Pays Exportateurs de Pétrole

PCRL : Personnel Civil de Recrutement Local

PIB : Produit Intérieur Brut

PRI : Pays à Revenus Intermédiaires

RBM : Roll Back Malaria

TDR : Test diagnostic Rapide

TPI : Traitement Présomptif Intermittent

RESUME

Introduction : L'apparition et la mise à disposition des ACT a révolutionné la prise en charge du paludisme. Après deux ans d'exercice au Gabon, l'usage des ACT en automédication nous a semblé très largement répandu et souvent de manière inadaptée. L'objectif a donc été d'étudier et d'analyser cette automédication par ACT au sein de la population gabonaise.

Matériel et Méthode : Notre travail a reposé sur une étude qualitative à partir d'un questionnaire anonyme soumis aux patients gabonais majeurs vus en consultation ou convoqués au sein du CMIA des FFG, de l'HIA OBO et de l'hôpital Albert Schweitzer de Lambaréné entre le 01/06 et le 20/07/2014.

Résultats : 88 patients, 54 hommes et 34 femmes, de 18 à 74 ans (moyenne à 39,8 ans) ont été inclus. La fièvre et les arthralgies sont les deux symptômes majeurs faisant évoquer un accès palustre aux patients et ce 1 à 2 fois par an en moyenne. 19.3% des patients pratiquent l'automédication. Celle-ci est correcte dans seulement 41.1% des cas. L'avis des patients vis-à-vis de l'automédication est partagé : Elle est jugée bénéfique pour 35% car elle permet un accès rapide et financièrement avantageux à un traitement simple et efficace. Elle est jugée néfaste pour 40.9% car elle élimine la certitude diagnostique et la consultation médicale qui garde une signification importante, tout en exposant à des effets secondaires potentiels.

Conclusion : La prévalence de l'automédication par ACT est faible (19.3%) mais elle est souvent erronée ou inadaptée, favorisée par des difficultés d'accès aux soins et des problèmes financiers. La création de la CNAMGS devrait améliorer la situation. L'optimisation de cette opportunité thérapeutique que représente l'automédication est indispensable. Ceci passe par la mise en place de programme d'éducation et de communication vers les patients et une formation des professionnels de santé. Cette automédication doit également s'envisager en complémentarité de l'usage des tests de diagnostic rapide dont la situation au Gabon mérite d'être étudiée.

I. INTRODUCTION

Il est difficile d'évoquer la médecine tropicale sans penser immédiatement au paludisme. Depuis le début des années 2000, les données scientifiques ont énormément évoluées, les thérapeutiques progressées, tout comme les stratégies de prise en charge qu'elles soient individuelles ou collectives.

La prise en charge des cas a été révolutionnée par l'arrivée des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisine (ACT – Artemisin combined therapy).

Les politiques et les priorités en matière de santé publique en zone d'endémie ont changé sous l'impulsion du partenariat « roll back malaria » (RBM) et de l'Organisation Mondiale pour la Santé (OMS).

Face à toutes ces données scientifiques, la confrontation aux réalités de terrain pendant deux ans, de 2012 à 2014, a soulevé pour nous de nombreuses interrogations.

Cette maladie, le paludisme, socle de la médecine tropicale en occident, nous apparaît là-bas banalisée.

Les recommandations médicalement opposables, les conférences de consensus ou d'experts, les règles de bonnes pratiques médicales de nos pays développés semblent tellement inapplicables dans les systèmes de santé africains.

Les concepts d'accès aux soins, aux médicaments, les principes de sécurité sociale font face à la réalité économique de ces pays et au coût de la santé.

Les notions pharmacologiques de traitement, d'observance, de résistance s'opposent à la médecine traditionnelle encore bien ancrée dans les habitudes.

Au total, de notre pratique quotidienne sont nées plusieurs interrogations et notamment celle de l'automédication et de la consommation des ACT qui nous apparaissait inadaptée avec tout ce que cela implique en terme d'efficacité et de résistance à long terme.

Nous avons donc choisit d'étudier, d'analyser et d'objectiver ce vécu à travers l'étude décrite dans la deuxième partie de ce mémoire.

Ce travail sera présenté après l'état des lieux qui abordera la situation sanitaire actuelle au Gabon dans le domaine du paludisme et les dernières recommandations OMS quant à la prise en charge des cas et la prévention du paludisme.

II. ETAT DES LIEUX

A. Le Gabon

1. Géographie et population

Pays francophone équatorial d'Afrique centrale avec une façade maritime sur l'Atlantique, il compte en 2014 : 1 672 600 habitants [1]. Environ 800 000, soit 50%, habitent à Libreville, capitale du pays qui voit sa population augmentée de quasiment 5% par an. Plus de 85% de la population est urbaine. Les principales villes du pays sont : Port-Gentil, Oyem, Mouila, Moanda, Franceville, Lambaréné [1,2]. Cette dernière ayant été rendue célèbre au travers l'œuvre du Dr Albert Schweitzer. 2013 marqua d'ailleurs le centenaire de son arrivée et de la création de son hôpital.



Figure n°1 : carte géographique du Gabon [2]

2. Economie

Le Gabon, pays producteur de pétrole (ancien membre de l'OPEP dont il se retira en 1996) est de par son PIB, la 18^{ème} puissance économique d'Afrique derrière notamment l'Afrique du Sud, l'Algérie, l'Egypte, le Nigéria qui a eux quatre représentent plus de 50% du PIB africain [2,3]. Les principales ressources du pays sont le pétrole, le bois, le manganèse, l'uranium, le fer et le tourisme.

Le PIB est estimé à 20 milliards de dollars soit 12 000 \$/habitant. Le PIB rapporté aux nombres d'habitants place le Gabon à la troisième place du continent africain derrière la Guinée-Equatoriale et le Botswana. La croissance prévisionnelle du PIB pour 2014 est de 6.5% [3].

L'indice de développement humain (indicateur compris entre 0 et 1, prenant en compte l'espérance de vie, le degré d'éducation et le PIB par habitant) est de 0.674 soit le plus élevé du continent africain [1].

Malgré cette bonne santé économique affichée, et du fait de l'inégalité dans la répartition des revenus, une proportion importante de la population reste pauvre : 32.7% de la population vit sous le seuil national de pauvreté [3]. Le taux de chômage est de 20.3% [2].

En bref, le Gabon est confronté au paradoxe socio-économique d'appartenir de par son PIB par habitant au groupe des Pays à Revenus Intermédiaires (PRI) tout en s'apparentant de par ses indicateurs sociaux au groupe des pays les moins avancés [4]. Le revenu mensuel moyen par habitant est de 830\$. Depuis 2010, le salaire mensuel minimum est de 150 000 FCFA (229 €).

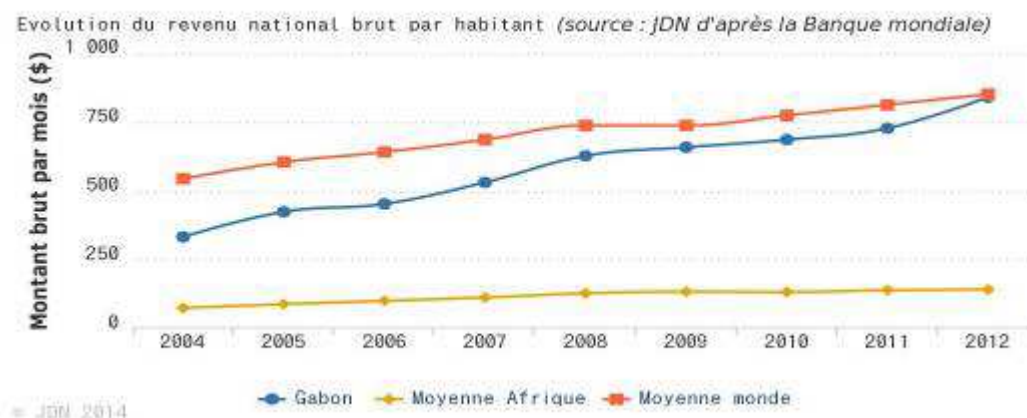


Figure n°2 : Evolution du Revenu National Brut par Habitant (source banque mondiale)

3. Santé

Le Gabon appartient à la région Afrique de l’OMS. Les dépenses de santé représentent 3.2% du PIB. L’espérance de vie à la naissance est de 63 ans et le pays compte 0,3 médecin pour 1000 habitants [2,5].

Le pays a entrepris en 2008 une importante réforme du financement de la santé avec la mise en place d’un système d’assurance-maladie à travers la création de la Caisse Nationale d’Assurance Maladie et de Garantie Sociale (CNAMGS). Initialement destinée aux populations les plus défavorisées, aux étudiants et aux personnes âgées, cette couverture a été étendue en 2011 aux travailleurs du secteur public et en 2013 aux travailleurs du secteur privé. Grâce à un prélèvement de 10 % sur le chiffre d’affaire hors taxe des entreprises de téléphonie mobile et à un prélèvement de 1.5% sur les transferts d’argent à l’étranger la CNAMGS parvient à assurer la prise en charge des soins à 80% et 90% dans les maladies chroniques. Les 10 ou 20% restant étant à la charge du patient. Cette réforme constitue une étape décisive sur le chemin de la couverture sanitaire universelle et devrait avoir un impact significatif sur l’état de santé de la population gabonaise [6].

Le paludisme est endémique tout au long de l’année. L’incidence en 2012 était de 25000 cas par an pour 100 000 habitants soit une estimation de 420 000 cas par an. En 2008, près de 200 000 cas ont été notifiés à l’OMS [7]. Il existe toutefois des variations d’incidence au gré des saisons avec deux pics au moment de la petite saison des pluies (septembre à décembre) et de la grande saison des pluies (février à mai). La petite saison sèche (décembre à février) et surtout la grande saison sèche (mai à septembre) constituent les deux périodes à faible incidence de paludisme. Le taux de mortalité est de 96 pour 100 000 habitants en 2009 [8]. Le paludisme constitue la première cause de mortalité (19%) pour les enfants de moins de 5 ans devant la prématurité et les infections respiratoires aiguës. Il constitue la première cause de morbidité tout âge confondu. Les stratégies de lutte actuellement utilisées par le pays sont les suivantes [7,8] :

- 1- Moustiquaires imprégnées à longue durée d’action depuis 2003. La distribution est gratuite.

- 2- Traitement présomptif intermittent (TPI) chez la femme enceinte depuis 2003 avec la prise d'une dose de Sulfadoxine 500 mg et pyriméthamine 25mg à 26 et 36 semaines d'aménorrhée.
- 3- Recommandation en faveur de l'obtention de manière systématique d'une confirmation biologique du diagnostic de paludisme depuis 2009. Diagnostic biologique qui reste à la charge du patient.
- 4- Recours aux ACT, au premier rang desquels nous retrouvons l'association Artésunate-Amodiaquine, en traitement de première ligne des accès palustres depuis 2003. La quinine restant indiquée dans la prise en charge des paludismes graves.

B.Recommandations pour la prise en charge du paludisme

La stratégie mondiale de lutte contre le paludisme a évolué ces dernières années notamment depuis la fin des années 1990 avec la création du partenariat RBM en 1998. L'objectif est de diminuer la mortalité liée au paludisme en mobilisant l'ensemble des partenaires autour d'actions communes à l'échelle internationale et d'un plan mondial de lutte. Cette lutte repose sur quatre volets principaux [9]:

- 1- La prévention des expositions en encourageant l'usage des moustiquaires imprégnées à longue durée d'action (long lasting).
- 2- La prévention de la maladie chez les personnes fragiles, et notamment la femme enceinte avec la mise en place d'un traitement présomptif intermittent (TPI).
- 3-La prévention de la létalité avec l'accès précoce à un traitement de qualité pour tous les cas de paludisme confirmés : L'usage des tests de diagnostic rapide, et en cas de positivité, le recours aux ACT doit devenir la règle.
- 4- Le surveillance des cas afin de coller au plus près à la réalité de la situation et permettre la gestion des épidémies.

En 2012, l'OMS a présenté une nouvelle initiative, dans la logique des 4 volets ci-dessus : L'initiative 3T : Test, Treat, Track [10]. L'objectif est de consolider les principaux messages en matière de politiques préconisées relatives aux TDR, au traitement et à la

surveillance du paludisme. Tous les cas suspectés doivent être testés. Tous les cas ainsi confirmés doivent être traités rapidement avec des traitements de qualité, c'est-à-dire des ACT pour les formes sans critère de gravité. L'exactitude diagnostic apportée par les TDR garantira un usage rationnel et adéquat des ACT. Ce bon usage permettra une diminution de la morbi-mortalité liée au paludisme tout en limitant ou maîtrisant l'apparition de résistances.

C. Notre activité

Praticien des armées, nous avons été affectés au sein du CMIA des FFG de Libreville à compter du 26/07/2012 jusqu'au 30/07/2014. Notre activité s'est exercée au profit de plusieurs populations :

- Prioritairement envers les militaires français en poste au sein des FFG, soit 900 personnels composés de 450 personnels « permanents » en séjour pour 2 à 3 ans et 450 personnels « tournants » en mission de courte durée de 4 mois. L'activité au profit de cette première population présente plusieurs facettes : La médecine de soins courants, la médecine d'urgence, la médecine d'expertise et d'aptitude à l'emploi (médecine aéronautique pour le personnel navigant notamment) et le soutien médical des activités opérationnelles (parachutisme, tournée de province, stage commando en jungle et mangrove gabonaise, projection opérationnelle dans les pays de la région d'Afrique centrale comme la république centrafricaine en 2013...)
- Secondairement envers les familles des militaires « permanents » soit environ 450 familles. L'activité est celle de la médecine générale et de la médecine d'urgence dans le cadre de la permanence assurée 24h/24 tout au long de l'année.
- Troisièmement envers les personnels civils de recrutement local (PCRL) et leurs familles. Ces patients gabonais recrutés par la défense et travaillant sur le camp de Gaulle de Libreville, ont accès aux services du CMIA. Un créneau quotidien de consultation leur était réservé. Il n'y avait pas pour cette population d'activités en heures non ouvrables (médecine d'urgence)

Le Centre Médical Inter-Armées des FFG est situé dans un bâtiment sur trois niveaux, accessible aux personnes à mobilité réduite :

- Le sous-sol est destiné au stockage des médicaments, des produits de santé et du matériel (lot EVASAN, lots de projection prépositionnés...).
- Le rez-de-chaussée comportent tous les éléments d'un centre médical des armées de métropole : Deux salles d'attente, un secrétariat, quatre bureaux de médecin, une salle de prélèvements-immunisations, une salle de soins avec deux box indépendants, deux salles de biométrie pour la médecine d'expertise (audiogramme, visio-test, ECG...), une salle d'urgence entièrement équipée et un local pharmacie. A cela vient s'ajouter un laboratoire d'analyses médicales « de terrain » armé par un technicien de laboratoire. Ce laboratoire est un élément majeur du CMIA permettant la réalisation de multiples examens : NFP, CRP, bilan de coagulation, biochimie (ionogramme, bilan hépatique, bilan rénal, troponine), sérologie VIH, syphilis, toxoplasmose, bilharziose, ECBU, coproculture, frottis sanguin, parasitologie des selles...
- L'étage correspond à la partie hospitalisation avec une dizaine de lits susceptible d'accueillir les patients dont l'état de santé justifie une surveillance en milieu médical (paludisme grave, décompensation de diabète, leptospirose, hospitalisation avant rapatriement en métropole...)

L'organisation et l'équipement du CMIA lui permet une très grande autonomie dans la prise en charge diagnostic mais aussi thérapeutique des malades. Toutefois notre activité s'appuyait sur les structures sanitaires locales, soutien indispensable dans de nombreuses situations: Avis spécialisés en milieu hospitalier ou en clinique (chirurgie orthopédique, chirurgie viscérale, gynécologie-obstétrique), dispensation de médicaments en pharmacies gabonaises, réalisation de bilans biologiques en laboratoire de ville.

Ce dernier point, reste un point extrêmement délicat. En effet, à de multiples reprises, les résultats biologiques obtenus en ville se sont révélés incohérents et le laboratoire du CMIA indispensable pour redresser la situation.

Notre expérience vis-à-vis du paludisme : Nous avons été amenés à prendre en charge un quarantaine de cas par an, 75% environ survenant chez des PRCL. C'est à l'occasion de ces consultations, de ces échanges médecin-malade que nous avons été surpris par :

- La banalité et la fatalité avec laquelle le diagnostic de paludisme est évoqué à la moindre fièvre.
- La relative absence de toute confirmation diagnostic par TDR ou frottis sanguin.
- La fréquence d'utilisation des ACT et la facilité d'accès à ces médicaments en pharmacie.

De cette expérience et de ce vécu est née l'étude présentée ci-après.

III. Etude

A.Objectif

Durant nos deux années d'exercice au Gabon, nous avons été amenés à constater un usage massif des ACT dans des conditions d'automédication nous paraissant souvent inadaptées par rapports aux dernières recommandations. Nous avons donc souhaité objectiver, analyser et comprendre le comportement de la population gabonaise par rapport à cette automédication. Quels en sont la prévalence, les caractéristiques, les facteurs favorisants et le ressenti des patients face cette pratique.

B.Matériel et Méthode

Nous avons réalisé une étude descriptive qualitative basée sur un questionnaire anonyme reproduit en annexe 1. Ce questionnaire a préalablement été testé auprès de tous les patients gabonais de plus de 18 ans se présentant au CMIA de Libreville entre le 15 et le 31/05/2014. Cette phase de test a permis d'amender le questionnaire.

Le recueil de données a ensuite eu lieu du 01/06/2014 au 20/07/2014 sur trois sites différents (CMIA de Libreville, HIA OBO et Hôpital Albert Schweitzer de Lambaréné) par un seul et même personnel.

Les critères d'inclusion ont été les suivants :

- Tous les patients gabonais de plus de 18 ans reçus en consultation ou convoqués au CMIA du camp De Gaulle de Libreville. Devant le faible taux de consultations, nous avons été contraint de convoquer les PCRL du camp de Gaulle afin d'obtenir un taux satisfaisant et exploitable de réponses.
- Tous les patients gabonais de plus de 18 ans reçus en consultation dans le service de médecine interne de l'HIA OBO les 09 et 16/07/2014.
- Tous les patients gabonais de plus de 18 ans reçus aux urgences de l'hôpital Albert Schweitzer de Lambaréné le 30/06/2014.

Tous les patients mineurs et/ou non gabonais étaient exclus de l'étude. Les patients ne répondaient qu'une seule fois au questionnaire ; Les patients vus plusieurs fois en consultation pendant la phase de recueil ne remplissaient donc pas de nouveau questionnaire.

Chaque patient recevait un questionnaire, des explications orales sur l'étude réalisée (investigateurs, objectifs, méthode) et une liste des ACT disponibles au Gabon. Cette liste validée par la CNAMGS est reproduite en annexe 2. La participation était anonyme et volontaire. Chaque patient remplissait seul le questionnaire avant d'être ensuite reçu en entretien individuel. Cet entretien était dirigé et permettait de compléter si nécessaire les questionnaires et d'annoter les remarques, commentaires et précisions faite aux réponses fermées données initialement par le patient.

L'ensemble des réponses aux questions fermées ont été collectées dans un fichier Microsoft Excel version 2007. Elles ont été analysées grâce au logiciel Epiinfo version 7.1.4.0 du 07/07/2014. Une valeur de $p < 0.05$ était considérée comme significative. Les professions des patients (réponse à la question 4) ont été reclassées en sept catégories : Les six catégories de niveau 1 de la nomenclature des Professions et Catégories Socioprofessionnelles des Emplois Salariés d'Entreprise (PCS-ESE ; reprise en annexe 3) et une 7ème catégorie correspondant aux étudiants et aux sans-emploi. L'analyse qualitative des réponses aux questions ouvertes s'est basée sur l'étude des citations pertinentes et leur regroupement en items et occurrences.

C. Résultats

1. Population incluse et caractéristiques générales

Quatre-vingt-huit patients ont été inclus dans l'étude. Dans seulement 3 cas le motif de consultation était la fièvre et dans 3 autres cas le motif annoncé était le paludisme. La quasi-totalité des patients (82) était donc vu, soit en consultation pour un autre motif soit en réponse à une convocation. 55 patients (62.5%) étaient vus dans le cadre d'une convocation. 33 patients (37.5%) répondaient au questionnaire dans le cadre d'une consultation. Les caractéristiques de cette population sont les suivantes :

- 54 hommes, soit 61,4% de l'effectif total et 34 femmes soit 38,6% de l'effectif total.

- l'âge des patients s'échelonne de 18 à 74 ans avec un âge moyen de 39,8 ans. Il n'existe pas de différence significative d'âge entre les hommes et les femmes.

- Le niveau d'étude se répartit de la manière suivante : 44 patients, soit 50%, ont terminé leurs études avant le lycée. L'autre moitié a poursuivi les études après le brevet des collèges et 15 patients, soit 17,05%, ont obtenu le baccalauréat et poursuivit des études supérieures. Le tableau n°1 reprend ces résultats. Là encore, il n'existe pas de différence significative dans le niveau d'étude en fonction du sexe.

Niveau d'Etude	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage Cumulé
Primaire	11	12,5	12,5
Collège	33	37,5	50,00
Lycée	29	32,95	82,95
Etudes supérieures	15	17,05	100
Total	88	100	100

Tableau n°1 : Répartition des effectifs en fonction du niveau d'étude

- La répartition des professions exercées est retranscrite dans le tableau n°2 :

Catégorie Socio-professionnelle	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage Cumulé
1 ou 2	0	0	0
3 (Cadres - professions intellectuelles supérieures)	5	5,7	5,7
4 (professions intermédiaires)	18	20,5	26,2
5 (employés)	22	25	51,2
6 (ouvriers)	32	36,3	87,5
7 (sans emploi – étudiants)	11	12,5	100
Total	88	100	100

Tableau n°2 : Répartition des effectifs en fonction de la profession exercée

2. Connaissances et comportement vis-à-vis du paludisme

Les questions 6 à 11 abordaient le sujet du paludisme à travers l'étude des symptômes faisant évoquer au malade le paludisme, le nombre d'épisode annuel de paludisme et le comportement en cas de paludisme suspecté et notamment la pratique ou non de l'automédication par ACT. Dans le cadre de l'automédication par ACT, les questions 10 et 11 analysait la bonne pratique ou non de celle-ci : bonne molécule, bonne posologie et bonne durée de traitement ou non.

Concernant les symptômes évocateurs de paludisme : Seulement deux symptômes sont évoqués plus de 8 fois sur 10 :

- La fièvre évoquée par 79 patients (89.8%)
- Les arthralgies citées par 72 patients (81.8%).

65 patients citent simultanément ces deux symptômes soit quasiment $\frac{3}{4}$ des patients (73.9%).

A noter que pour 20.6% des femmes, la fièvre n'est pas évocatrice de paludisme contre seulement 3.7% pour les hommes, différence significative avec $p < 0.05$. Le symptôme « fièvre » n'est significativement influencé par aucun autre facteur. C'est le seul symptôme significativement influencé par un facteur extérieur tel que le sexe du patient. Il n'existe aucune différence travers les symptômes évoqués en fonction du niveau d'étude, de la profession ou de la fréquence des accès palustres.

Les autres symptômes semblent moins « systématiques » et moins évocateurs pour les patients : Les céphalées et les myalgies sont citées respectivement par 50 (56.8%) et 46 (52.3%) patients. 26 patients (29.6%) suspectent un paludisme devant des vomissements et les diarrhées ne sont citées que par 9 patients (10.2%).

Quasiment un tiers des patients (26 soit 29.6%) évoquent d'autres symptômes, jamais cité de manière isolé. Il s'agit :

- d'asthénie principalement (11 patients soit 12.5%),
- de vertiges (4 patients soit 4.5%),
- d'anorexie (4 patients soit 4.5%)
- de symptômes ophtalmologiques comme des douleurs rétro-oculaire et une baisse de l'acuité visuelle (3 patients soit 3.4%),
- d'une fièvre dont le caractère persistant est soulignée (3 patients soit 3.4%).
- de symptômes divers comme des perlèches, un encombrement ORL, des sensations importantes de « froid dans la poitrine »...pour 5 patients (5.7%).

Ces symptômes amenaient les patients à évoquer le paludisme en moyenne 1 à 2 fois par an. Le tableau n°3 retranscrit le nombre annuel d'accès palustre :

Nombre d'accès palustre	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Moins d'une fois par an	20	22.7	22.7
1 fois par an	37	42.1	64.8
2 fois par an	20	22.7	87.5
3 à 5 fois par an	9	10.2	97.7
Plus de 5 fois par an	2	2.3	100
TOTAL	88	100	

Tableau n°3 : Fréquence des accès palustre

Quel était le comportement des patients face à un accès palustre suspecté ?

Les tableaux n°4, n°5 et n°6 reprennent ses résultats et traduisent l'attitude des patients en cas de suspicion de paludisme

Attitude du patient	Effectifs	Pourcentage
Consultation systématique	48	54.5
Automédication seule	17	19.3
Automédication + consultation	7	8.0
Autre	16	18.2
Total	88	100

Tableau n°4 : Attitude des patients face à une suspicion de paludisme

Professionnel consulté	Effectifs	Pourcentage
Médecin	56	78.9
Pharmacien	13	18.3
Tradi-praticien	0	0.0
Autre	2	2.8
Total	71	100

Tableau n°5 : Professionnel de santé consulté par les patients ne pratiquant pas l'automédication seule en première intention.

Professionnel consulté	Médecin	Pharmacien	Autre	TOTAL
Attitude initiale	Effectifs (pourcentage)	Effectifs (pourcentage)	Effectifs (pourcentage)	Effectifs (pourcentage)
Consultation systématique	39 (81.2)	8 (16.6)	1 (2.1)	48 (100)
Automédication + consultation	6 (85.7)	1 (14.3)	0	7 (100)
Autre	11 (68.8)	4 (25.0)	1 (6.2)	16 (100)
TOTAL	56	13	2	71

Tableau n°6 : Professionnel de santé consulté par les patients en fonction de leur attitude initiale face à une suspicion de paludisme

Pour 48 d'entre eux, soit 54.5% de l'échantillon, la consultation est systématique et se fait principalement auprès d'un médecin (39 patients soit 81% des patients consultant de manière systématique).

L'automédication seule est pratiquée par 17 patients soit 19.3%.

Seize patients ont un comportement « autre » qui correspond pour 8 (50%) d'entre eux à une automédication par antipyrétique sans usage d'ACT avec une consultation en cas de persistance de la fièvre plus de 48h.

Quatre patients ont recours au traitement traditionnel en première intention, compléter en cas de persistance des symptômes, et si leurs moyens financier le permettent, d'une automédication par ACT voire pour l'un d'entre eux d'une consultation auprès d'un médecin. Le traitement traditionnel repose sur des bains de vapeurs pluriquotidiens dont l'objectif est de favoriser la sudation et le lavage du corps afin d'éliminer les parasites. La préparation varie d'un patient à l'autre mais s'articule globalement autour de l'écorce de manguier, des feuilles d'acacia, de bananier, d'avocatier, de citronnelle voire de menthe. A noter, que si l'usage du traitement traditionnel est facilement évoqué par les patients, aucun ne rapporte le recours à un tradi-praticien. Une seule patiente répond avoir auparavant l'habitude de consulter le tradi-praticien lorsqu'elle habitait encore « au village » en milieu rural mais elle a abandonné cette pratique depuis son arrivée à Libreville.

Deux patients font le choix de consulter le médecin si leurs moyens financiers le permettent. Dans le cas contraire ils s'orientent vers la pharmacie et l'automédication par ACT. Deux

patients font le choix de l'automédication par ACT seulement si le médecin n'est pas disponible (délais d'attente trop important, heures non ouvrables...).

A noter que le comportement des patients n'est pas significativement influencé par le niveau d'étude ni par la catégorie socio-professionnelle comme le montre le tableau n°7. La pratique de l'automédication semble toutefois plus importante chez les cadres et les professions intermédiaires sans que cette tendance ne soit statistiquement significative. Le tableau n°8 traduit le comportement des patients en fonction de leur mode de recrutement : patients convoqués au camp de gaulle et patients vus lors d'une consultation. Là encore, les différences ne sont pas significatives.

Attitude Initiale	Consultation systématique	Automédication seule	Automédication et consultation	Autre	TOTAL
CSP	Effectifs (pourcentage)	Effectifs (pourcentage)	Effectifs (pourcentage)	Effectifs (pourcentage)	Effectifs (pourcentage)
3 ou 4	9 (39.1)	7 (30.4)	3 (13.0)	4 (17.4)	23 (100)
5 ou 6	31 (57.4)	9 (16.6)	4 (7.4)	10 (18.5)	54 (100)
7	8 (72.7)	1 (9.1)	0 (0)	2 (18.1)	11 (100)
TOTAL	48 (54.5)	17 (19.3)	7 (7.9)	16 (18.2)	88 (100)

Tableau n°7 : Attitude initiale en fonction de la catégorie socio-professionnelle (CSP) des patients.

Attitude Initiale	Consultation systématique	Automédication seule	Automédication et consultation	Autre	TOTAL
Mode de recrutement	Effectifs (pourcentage)	Effectifs (pourcentage)	Effectifs (pourcentage)	Effectifs (pourcentage)	Effectifs (pourcentage)
Convoqués	33 (60.0)	10 (18.2)	5 (9.1)	7 (12.7)	55 (100)
Consultants	15 (45.4)	7 (21.2)	2 (6.1)	9 (27.3)	33 (100)
TOTAL	48 (54.5)	17 (19.3)	7 (7.9)	16 (18.2)	88 (100)

Tableau n°8 : Attitude initiale en fonction du mode de recrutement des patients

3. L'automédication par ACT

Comme explicité ci-dessus, l'automédication seule est pratiquée par 17 patients. Dans 7 cas, elle est adaptée c'est-à-dire qu'elle repose sur une molécule indiquée dans le traitement ambulatoire du paludisme simple, à la bonne posologie et avec une durée de prise correcte. Dans les 10 cas restant, elle est incorrecte en raison d'une posologie et/ou d'une durée de traitement erronée.

Seuls les patients consultant de manière systématique (réponse à la question 8) auprès d'un médecin (réponse à la question 9), soit 39 patients, n'ont pas eu à répondre à la question n°10. 49 patients ont donc précisé leur pratique concernant l'automédication. Pour 36 patients (73.5%), cette automédication est erronée. Elle s'avère juste dans seulement 13 cas soit 26.5%. Le tableau n°9 traduit la qualité de l'automédication selon le comportement initial des patients. Le caractère correct ou non de l'automédication n'est pas corrélée au niveau d'étude des patients.

Automédication	Correcte	Erronée	TOTAL
Attitude initiale	Effectifs (pourcentage)	Effectifs (pourcentage)	Effectifs (pourcentage)
Consultation systématique	1 (7.1)	13 (92.9)	14 (100)
Automédication	7 (41.1)	10 (58.8)	17 (100)
Automédication + consultation	3 (42.9)	4 (57.1)	7 (100)
Autre	2 (18.1)	9 (81.8)	11 (100)
TOTAL	13 (26.5)	36 (73.5)	49 (100)

Tableau n°9 : Qualité de l'automédication selon l'attitude initiale du patient

La quasi-totalité des patients, 47 sur 49, obtiennent leur médicament en pharmacie. Un seul utilise un stock personnel et un patient obtient ses médicaments auprès du « vendeur » du village.

Concernant la possession d'ACT à domicile, les réponses se répartissent comme suit : 18 patients (20.5%) possèdent une ou plusieurs boîtes complètes d'ACT, 57 (64.8%) n'en possèdent pas et 13 (14.7%) possèdent une boîte incomplète, témoin d'un traitement antérieur inadapté ou interrompu précocement. Chaque boîte d'ACT étant conditionnée pour correspondre au traitement d'un épisode de paludisme pour un adulte. La possession d'ACT à domicile est plus fréquente chez les patients ayant poursuivi des études supérieures (33.3%)

par rapport aux patients ayant terminé leurs études en primaire (9%). Cette différence n'est toutefois pas significative ($p=0.07$) et mériterait d'être confirmée sur un échantillon plus important.

4. Impact et réflexions à propos des ACT

Les tableaux n°10, 11 et 12 retranscrivent les réponses données respectivement aux questions 12,13 et 14.

Modification du comportement (question 12)	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage Cumulé
Oui	21	23.9	23.9
Non	60	68.2	92.1
Non défini	7	7.9	100
Total	88	100	100

Tableau n°10 : Modification du comportement depuis la mise à disposition des ACT

L'analyse croisée des questions 8 et 12 permet de mettre en évidence et de manière significative ($p<0.05$) une modification de comportement plus fréquente chez les patients déclarant avoir recours à l'automédication seule comparativement aux patients qui consultent systématiquement. Aucun autre facteur n'influe la modification ou non de comportement.

Opinion sur la facilité d'accès aux ACT (question 13)	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage Cumulé
Bonne chose	31	35.3	35.3
Mauvaise chose	36	40.9	76.2
Indécis	14	15.9	92.1
Sans opinion	7	7.9	100
Total	88	100	100

Tableau n°11 : Opinion des patients concernant la facilité d'accès aux ACT

La population étudiée est globalement divisée sur le caractère positif ou négatif de la facilité d'accès aux ACT en pharmacie sans ordonnance. Les effectifs « pour » et « contre » sont quasiment identiques. Le nombre d'indécis, non négligeable, traduit bien cette hésitation. Les aspects qualitatifs des réponses et les précisions données par les patients peuvent être regroupés dans les occurrences suivantes :

- L'accès aisé aux ACT est bénéfique car il permet un traitement précoce, rapide, efficace et facile pour une pathologie grave (8 patients sur 31). Il apporte une solution à la difficulté d'accès au médecin pour lequel les délais de rendez-vous sont parfois longs (5 patients sur 31). Il permet un bénéfice financier en supprimant la consultation médicale ou l'analyse en laboratoire payantes (5 patients sur 31). Il permet d'éviter la contrefaçon tout en revalorisant le rôle du pharmacien, compétent pour distribuer les ACT (2 patients sur 31). Pour onze patients, aucune précision n'est donnée.

- L'accès aisé aux ACT est néfaste car il est indispensable de consulter un médecin afin d'obtenir une confirmation diagnostic clinique ou biologique du paludisme. Les diagnostics différentiels sont nombreux et toute fièvre n'est pas synonyme de paludisme (17 patients sur 36). Il est indispensable d'obtenir une prescription adaptée en raison du grand nombre d'ACT disponibles, des risques potentiels d'effets secondaires et/ou d'allergie (9 patients sur 36). La consultation médicale reste une « nécessité » normale et l'accès sans ordonnance aux ACT est anormal voire « interdit » pour 10 patients. Quatre patients ne précisent pas les raisons de leur réponse. A noter qu'un patient évoque la nécessité de consulter et de suivre ainsi un parcours de soins « imposé » afin d'obtenir la prise en charge de ses médicaments depuis son affiliation à la CNAMGS.

- Pour les patients indécis : La rapidité, la simplicité et l'efficacité des ACT (8 patients) ajoutés à des arguments financiers (4 patients) étaient contrebalancés par la nécessité d'obtenir une certitude diagnostic (9 patients) et une ordonnance pour éviter les effets secondaires ou la mauvaise utilisation des ACT (3 patients).

 Crainte de résistances (question 14)	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage Cumulé
Oui	56	63.7	63.7
Non	17	19.3	83.0
Indécis	1	1.1	84.1
Sans opinion	14	15.9	100
Total	88	100	100

Tableau n°12 : Craintes des patients vis-à-vis de l'apparition des résistances et de perte d'efficacité des ACT.

L'apparition de résistances est un problème bien réel pour les patients interrogés. 63.7% se déclare inquiet de ce phénomène avec une proportion significativement plus importantes

chez les patients ayant fait des études supérieures (80%) par rapport aux patients ayant arrêté leurs études en primaire (27.3%).

Les aspects qualitatifs de la question 14 sont moins étoffés. 61 patients (69.3%) n'ont apportés aucune précision ou information complémentaire à leur réponse malgré les questions ouvertes posées lors des entretiens individuels.

- Pour les patients se déclarant non inquiet vis-à-vis de l'apparition éventuelle de résistance et d'une perte d'efficacité, deux occurrences dominant :

- La confiance dans la technologie pour trouver sans difficulté de nouvelle molécule efficace (5 patients soit 5.7%)

- L'efficacité presque miraculeuse du Coartem, tellement puissante que celle-ci ne peut pas être mise à mal (3 patients soit 3.4%).

- Pour les patients au contraire inquiets, deux occurrences dominant associées à plusieurs items cités ponctuellement :

- L'adaptation de l'organisme au médicament, source d'une perte d'efficacité (6 patients soit 6.8%)

- L'adaptation du parasite pour 4 patients (4.5%).

- Les autres items cités ponctuellement restent pertinents et intéressant à analyser :

Un patient met en doute la véracité des résistances. « Ne s'agit-il pas plutôt d'une inefficacité, somme toute normale, des ACT pris devant une fièvre non liée au paludisme ? ». Deux patients soulignent d'ailleurs la sur-utilisation des ACT qui est faite devant toute fièvre non nécessairement liée au paludisme. Un patient fait le parallèle avec la chloroquine devenue inefficace et souligne la difficulté future du traitement anti paludique en cas de résistance aux ACT. Un seul patient, inquiet de résistance aux traitements actuels, évoque le souhait de voir un vaccin efficace voir enfin le jour.

D. Analyse et discussion

1. Points négatifs

Différents biais peuvent être retenus dans notre travail :

- Un biais de recrutement au sein de la population étudiée. L'objectif initial était d'étudier l'automédication au sein de la population gabonaise. Toutefois notre place et notre situation au sein de la société n'ont pas permis d'obtenir un échantillon représentatif de la population gabonaise. En effet les PCRL du camp De Gaulle ont un accès aisé et gratuit à un médecin. De plus, ils sont, par certains aspects, une population « privilégiée » avec un emploi et des moyens financiers leur permettant un minimum d'accès aux soins. Le taux de chômage de notre population (CSP n°7) est de 12.5% contre une moyenne à 20.3% au Gabon. Le recrutement de l'HIA OBO est majoritairement une population militaire ayant, là encore, un accès aisé et gratuit à un système de santé performant. On pourrait donc penser l'automédication moins fréquente dans notre population que dans la population générale. Une étude complémentaire mériterait d'être réalisée auprès des populations jugées économiquement faible et/ou sans emploi. Toutefois ce biais de recrutement doit être nuancé. En effet, nos résultats ont montré une faible sensibilité de l'automédication à la variation de CSP ou de niveau d'étude (Cf. tableau n 7).

- Il existe un biais dans la période de recueil et de réalisation des questionnaires. Les mois de juin-juillet correspondent à une période à faible incidence de cas de paludisme. La réalisation de l'étude en période de haute incidence, diminuant ainsi la proportion de patients convoqués au profit des patients consultants, aurait sans doute permis d'appréhender de manière différente le comportement des gabonais devant une suspicion de paludisme. Là encore, ce biais doit être nuancé puisque l'attitude initiale des patients n'est pas influencée par le mode de recrutement (Cf. tableau n°8).

2. Points positifs

Deux points positifs majeurs peuvent être retenus dans notre travail :

- L'effectif : 88 patients. Chiffre qui permet d'obtenir une étude qualitative satisfaisante avec un épuisement des idées rapportées par les patients à travers différents items et occurrences.
- Le caractère original, et sans précédent dans la littérature, de notre travail. En effet, les études qualitatives de terrain, qui plus est sur l'usage des ACT, sont peu nombreuses et aucune référence bibliographique concernant le territoire gabonais n'existe. Des travaux similaires ont pu être réalisés au Sénégal et au Niger, pays différents de par leurs caractéristiques économiques et sociétales. Notre travail peut donc constituer un point de départ pour des travaux complémentaires.

3. Principaux résultats

Au sein de notre population, la fièvre et les arthralgies restent les deux principaux symptômes évocateurs de paludisme. Les accès palustre surviennent en moyenne 1 fois par an et l'automédication n'est pratiquée que par 19.3% des patients.

L'arrivée des ACT a entraîné une modification de comportement pour 23.9% des patients qui se tournent depuis, en majorité, vers l'automédication. L'automédication est justifiée par la simplicité de prise et d'accès à un médicament efficace et presque « magique » et par des raisons financières. Toutefois seulement 41.1% de ces patients ont une automédication correcte, chiffre qui descend à 26.5% sur l'ensemble de la population.

A noter qu'à travers les entretiens individuels, nous pouvons affirmer que cette mauvaise automédication est à la fois liée aux patients eux-mêmes mais aussi souvent aux mauvais conseils des professionnels de santé (pharmaciens, préparateurs en pharmacie, médecins, biologistes) sans qu'il soit possible de chiffrer précisément la part de responsabilité de chacun dans ces erreurs. D'autres études sont nécessaires et pourraient permettre de préciser ces constatations.

Les erreurs de comportement constatées sont : Premièrement, la prescription par le médecin, ou sur demande du patient, de quinine en traitement IM ou IV sans critère clinique ou biologique pouvant justifier une telle pratique. La quinine reste encore pour beaucoup de patient le traitement de référence, le traitement qu'ils réclament et le changement d'habitudes demandera encore du temps, même du côté des soignants. La quinine semble avoir encore de beaux jours devant elle alors que la littérature regorge d'études prouvant l'efficacité et l'innocuité des ACT ou d'études démontrant la pertinence des prises en charge communautaires avec une stratégie combinée basée sur les TDR et les ACT [11,12,13,14,15].

Deuxièmement, la posologie des ACT : Traitement avec des posologies trop faibles ou interrompus précocement car efficace ou à l'inverse poursuivit trop longtemps. Bref, certains patients reconnaissent avoir du mal à s'y retrouver au milieu des dizaines de présentations disponibles [16]. Une simplification pragmatique de l'offre proposée, accompagnée de programmes d'éducation et de communication semble nécessaire. Dans notre étude, le caractère correct ou non de l'automédication n'est pas influencé par le niveau d'étude ou la CSP du patient (Cf. p.24). Ce constat renforce notre opinion sur un manque d'information du patient. L'automédication étant d'une réelle simplicité, le packaging des laboratoires et les notices fournies étant volontairement simplistes, comment des patients diplômés d'université, des cadres, pourraient-ils ne pas comprendre si ce n'est en raison d'un manque initial d'information et d'éducation.

En pratique et plus de 10 ans après l'arrivée des ACT, les gabonais restent prudents vis-à-vis de l'automédication. Cette méfiance et cette faible prévalence, sont-elles liées aux difficultés évoquées ci-dessus et au manque d'information ? A priori non, ces facteurs expliquant plutôt la mauvaise qualité de l'automédication plus que sa faible prévalence. Toutefois, cette question n'ayant pas été abordée avec les patients, notre réponse ne pourrait qu'être sujette à caution et refléter plutôt des impressions personnelles de terrain.

Avec notre étude, nous pouvons seulement expliquer cette faible prévalence par l'attachement que les gabonais témoignent à la consultation, l'acte diagnostic et thérapeutique du médecin qui restent importants à leurs yeux même s'ils s'accordent à reconnaître certaines difficultés d'accès aux soins (disponibilité et aspect financier). La création et la mise en place de la CNAMGS, trop récente pour pouvoir se traduire dans les chiffres constatés, sont déjà largement évoquées de manière positive par les patients. En augmentant l'accès aux soins et

les consultations médicales, les chiffres d'automédication constatés dans notre étude devraient donc à l'avenir encore diminuer [6].

La population gabonaise étudiée a bien conscience des enjeux, à court ou long termes, liés à l'automédication par ACT. Les principaux avantages et inconvénients d'une automédication par ACT sont bien cernés (les questions 12 et 13 ont permis d'obtenir l'épuisement des idées) même si en pratique le comportement et les réponses des patients aux questions fermées ne sont pas toujours en accord avec leurs opinions données aux questions ouvertes.

Le problème du diagnostic de certitude a été largement évoqué par les patients alors que le recours au TDR n'a lui jamais été abordé ni même cité. Certes, il ne s'agissait pas d'une question ou d'un critère recherché systématiquement lors des interrogatoires individuels mais, au contraire, les analyses par frottis sanguin ou goutte épaisse ont été abordées plusieurs fois par les patients. Ces TDR occupent pourtant une place majeure dans la politique Test, Treat et Track de l'OMS. Notre pratique nous a conduit à constater l'absence de TDR à l'hôpital de Lambaréné, dans les cabinets médicaux de différents médecins généralistes et dans différentes pharmacies parmi les plus importantes de Libreville. L'étude de l'usage des TDR au Gabon devra faire l'objet d'un travail complémentaire. Utilisés en autodiagnostic, ils sont une première étape indispensable à une automédication pertinente et de qualité voulant se prémunir de toute apparition de résistances du plasmodium à long terme [17,18,19,20,21].

La prévalence de l'automédication est faible mais devant le faible usage supposé des TDR pour la confirmation diagnostic du paludisme, nous sommes en droit de nous interroger sur la pertinence des prescriptions fréquentes d'ACT faite au décours des consultations médicales. L'usage des TDR ne semble pas à la hauteur de celui des ACT. En d'autres termes, si la responsabilité des patients dans l'usage non raisonné des ACT, à travers une automédication erronée que nous avons pu chiffrer est faible, qu'en est-il de la responsabilité du corps médical ? Combien de traitements par ACT sont –ils prescrits de manière inadaptée, soit par leur indication en l'absence de confirmation diagnostic, soit par le choix d'une molécule non indiquée comme la quinine soit par leur posologie ? Une étude sur la prescription des ACT par les professionnels de santé au Gabon peut s'avérer pertinente [22].

IV. CONCLUSION

Notre étude a permis de répondre à l'objectif initial en objectivant au sein de notre échantillon une automédication par ACT de faible prévalence. Seulement 19.3% de la population choisit l'automédication devant un accès palustre suspecté. Toutefois cette automédication est souvent mal réalisée (58.9%), que ce soit dans l'indication, la molécule choisit, la posologie ou la durée de traitement.

Cette automédication, défectueuse, trouve ses origines dans des facteurs d'accessibilité aux soins et des facteurs financiers. Alors que la création de la CNAMGS devrait minimiser l'impact de ces derniers et favoriser ainsi l'accès aux soins, il conviendrait d'optimiser cette automédication qui reste une arme majeure de lutte contre le paludisme. La création d'un programme de communication et d'éducation vers les patients et de formation continue vers les professionnels de santé, sur les modalités de l'automédication pourrait s'avérer pertinente.

De plus, il serait souhaitable d'évaluer et très certainement d'améliorer l'usage et l'accès aux tests de diagnostic rapide qui semble sous utilisé. Tout cela afin de coller au plus près des nouvelles recommandations et politiques de l'OMS : Test, Treat and Track.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire d'étude.	p. 34
Annexe 2 : Listes des ACT disponibles et remboursables au Gabon.	p. 36
Annexe 3 : Nomenclature des catégories socio-professionnelles	p. 38

Annexe 1

CAPACITE DE MEDECINE TROPICALE

Paludisme et automédication par ACT dans la population gabonaise

QUESTIONNAIRE

Question 1 : Vous êtes

- Homme Femme

Question 2 : votre date de naissance :

Question 3 : votre niveau d'étude :

Question 4 : votre profession :

Question 5 (à remplir par le médecin): Quel est le motif de consultation :

- Paludisme Fièvre Autres ou convoqués

Question 5 bis (à remplir par le médecin) : Avez-vous déjà consultez :

- Oui, précisez (médecin, clinique, pharmacie, autres...) :
 Non

Question 6 : Parmi les signes suivants lesquels vous font évoquer un paludisme :

- Fièvre / Frissons Vomissements
 Douleurs articulaires Diarrhées
 Maux de tête Autres, Précisez :
 Douleurs musculaires

Question 7 : Combien de fois par an, souffrez-vous selon vous de paludisme :

- 1 fois 2 fois
 3 à 5 fois Plus de 5 fois Moins d'une fois

Question 8 : Quelle votre attitude devant un paludisme suspecté :

- Consultation systématique
 Traitement par automédication seul
 Traitement par automédication et consultation rapide
 Autres, précisez :

Question 9 : En cas de consultation, qui consultez-vous :

- Un médecin
- Un praticien traditionnel
- Un pharmacien
- Autres (amis, voisins...), précisez :

Question 10 : En cas d'automédication, quel produit utilisez-vous :

Nom :

A quelle dose :

- Lieu d'acquisition : Pharmacie
- Domicile / Stock personnel
- Autres (amis, marchands ambulants...), précisez :

Question 11 : Possédez-vous une boîte de traitement ACT en réserve à domicile :

- Oui
- Non

Question 12,13 et 14 à remplir avec le médecin

Question 12 : Votre comportement vis-à-vis d'un paludisme suspecté a-t-il été modifié par la mise à disposition des ACT en 2004 :

- Oui ; précisez :
- Non

Question 13 : La facilité d'accès aux ACT en pharmacie est-elle selon vous :

- Une bonne chose
- Une mauvaise chose
- Indécis
- Sans opinion

Question 14 : A l'avenir, craignez-vous l'apparition de résistances et une perte d'efficacité des ACT :

- Oui
- Non
- Indécis
- Sans opinion

Annexe 2

Listes des ACT disponibles et remboursables au Gabon (source CNAMGS) 1/2

DCI	NOM COMMERCIAL	FORME MEDICAMENT	CONDITIONNEMENT	DOSAGE	TAUX	PRIX
TRINIDAZOLE 500MG	FRAGSINE	COMPRIME	BOITE DE 12	500MG	20%	6,325
TRINIDAZOLE 500MG	FRAGSINE	COMPRIME	BOITE DE 4	500MG	20%	3,005
TRINIDAZOLE 500MG	TRINAZOL	COMPRIME	BOITE DE 4	500MG	20%	1,105
ANTIparasitaires : ANTIALUDIQUES						
AMODIAQUINE 10MG/ML + ARTESUNATE 4MG/ML	CAVACQUIN PLUS	SUSPENSION BUVRABLE	FLACON DE 60ML	10MG /ML + 4MG/ML	20%	1,825
ARTEMETHER 20MG + LUMEFANTRINE 120MG	COLART	COMPRIME	BOITE DE 12	20MG + 120MG	20%	2,365
ARTEMETHER + LUMEFANTRINE 20/120	LARTEM	COMPRIME	BOITE DE 24	20/120	20%	3,385
ARTEMETHER + LUMEFANTRINE 40/240	LARTEM	COMPRIME	BOITE DE 12	40/240	20%	3,385
ARTEMETHER + LUMEFANTRINE 80/480	LARTEM	COMPRIME	BOITE DE 6	80/480	20%	3,385
ARTEMETHER 15MG + LUMEFANTRINE 90MG	ARTIRM	SUSPENSION BUVRABLE	FLACON DE 60ML	15MG + 90MG	20%	2,920
ARTEMETHER 180 MG + LUMEFANTRINE 1080 MG	COFRANTINE	COMPRIME	BOITE DE 6	180MG + 1080MG	20%	3,695
ARTEMETHER 180 MG + LUMEFANTRINE 1080 MG	COFRANTINE	SUSPENSION BUVRABLE	FLACON DE 60ML	180MG + 1080MG	20%	3,755
ARTEMETHER 20MG + LUMEFANTRINE 120MG	COFRANTINE	COMPRIME DISPENSIBLE	BOITE DE 8	20MG + 120MG	20%	955
ARTEMETHER 20MG + LUMEFANTRINE 120MG	COLART	COMPRIME	BOITE DE 24	20MG + 120MG	20%	2,890
ARTEMETHER 20MG + LUMEFANTRINE 120MG	LUFANTER	COMPRIME DISPENSIBLE	BOITE DE 6	20MG + 120MG	20%	940
ARTEMETHER 20MG + LUMEFANTRINE 120MG	LUFANTER	SUPPOSITOIRE	BOITE DE 6	20MG + 120MG	20%	9,335
ARTEMETHER 20MG + LUMEFANTRINE 120MG	COFRANTINE	COMPRIME DISPENSIBLE	BOITE DE 12	20+120MG	20%	3,128
ARTEMETHER 20MG + LUMEFANTRINE 120MG	COFRANTINE	COMPRIME DISPENSIBLE	BOITE DE 6	20+120MG	20%	1,594
ARTEMETHER 20MG + LUMEFANTRINE 120MG	COFRANTINE	COMPRIME DISPENSIBLE	BOITE DE 12	20+120MG	20%	2,620
ARTEMETHER 20MG + LUMEFANTRINE 120MG	COFRANTINE	COMPRIME DISPENSIBLE	BOITE DE 6	20MG + 120MG / 5ML	20%	5,900
ARTEMETHER 360MG + LUMEFANTRINE 2160MG	CO-ARTESUNATE	SUSPENSION BUVRABLE	FLACON DE 120ML	360MG + 2160MG	20%	3,655
ARTEMETHER 3MG + LUMEFANTRINE 18MG/ML	LUFANTER	SUSPENSION BUVRABLE	FLACON DE 60ML	3MG + 18MG / ML	20%	3,755
ARTEMETHER 3MG + LUMEFANTRINE 18MG/ML	LARTHER	SUSPENSION BUVRABLE	FLACON DE 60ML	3MG + 18MG/ML	20%	3,755
ARTEMETHER 40 MG	LARTHER	COMPRIME	BOITE DE 5	40 MG	20%	3,480
ARTEMETHER 40MG + LUMEFANTRINE 240MG	ARTIRM	COMPRIME	BOITE DE 12	40MG + 240MG	20%	3,500
ARTEMETHER 40MG + LUMEFANTRINE 240MG	LUFANTER	COMPRIME	BOITE DE 12	40MG + 240MG	20%	3,575
ARTEMETHER 40MG + LUMEFANTRINE 240MG	BIMALAAIL	SUSPENSION BUVRABLE	FLACON DE 30ML	40MG + 240MG / 5ML	20%	2,285
ARTEMETHER 40MG + LUMEFANTRINE 240MG / 5ML	BIMALAAIL	SUSPENSION BUVRABLE	FLACON DE 30ML	40MG + 240MG / 5ML	20%	2,680
ARTEMETHER 60MG + LUMEFANTRINE 360MG / 5ML	LARTHER	COMPRIME	BOITE DE 6	60 MG	20%	4,430
ARTEMETHER 80 MG	BIMALAAIL	COMPRIME	BOITE DE 6	80MG + 480MG	20%	2,715
ARTESUNATE 100MG	ARTESIANE	SOLUTION SUBJECTIBLE	BOITE DE 10	100MG	20%	9,485
ARTESUNATE 100MG + AMODIAQUINE 270MG	COMBUCAM	COMPRIME	BOITE DE 3	100MG + 270MG	20%	2,405

1. Médicament : Obtenir le nom des médicaments mentionnés par le CNAMGS - sinon préciser le patient que le médicament prescrit n'est pas sur la liste en le prescrivant sur votre propre ordonnance. Préférer si possible les génériques.
 2. Prescription : S'adresser aux assurés des médicaments de la présente liste prescrits par le médecin sur la feuille de soins CNAMGS. L'identification des données recueillies conformément à l'annexe 2 de la présente liste.
 3. Marque : Déterminer ou vérifier que le médicament vous a prescrit le médicament de la présente liste.

Listes des ACT disponibles et remboursables au Gabon (source CNAMGS) 2/2



LISTE DES MÉDICAMENTS REMBOURSABLES PAR LA CNAMGS

DCI	NOM COMMERCIAL	FORME MÉDICAMENT	CONDITIONNEMENT	DOSAGE	TAUX	PRIX
ARTESUNATE 100MG + AMODIAQUINE ADULTE 270MG	COARSUCAM	COMPRIME	BOITE DE 6	100MG + 270MG	20%	3,370
ARTESUNATE 100MG + MEFLOQUINE 125MG	ARTESQUIN	COMPRIME	BOITE DE 3 + 3	100MG + 125MG	20%	3,000
ARTESUNATE 100MG + SULFAMETHOXYPYRAZINE 250MG	CO-ARIMATE	COMPRIME	BOITE DE 3	100MG+250MG	20%	2,540
ARTESUNATE 150MG	ARTESANE	SUPPOGEL	BOITE DE 6	150MG	20%	6,350
ARTESUNATE 200MG	PLASMOPIRA	RECTOCAPS	BOITE DE 6	200MG	20%	3,575
ARTESUNATE 200MG + MEFLOQUINE 250MG	ARTESQUIN	COMPRIME	BOITE DE 3 + 3	200MG + 250MG	20%	3,950
ARTESUNATE 200MG + SULFAMETHOXYPYRAZINE 500MG	CO-ARIVATE	COMPRIME	BOITE DE 3	200MG+500MG	20%	3,910
ARTESUNATE 25MG + AMOCCALAZINE 67,5MG	COARSUCAM	COMPRIME	BOITE DE 3	25MG + 67,5MG	20%	1,930
ARTESUNATE 300MG + MEFLOQUINE 375MG	ARTESQUIN	COMPRIME	BOITE DE 3 + 3	300MG + 375MG	20%	2,980
ARTESUNATE 40MG	ARTESIANE	SOLUTION INJECTABLE	BOITE DE 10	40MG	20%	6,435
ARTESUNATE 40MG	ARTESIANE	SUPPOGEL	BOITE DE 6	40MG	20%	2,730
ARTESUNATE 40MG	PLASMOPIRA	RECTOCAPS	BOITE DE 6	40MG	20%	2,205
ARTESUNATE 50MG + AMOCCALAZINE 135MG	COARSUCAM	COMPRIME	BOITE DE 3	50MG + 135MG	20%	2,120
ARTESUNATE 50MG + MEFLOQUINE 125MG	ARTESQUIN	COMPRIME	BOITE DE 3	50MG + 125MG	20%	3,595
ARTESUNATE 60MG	ARTESIANE	SOLUTION INJECTABLE	BOITE DE 3	60MG	20%	5,445
ARTHEMETER 20 MG + LUMEFANTRINE 120 MG	ARTERAN	COMPRIME	BOITE DE 20	20MG+120MG	20%	2,465
ARTHEMETER 20MG + LUMEFANTRINE 120MG	COFRANTRINE	COMPRIME	BOITE DE 24	20MG + 120MG	20%	3,595
ARTHEMETER 20MG + LUMEFANTRINE 120MG	LUMART BILBU	COMPRIME	BOITE 24	20MG + 120MG	20%	3,535
ARTHEMETER 20MG + LUMEFANTRINE 120MG	LUMART JAUNE	COMPRIME	BOITE 6	20MG + 120MG	20%	1,860
ARTHEMETER 20MG + LUMEFANTRINE 120MG	LUMART VIOLET	COMPRIME	BOITE 12	20MG + 120MG	20%	2,860
ARTHEMETER 40 MG + LUMEFANTRINE 240 MG	ARTEDAR	COMPRIME	BOITE DE 6+2	40MG + 240MG	20%	3,875
ARTHEMETER 40 MG + LUMEFANTRINE 240 MG	ARTEDAM	COMPRIME	BOITE DE 6+2	40MG + 240MG	20%	3,455
ARTHEMETER 40 MG + LUMEFANTRINE 240 MG	ARTERAN	COMPRIME	BOITE DE 12	40MG+240MG	20%	2,465
ARTHEMETER 40MG	PALUTHER	SOLUTION INJECTABLE	BOITE DE 6	40MG	20%	7,520
ARTHEMETER 40MG	PALUTHER	SOLUTION INJECTABLE	BOITE DE 6	40MG	20%	13,085
ARTHEMETER 80MG	ALUMIE	COMPRIME	BOITE DE 6	80MG + 480MG	20%	2,650
ARTHEMETER 80MG + LUMEFANTRINE 480MG	ARTENAM	SOLUTION INJECTABLE	BOITE DE 7	100MG	20%	7,885
ARTHEMETER 100MG	MAALQUR	COMPRIME	BOITE DE 9	COMPRIME	20%	3,035
DIHYDROARTHEMISININE + PYRIMETHAMINE	MAALQUR	SUSPENSION BUVALE	FLACON DE 60ML		20%	3,575
DIHYDROARTHEMISININE + PYRIMETHAMINE	ALAXIN PLUS	COMPRIME	BOITE DE 3	60MG + 500MG + 25MG	20%	2,145

1. Médicaments : Respecter le libellé des médicaments remboursables par la CNAMGS + selon polémique par rapport que le médicament prescrit n'est pas sur le bon en le prescrivant sur votre propre ordonnance. Privilégier si possible les génériques.
 2. Préparations : Servir tous les médicaments ou si présente libellé présent sur le libellé de la CNAMGS. Interdire les formes exotiques comme uniquement les médicaments à 20% et sur présentation du certificat de grossesse ;
 3. Absence : Demander au vendeur que le médicament vous a prescrit les médicaments de la pharmacie.

Annexe 3

Nomenclature des Professions et Catégories Socioprofessionnelles des Emplois Salariés d'Entreprise (PCS-ESE) : niveau 1

CODE	LIBELLE
1	Agriculteurs
2	Artisans, commerçants et chefs d'entreprises
3	Cadres et professions intellectuelles supérieures
4	Professions intermédiaires
5	Employés
6	Ouvriers

BIBLIOGRAPHIE

- [1] : Population du monde : Fiche pays – Gabon, [en ligne] In. : populationdumonde.com. Site disponible sur : <<http://populationsdumonde.com/fiches-pays/gabon>> (page consultée le 03/11/2014)
- [2] : République gabonaise : Statistiques, [en ligne] In. : www.statistiques-mondiales.com. Site disponible sur <<http://www.statistiques-mondiales.com/gabon.htm>> (page consultée le 03/11/2014)
- [3] : La banque mondiale : Données par pays – Gabon, [en ligne] In. : donnees.banquemondiale.org. Site disponible sur : <<http://donnees.banquemondiale.org/pays/gabon>> (page consultée le 03/11/2014)
- [4] : Jean Pamphile Koumba. Libreville : crise de croissance. Jeune Afrique. 2014 ; [en ligne]. In. : www.jeuneafrique.com. Disponible sur : <<http://www.jeuneafrique.com/Articles/Dossier/JA2763p101.xml0/gabon-libreville-urbanisation-demographielibreville-crise-de-croissance.html>> (page consultée le 03/11/2014)
- [5] : Organisation mondiale de la santé. Gabon : Health profile, [en ligne]. In. : www.who.int/fr. Site disponible sur : <<http://www.who.int/gho/countries/gab.pdf?ua=1>> (page consultée le 03/11/2014)
- [6] : Gary Humphrey. Gabon gets everyone under one social health insurance roof. Bull World Health Organ. 2013 ; 91 : p 318-319.
- [7] : Organisation mondiale de la santé. Paludisme-Rapport mondial 2013 : Gabon, [en ligne]. In. : www.who.int/fr. Site disponible sur : <http://www.who.int/malaria/publications/country-profiles/profile_gab_en.pdf?ua=1> (page consultée le 03/11/2014)
- [8] : Organisation mondiale de la santé. Gabon- Stratégies de coopération, un aperçu, [en ligne]. In. : www.who.int/fr. Site disponible sur : <http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsbrief_gab_fr.pdf?ua=1> (page consultée le 03/11/2014)

[9] : Organisation mondiale de la santé. Paludisme-Rapport mondial 2013 : résumé et points essentiels, [en ligne]. In. : www.who.int/fr. Site disponible sur : http://www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report_2013/wmr13_resume_points_essentiels.pdf?ua=1 (page consultée le 03/11/2014)

[10] : Organisation mondiale de la santé. T3 : Test.Treat.Track. Améliorer l'accès au diagnostic et au traitement du paludisme et intensifier la surveillance épidémiologique, [en ligne]. In. : www.who.int/fr. Site disponible sur http://www.who.int/malaria/publications/atoz/test_treat_track_brochure_fr.pdf page consultée le 03/1/2014

[11] : Ndiaye et Al. : Community case management in malaria : review and perspectives after four years of operational experience in Saraya district, south-east Senegal. *Malaria Journal*.2013 ; 12 : 240.

[12] : Sylla K, Abiola A, Tine RC et Al. : Monitoring the efficacy and safety of three artemisinin based-combinations therapies in Senegal: results from two years surveillance. *BMC Infectious Diseases*.2013 ; Dec 20 ; 13 : 598. doi: 10.1186/1471-2334-13-598.

[13] : Tine RC, Faye B, Sylla K, Ndiaye JL, NdiayeM et Al. : Efficacy and tolerability of a new formulation of artesunate-mefloquine for the treatment of uncomplicated malaria in adult in Senegal: open randomized trial. *Malaria Journal*.2012 ;déc12;11:416. doi: 10.1186/1475-2875-11-416.

[14] : Gargano N, Ubben D, Tommasini S, Bacchieri A et Al. : Therapeutic efficacy and safety of dihydroartemisinin-piperaquine versus artesunate-mefloquine in uncomplicated *Plasmodium falciparum* malaria in India. *Malaria Journal*.2012 ; Jul 20 ; 11:233. doi: 10.1186/1475-2875-11-233.

[15] :Sagara I, Fofana B, Gaudart J, Sidibe Bet Al. : Repeated artemisinin-based combination therapies in a malaria hyperendemic area of Mali: efficacy, safety, and public health impact. *Am J Trop Med Hyg*. 2012 Jul;87(1):50-6. doi: 10.4269/ajtmh.2012.11-0649.

[16] :Onyango et Al. : Factors associated with non-adherence to artemisinin-based combination therapy (ACT) to malaria in rural population from holoendemic region of western Kenya. *BMC Infectious Diseases*.2012 ; 12 : 143.

[17] : Ikwuobe et Al. : The impact of rapid malaria diagnostic tests upon anti-malarial sales in community pharmacies in Gwagwalada, Nigeria. *Malaria Journal*.2013 ; 12 : 380.

[18] : Mbonye et Al. : Treatment of fevers prior to introducing rapid diagnostic test for malaria in registered drug shops in Uganda. *Malaria Journal*.2013 ; 12 : 131.

[19] : Ezeoke et Al. : Exploring Health providers' and community perceptions and experiences with malaria tests in south-east Nigeria : a critical step towards appropriate treatment. *Malaria Journal*.2012 ; 11 : 368.

[20] : Masanja et Al. : Increased use of malaria rapid diagnostic tests improves targeting of anti-malarial treatment in rural Tanzania : Implication for nationwide rollout of malaria rapid diagnostic tests. *Malaria Journal*.2012 ; 11 : 221.

[21] : Thiam S., Thior M., Faye B., Ndiop M., Diouf ML. et Al. : Major reduction in anti-malarial drug consumption in Senegal after nation-wide introduction of malaria rapid diagnostic tests. *PLoS ONE* 6(4) : e18419. Doi : 10.1371/journal.pone.0018419

[22] : Steinhardt LC, Chinkhumba J, Wolkon A, Luka M et Al. : Patient-, health worker-, and health facility-level determinants of correct malaria case management at publicly funded health facilities in Malawi: results from a nationally representative health facility survey. *Malaria Journal*. 2014 Feb 20;13:64. doi: 10.1186/1475-2875-13-64.