

PALUDISME ET GROSSESSE : ATTITUDE DU PERSONNEL DE SANTE LORS DES CONSULTATIONS PRENATALES A COTONOU, BENIN

A. NAHUM, M. AKOGBETO

RESUME • Afin d'évaluer le niveau de connaissance et les pratiques de prescription d'antipaludiques chez la femme enceinte en première consultation prénatale, une étude a été réalisée auprès du personnel médical et paramédical provenant du secteur public et non public de la ville de Cotonou de novembre 1996 à janvier 1997. L'enquête a utilisé un questionnaire comportant des variables relatives aux antipaludiques utilisés, aux schémas thérapeutiques prescrits ainsi qu'aux posologies et durées recommandées par l'OMS et adoptées par le Programme National de Lutte contre le Paludisme. Une étude des supports d'information a permis de valider les réponses de l'entretien le jour de l'enquête. A partir d'un échantillon aléatoire à deux degrés et stratifié, 208 prescripteurs, dont 109 médecins, 51 sages-femmes et 48 infirmiers, ont été interrogés. De l'analyse des réponses, il ressort que la chimioprophylaxie est prescrite par toutes les sages-femmes, par 87,5 p. 100 des infirmiers et par 86,2 p. 100 des médecins. Les sages-femmes prescrivent cette stratégie à toutes les femmes gestantes. Toutefois, chez 5,5 p. 100 des médecins et 6,3 p. 100 des infirmiers, les primigestes représentent le groupe cible. La chloroquine constitue l'antipaludique le plus utilisé. Elle est parfois utilisée en association avec le proguanil. Parmi les autres antipaludiques utilisés en prévention, 2,4 p. 100 des infirmiers et 1,1 p. 100 des médecins prescrivent la quinine. Les schémas thérapeutiques utilisés et les posologies appliquées par le personnel de santé ne sont pas conformes à la politique du Programme National de Lutte contre le Paludisme : ces résultats justifient la création d'un cadre de concertation et d'un système de communication entre les décideurs et les prestataires de soins de santé.

MOTS-CLES • Paludisme - Prescription - Prévention - Femme enceinte - Bénin.

MALARIA AND PREGNANCY : ATTITUDES OF HEALTH CARE PERSONNEL DURING PRENATAL EXAMINATION IN COTONOU, BENIN

ABSTRACT • The purpose of this study was to evaluate the state of knowledge and use of drug in pregnant women diagnosed with malaria at the first prenatal examination. Survey data were conducted of physicians and paramedical staff working the public and private sector in Cotonou, Benin from November 1996 to January 1997. A questionnaire including items on the type of antimalarials used, the therapeutic regimens and compliance with the treatment posology and duration guidelines as defined by the WHO and recommended by the National Program against Malaria. A study of informational supports allowed validation of responses obtained during the interview on the day of survey. A random two-degree, stratified sample of 208 prescribers including 109 physicians, 51 midwives, and 48 nurses was interviewed. Data analysis showed that chemoprophylaxis was prescribed by all midwives, 87.5 p. 100 of nurses, and 86.2 p. 100 of physicians. Midwives prescribed this strategy in all pregnant women. For 5.5 p. 100 of physicians and 6.3 p. 100 of nurses, primigravid women were considered as a target group. Chloroquine was the most widely used anti-malarial. It was sometimes used in association with proguanil. Of the other drugs used for prevention, quinine was prescribed by 2.4 p. 100 of nurses and 1.1 p. 100 of physicians. The therapeutic regimes and posologies used by the health care workers were not in compliance with the policies of the National Program for Control of Malaria. The findings warrant the creation of an organization to promote consultation and communication between health care authorities and workers.

KEY WORDS • Malaria - Prescription - Prevention - Pregnant women - Benin.

Med. Trop. • 2000 • 60 • 251-255

Dans la plupart des pays africains au sud du Sahara, le paludisme se transmet de manière stable et demeure un problème de santé publique préoccupant. Au Bénin, l'affection constitue la première cause de morbidité et de recours aux

soins. Les groupes à risques identifiés par l'OMS et le Programme National de Lutte contre le paludisme (PNLP) sont les enfants en dessous de cinq ans et les femmes enceintes (1). L'immunité partielle acquise par les femmes en âge de procréer ne confère pas une protection totale contre les effets morbides du paludisme sur la grossesse, le fœtus et le nouveau-né. L'impact du paludisme sur la grossesse se traduit essentiellement par l'infection maternelle (2-4). Cette infection agit sur le placenta et entraîne la morbidité et la mortalité de la mère et du fœtus. La fièvre et les symptômes aigus, l'accès perni-

• Travail du Centre de Recherche Entomologique de Cotonou (A. N., Médecin Epidémiologiste ; M. A., Entomologiste Médical, Maître de Recherche, Directeur du CREC), Cotonou, Bénin.

• Correspondance : A. NAHUM, Centre de Recherche Entomologique de Cotonou, 06 BP 2604 Cotonou, République du Bénin • Fax : 00 229 33 08 25 • e-mail : Akogbeto@mart.crecnet •

• Article reçu le 19/05/99, définitivement accepté le 10/11/2000.

cieux, l'hypoglycémie et l'hémorragie du *post-partum* demeurent les manifestations les plus couramment rencontrées chez la femme enceinte (5). La splénomégalie et le retard de croissance consécutif, la prématurité, la mortalité et le paludisme congénital, relativement rare, sont les conséquences de cette parasitose sur le fœtus et le nouveau-né (5, 6). L'hypotrophie à la naissance constitue un facteur essentiel de mortalité infantile, le risque étant plus marqué chez les prématurés que chez les enfants à terme même ayant subi un retard de croissance intra-utérine (7, 8). La prévention passe par la lutte contre l'infection maternelle. Selon les recommandations de l'OMS (1, 3) adoptées par le PNLP, cette prévention consiste en l'administration curative de chloroquine à la dose de 25 mg par Kg de poids corporel en trois jours à la première consultation prénatale. Lors d'un accès aigu, le traitement pré-somptif doit être suivi d'un traitement prophylactique hebdomadaire de 300 mg de chloroquine en prise unique pendant toute la durée de la grossesse. Dans le but d'apprécier le degré de mise en œuvre de cette stratégie dans les formations sanitaires de Cotonou, la présente étude a eu pour but de vérifier si la méthode de prise en charge du paludisme chez la femme enceinte est en adéquation avec les recommandations du PNLP.

MATERIEL ET METHODES

Zone d'étude.

De novembre 1996 à janvier 1997, une enquête transversale descriptive a été menée auprès du personnel de santé de la ville de Cotonou, capitale économique du Bénin. Contrairement à d'autres villes continentales d'Afrique intertropicale, l'intensité de la transmission du paludisme à Cotonou, ville côtière lagunaire, est élevée : elle est en moyenne de 46 piqûres infectées par homme et par an (9, 10). Le réseau sanitaire est constitué de deux secteurs, public et privé : le secteur public comprend les services de soins de santé nationaux, mais aussi d'autres services associés comme les services de santé des armées, des établissements scolaires, etc.. Le secteur privé regroupe les structures du secteur privé à but non lucratif que sont les structures de soins des organisations non gouvernementales, les cliniques coopératives, les centres confessionnels et les structures du secteur privé à but lucratif constituées de cliniques médicales, de cabinets médicaux et de soins médicaux, ainsi que des cliniques obstétricales.

Population cible.

L'étude a intéressé les agents de santé des secteurs de soins publics et privés. Il s'agit des médecins généralistes ou spécialisés et du personnel paramédical constitué de sages-femmes, d'infirmiers diplômés d'état et d'infirmiers de santé résidant et exerçant depuis plus de six mois dans une structure de soins de santé, et occupant des postes de consultation.

Méthode.

• L'enquête

Elle a été conduite dans deux types de formations sanitaires. Le premier type regroupe les formations sanitaires publiques et privées régulièrement installées et dont la liste est disponible au Ministère de la Santé. Le second type concerne les structures de soins, telles que cliniques médicales, cliniques d'accouchements, cabinets médicaux et de soins médicaux, non régulièrement ins-

tallées. Dans un premier temps, tous les établissements sanitaires ont été recensés et stratifiés en fonction des niveaux de soins de manière à constituer des strates homogènes. L'échantillon a été obtenu dans les deux cas de façon aléatoire par tirage au sort des deux tiers des formations sanitaires constituant les strates. Au sein de chaque établissement, un tirage au sort des agents de santé a été fait selon les différentes catégories professionnelles à partir de la liste des agents de santé. Les taux de sondage ont varié selon l'effectif des agents de santé et la nature du centre de santé. Dans cette étude, une formation sanitaire a été définie comme une unité dispensant des soins et prenant en charge des cas de paludisme. Ainsi, lorsqu'il s'agit d'un centre de santé, c'est l'ensemble du centre qui est pris en compte alors que dans un hôpital, seuls les services de médecine générale, de pédiatrie et de maternité sont concernés.

• Deux procédures ont été utilisées pour la collecte des données

Un entretien avec les prescripteurs a été réalisé avec un questionnaire préalablement testé auprès du personnel médical et paramédical dans les centres de santé de Porto-Novo, capitale administrative du Bénin. Il permettait de recueillir sur les lieux de travail du personnel de santé des données relatives aux connaissances sur le diagnostic, la thérapeutique et la prévention. L'enquête a été précédée d'une formation des enquêteurs aux objectifs et au contenu de l'étude ainsi qu'à la procédure de collecte de données. La procédure d'administration du questionnaire en face-à-face est apparue préférable. Le consentement du prescripteur a été recueilli au début de l'administration du questionnaire.

L'examen des documents disponibles dans la structure sanitaire a permis d'effectuer un contrôle de validité le jour de l'enquête. Ce contrôle a consisté à confronter les réponses recueillies à la pratique quotidienne en cours dans les formations sanitaires. La conduite thérapeutique inscrite dans le registre des consultations par l'agent de santé a été prise en compte pour les cinq derniers cas de paludisme diagnostiqués et traités.

Méthode statistique.

La saisie et l'analyse des données ont été faites sur le logiciel Epi-Info® version 5. Le test de χ^2 a été utilisé pour la comparaison des variables qualitatives. Le niveau de signification a été déterminé à 5 p. 100 pour tous les tests.

RESULTATS

Sur un effectif de 213 professionnels de santé sollicités, 208 ont participé à l'enquête, soit 89,5 p. 100, se répartissant en 109 médecins, 51 sages-femmes et 48 infirmiers. Pour certains items, le taux de réponse est moindre.

Tableau 1 - Attitude des 208 professionnels de santé pour la prescription d'une prévention du paludisme selon leur catégorie professionnelle et selon le groupe cible des femmes à Cotonou, Bénin, en 1996-1997.

Groupes cibles de femmes	Catégories de personnels de santé		
	Médecins n (p. 100)	Sages-femmes n (p. 100)	Infirmiers n (p. 100)
Toutes femmes enceintes	88 (80,7)	51 (100)	39 (81,3)
Primigestes seules	6 (5,5)	-	3 (6,3)
Non gestantes	6 (13,8)	-	6 (12,5)
Total	109 (100)	51 (100)	48 (100)

Tableau II - Antipaludiques prescrits pour la prévention du paludisme chez la femme enceinte par un échantillon de 187 personnels de santé à Cotonou, Bénin, en 1996-1997.

Antipaludiques prescrits	Catégories de personnels de santé		
	Médecins n (p. 100)	Sages-femmes n (p. 100)	Infirmiers n (p. 100)
Chloroquine seule	80 (85,1)	44 (86,3)	38 (90,5)
Chloroquine-Proguanil	7 (7,4)	4 (7,8)	-
Amodiaquine	4 (4,3)	2 (3,9)	3 (7,1)
Pyriméthamine	2 (2,1)	1 (2)	-
Quinine	1 (1,1)	-	1 (2,4)
Total	94 (100)	51 (100)	42 (100)

Connaissance en matière de prévention.

Les femmes enceintes représentent le principal groupe cible qui peut bénéficier de la chimioprophylaxie antipaludique. Ce message de l'OMS était compris et la prévention du paludisme assurée par 89,9 p. 100 (IC : 86 p. 100-94 p. 100) du personnel de santé de toutes les formations sanitaires de Cotonou. Le taux variait de 86,2 p. 100 des médecins et 87,5 p. 100 des infirmiers à 100 p. 100 des sages-femmes (Tableau I). Le taux chez les sages-femmes différait significativement de celui des médecins et infirmiers ($p < 0,01$). Contrairement aux sages-femmes qui recommandent la chimioprophylaxie à toutes les gestantes, les primigestes représentent le groupe cible pour 5,5 p. 100 des médecins et 6,3 p. 100 des infirmiers.

Pratique en matière de prévention.

Concernant l'antipaludique utilisé, parmi les 187 prescripteurs l'ayant précisé, 86,6 p. 100 (IC : 82 p. 100-91 p. 100) ont porté leur choix sur la chloroquine seule. Le taux d'utilisation de cette molécule en prévention ne différait pas d'une catégorie professionnelle à l'autre. L'association chloroquine-proguanil a été préférée par 7,4 p. 100 des médecins et 7,8 p. 100 des sages-femmes. Parmi les autres antipaludiques qui sont moins utilisés en prévention, la quinine a été prescrite par 2,4 p. 100 des infirmiers et 1,1 p. 100 des médecins (Tableau II). Les prescripteurs ont recommandé la chimioprophylaxie simple dans 71,7 p. 100 de leurs prescriptions (IC : 65,2 p. 100-78,2 p. 100). Le traitement présomptif par la chloroquine suivi de la chimioprophylaxie hebdomadaire, a été

Tableau IV - Posologie et durée du traitement prophylactique par chloroquine prescrit à l'issue d'un traitement présomptif du paludisme par un échantillon de 162 prescripteurs chez les femmes enceintes à Cotonou, Bénin, en 1996-1997

Antipaludiques prescrits	Catégories de personnels de santé		
	Médecins n (p. 100)	Sages-femmes n (p. 100)	Infirmiers n (p. 100)
Posologie			
600 mg/semaine	42 (52,4)	25 (56,8)	14 (36,8)
300 mg/semaine	29 (36,3)	15 (34,1)	19 (50)
Autre	9 (11,3)	4 (9,1)	5 (13,2)
Durée			
Toute la grossesse	65 (81,3)	40 (90,9)	33 (86,8)
Autre	15 (18,7)	4 (9,1)	5 (13,2)
Total	80 (100)	44 (100)	38 (100)

seulement conseillé par 8,5 p. 100 des médecins (IC : 3,8 p. 100-16,1 p. 100), 19 p. 100 des infirmiers (IC : 8,6 p. 100-34,1 p. 100) et 23,5 p. 100 des sages-femmes (IC : 12,8 p. 100 et 37,5 p. 100) (Tableau III). D'une façon générale, le type de prescription de ce schéma diffère d'une catégorie professionnelle à l'autre ($p < 0,05$). La conduite thérapeutique des médecins exerçant dans le secteur public était significativement différente de celle des médecins du secteur privé ($p < 0,05$), mais il n'est pas apparu de différence significative dans les pratiques des agents paramédicaux au niveau des deux types de structures de soins. Concernant la chimioprophylaxie prescrite après un traitement présomptif, seuls 38,9 p. 100 des 162 prescripteurs ayant répondu (IC : 31,4 p. 100 - 46,4 p. 100) respectaient la posologie recommandée par le PNLP (Tableau IV). La majorité des agents, notamment les médecins et les sages-femmes prescrivaient une posologie hebdomadaire de 600 mg au lieu de 300 mg. En revanche, 85,2 p. 100 des prescripteurs (IC : 79,7 p. 100 - 90,7 p. 100) recommandaient une durée couvrant toute celle de la gestation, ce qui est conforme à la stratégie de l'OMS adoptée par le PNLP.

Etude des supports d'information.

La comparaison des données de l'interrogatoire et de la pratique réelle n'a été possible que pour 109 des prescripteurs (52,4 p. 100). Ces données sont disponibles pour 45 p. 100 des médecins, pour 74,5 p. 100 des sages-femmes

Tableau III - Prescription d'un échantillon de 187 personnels de santé dans la prise en charge du paludisme chez la femme enceinte, selon la catégorie professionnelle et selon le secteur d'activité à Cotonou, Bénin, en 1996-1997.

Types de prescriptions	Catégories de personnels de santé selon le secteur d'activité					
	Médecins		Sages-femmes		Infirmiers	
	Privé n (p. 100)	Public n (p. 100)	Privé n (p. 100)	Public n (p. 100)	Privé n (p. 100)	Public n (p. 100)
Chimioprophylaxie par la chloroquine	58 (81,7)	14 (60,9)	18 (64,3)	14 (60,9)	18 (81,8)	12 (60)
Chloroquine à dose thérapeutique	3 (4,2)	5 (21,7)	4 (14,3)	8 (34,8)	2 (9,1)	6 (30)
Suivie de chimioprophylaxie						
Chloroquine à dose thérapeutique et/ou autre attitude préventive	10 (14,1)	4 (17,4)	6 (21,4)	1 (4,3)	2 (9,1)	2 (10)
Total	71 (100)	23 (100)	28 (100)	23 (100)	22 (100)	20 (100)

Tableau V - Taux de concordance entre les réponses données par 109 personnels de santé lors de l'enquête par interrogatoire et les informations disponibles dans les registres médicaux des centres de santé, selon la catégorie professionnelle et selon le secteur d'activité à Cotonou, Bénin, en 1996-1997.

	Catégories de personnels de santé selon le secteur d'activité					
	Médecins		Sages-femmes		Infirmiers	
	Privé n = 38	Public n = 11	Privé n = 17	Public n = 21	Privé n = 13	Public n = 9
Réponses concordantes (p. 100)	31 (81,6 p.100)	8 (72,7 p. 100)	11 (64,7 p. 100)	16 (76,2 p. 100)	9 (69,2 p. 100)	7 (77,8 p. 100)

et 45,8 p. 100 des infirmiers. L'examen des registres fait apparaître une concordance des réponses pour 79,6 p. 100 des médecins, 71 p. 100 des sages-femmes et 72,7 p. 100 des infirmiers (Tableau V).

DISCUSSION

Cette étude a été limitée par la nature des données collectées au niveau des archives de quelques centres de santé. Ainsi, près de la moitié des informations recueillies à l'entretien n'a pu être comparée à la conduite réelle des prescripteurs selon notre méthode d'enquête. Dans certaines structures, l'information est quasi-inexistante et même si elle est disponible ailleurs, elle est le plus souvent incomplète voire inexploitable. Néanmoins, le pourcentage élevé de concordance retrouvé pour l'ensemble des données confrontées le jour de l'enquête, permet une bonne description des connaissances et pratiques des professionnels de la santé dans le cadre de la prévention du paludisme chez la femme enceinte.

La chimioprophylaxie antipalustre chez la femme enceinte constitue une composante nécessaire de la prévention au Bénin. Elle est recommandée par près de neuf prescripteurs sur dix. Toutefois, ce taux élevé comporte des particularités : les comportements diffèrent selon que la gestante consulte un médecin, une sage-femme ou un infirmier. Pour les sages-femmes, la protection de la future mère dès la première consultation prénatale constitue un axe majeur dans la lutte contre le paludisme. Elles recommandent donc de façon systématique la chimioprophylaxie à toute consultante. Cette pratique est conforme aux stratégies de lutte contre le paludisme dans la région africaine (1) et a été adoptée par le PNLP. Quant aux infirmiers et médecins, l'attitude varie selon le secteur d'activité. En effet, 15,4 p. 100 des médecins du secteur privé ne prescrivent aucune mesure chimioprophylactique. Par ailleurs, 6,7 p. 100 des médecins et infirmiers des deux secteurs limitent leur prescription aux primigestes. Ainsi, même si le taux global de prescription de la prophylaxie est élevé, des efforts restent à faire pour obtenir une standardisation de la prescription à toutes les catégories professionnelles.

La chloroquine constitue l'antipaludique le plus utilisé. Elle représente d'ailleurs la seule molécule indiquée par le PNLP. Le coût de ce médicament, sa disponibilité et son innocuité pour le fœtus sont les raisons fondamentales de son choix comme antipaludique de première intention. Mais si cette molécule continue à inspirer confiance à une grande

majorité des prescripteurs, d'autres préfèrent lui associer le proguanil pour une plus grande efficacité. Cette quête d'efficacité est liée au problème de la chloroquine-résistance qui s'étend en Afrique de l'ouest (11). Ceci explique sans nul doute l'usage d'autres antipaludiques peu recommandés, comme la quinine. D'emblée de niveau élevé dans la région de Cotonou au Bénin en 1986 (12), la résistance à la chloroquine a concerné jusqu'à 50 p. 100 des souches étudiées (13). Toutefois, depuis 1986, la résistance semble stationnaire et aurait même tendance à régresser (14).

Si les prescripteurs ont recours à la chloroquine pour prévenir le paludisme chez la femme enceinte, il reste néanmoins des efforts à fournir pour améliorer la prescription. Le schéma de prévention qu'ils appliquent est celui de la chimioprophylaxie simple. Ainsi de façon générale, médecins, sages-femmes et infirmiers méconnaissent le schéma recommandé que seuls 8,5 p. 100 des médecins appliquent correctement. Même si l'application du schéma paraît meilleur chez les sages-femmes, des efforts restent à faire pour améliorer leur conduite. Cette attitude inadéquate se traduit par la persistance d'une parasitémie résiduelle pouvant entraîner à terme un état anémique avec toutes ses conséquences (5, 15). La durée du traitement prophylactique indiquée par le plus grand nombre de prescripteurs reste conforme à celle de la stratégie nationale, mais le niveau de pression médicamenteuse, du fait d'association d'antipaludiques ou de posologies inappropriées de chloroquine est à craindre. Les déterminants d'une telle conduite restent à identifier. Pour Baudon, le temps de réaction et d'adaptation aux changements de politique dans l'utilisation des médicaments est généralement très long dans les pays où les moyens de communication sont peu performants, les capacités de formation et de recyclage des personnels faibles et fragmentaires, complexes et parfois incontrôlés (16).

Cette enquête menée dans les formations sanitaires de Cotonou est la première étape d'une étude sur le degré de mise en œuvre de la stratégie nationale de lutte contre le paludisme chez la femme enceinte. La prévention du paludisme constitue la préoccupation du plus grand nombre de prescripteurs, mais le contenu et les recommandations de la politique nationale sont mal appréhendés. Il est souhaitable à l'avenir de créer un cadre de concertation et un système de communication entre les décideurs et les prestataires de soins de santé. De telles mesures permettront d'informer les médecins, les sages-femmes et les infirmiers sur la politique nationale de lutte contre le paludisme et sur les résultats des recherches, de les former aux différentes composantes de la

stratégie adoptée et d'instituer des possibilités de recyclage. Par ailleurs, le programme doit inventer une méthode de surveillance et de suivi pour une meilleure application de la politique de lutte contre le paludisme et un système de transcription de collecte des données.

REFERENCES

- 1 - OMS - Stratégies de lutte contre le paludisme dans la région africaine et étapes pour leur mise en œuvre. *Cahiers Techniques Afro* 1993; **23** : 1-20.
- 2 - BRICAIRE F., DANIS M., GENTILINI M. - Paludisme et Grossesse : Mise au point. *Cahier Sante* 1993; **3** : 289 - 292.
- 3 - OMS - Stratégie d'utilisation des antipaludiques : besoins de données, traitement du paludisme non compliqué et prise en charge du paludisme pendant la grossesse. WHO/MAL/ 1994 / n°1070.
- 4 - CARME B. - Facteurs de gravité de paludisme en Afrique Sub-saharienne. Aspects épidémiologiques. *Med. Mal Infect.* 1995; **25** : 815-822.
- 5 - GBARY A.Y. - Paludisme et grossesse en zone de transmission stable. *Bull. OCCGE Info* 1996; **106** : 6-14.
- 6 - WHO, DIVISION OF CONTROL OF TROPICAL DISEASES - Formes graves et compliquées du paludisme. *Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg.* 1990; **84 Suppl.** 2 : 1-65.
- 7 - ARCHIBALD H. M. - The influence of malaria infection of the placenta on the incidence of prematurity. *Bull. World Health Org.* 1956; **15** : 842- 845.
- 8 - TESTA J., AWODABON J., LAGARDE N. et Coll. - Indices plasmodiaux et placentopathie due au paludisme chez 299 parturientes d'Afrique Centrale. *Med. Trop.* 1990; **50** : 85-90.
- 9 - AKOGBETO M., CHIPPAUX J.P., COLUZZI M. - Le paludisme urbain côtier à Cotonou (République du Bénin) : Etude entomologique. *Rev. Epidemiol. Sante Publ.* 1992; **40** : 233-239.
- 10 - COOSEMANS - Typologie du paludisme en Afrique tropicale. *Med. Trop.* 1995; **55 Suppl.** : S113-S120.
- 11 - LE BRAS J. - La situation des chimiorésistances en Afrique. *Med Trop.* 1995; **55 Suppl.** : S9-S13.
- 12 - LE BRAS J., HATIN I., BOUREE P. et Coll. - Chloroquine-résistant *falciparum* malaria in Benin. *Lancet* 1986; **ii** : 1043-1044.
- 13 - CHIPPAUX J.P., MASSOUGBODJI A., AKOGBETO M. et Coll. - Evolution de la chimiosensibilité de *Plasmodium falciparum* à la chloroquine et à la méfloquine au Bénin en 1980 et 1989. *Bull. Soc. Pathol. Exot.* 1990; **83** : 320-329.
- 14 - COULIBALY S.O., LAMIZANA L., PENALI K.L. et Coll. - La situation de la chimiorésistance du paludisme dans les Etats membres de l'OCCGE de 1991 à 1994. *Bull. OCCGE Info* 1995; **104** : 7-14.
- 15 - LEMARDELEY P., RAIGA J., CHAMBON R. et Coll. - Prévention et lutte contre le paludisme chez les femmes enceintes en milieu urbain (Yaoundé, Cameroun). *Cahier Sante* 1997; **7** : 239-245.
- 16 - BAUDON D. - La prise de décision dans les politiques d'utilisation des antipaludiques en réponse à une modification de l'efficacité de la chloroquine. Réflexions appliquées à l'Afrique. *Med.Trop.* 1995; **55 Suppl.** : S37- S40.

Médecine et Colonisation L'aventure indochinoise (1860 – 1939)

Laurence Monnais-Rousselot
CNRS Editions, Paris, 1999, 489 p.

L'aventure indochinoise, que nous propose de parcourir Laurence Monnais-Rousselot entre 1860 et 1939, est celle de la politique sanitaire de la France dans ses anciennes colonies extrême-orientales. Médecine et colonisation, somme de près de 500 pages, primée deux fois au Salon Medec 2000 (Prix d'Histoire de la Médecine et Prix André Soubiran), mérite une lecture approfondie tant elle apporte une vision objective du rôle essentiel joué par cette expérience dans l'émergence de la médecine tropicale. Riche d'annexes très bien construites (lexique médical, bibliographie détaillée, précieux index - où le nom du Pharo est cité plus de 10 fois -, liste de graphiques et de tableaux insérés dans un texte attrayant), ce livre à l'érudition précise, offre un panorama complet de la médicalisation de ces lointaines colonies d'alors. La place tenue par les médecins militaires issus du Pharo notamment, n'est pas oubliée dans ce livre très fouillé où l'auteur détaille avec justesse le rôle dévolu à tous les auxiliaires et subalternes de santé locaux. La création sur place de structures de formation, parmi lesquelles l'Ecole de Médecine de Hanoi, est entrée dans cette logique de transfert de savoir tout en intégrant les connaissances des médecines traditionnelles indochinoises. En faisant aussi le point à travers ce travail de ce qu'était l'enseignement médocotropical en France au début du siècle, Laurence Monnais-Rousselot note combien Marseille était alors la " capitale des études en médecine coloniale " comblant les manquements d'un enseignement métropolitain lacunaire en la matière. Ce livre rappelle enfin qu'au-delà des mers, souvent les hommes se sont retrouvés face à eux-mêmes ; les pages de cet ouvrage nous permettent ainsi de croiser les parcours des Yersin, Roux et autres Calmette. En puisant dans les raisons de leur engagement, ces hommes ont su apporter des solutions aux problèmes qu'ils ont eu à affronter sur des territoires parfois si hostiles.