



HAL
open science

Connaissances, représentations et pratiques de prévention du paludisme des patients originaires d'Afrique subsaharienne retournant fréquemment en zone impaludée

Djenabou Diaby

► **To cite this version:**

Djenabou Diaby. Connaissances, représentations et pratiques de prévention du paludisme des patients originaires d'Afrique subsaharienne retournant fréquemment en zone impaludée. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03488797

HAL Id: dumas-03488797

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03488797>

Submitted on 17 Dec 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

Connaissances, représentations et pratiques de prévention du paludisme des patients originaires d'Afrique subsaharienne retournant fréquemment en zone impaludée

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 16 Décembre 2021

Par Madame Djenabou DIABY

Née le 6 avril 1994 à Paris 13eme (75)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur GENTILE Stéphanie

Président

Madame le Docteur (MCU-PH) ELDIN Carole

Directeur

Madame le Docteur (MCA) ROUSSEAU DURAND Raphaëlle

Assesseur

Monsieur le Docteur LUTAUD Romain

Assesseur



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

Connaissances, représentations et pratiques de prévention du paludisme des patients originaires d'Afrique subsaharienne retournant fréquemment en zone impaludée

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 16 Décembre 2021

Par Madame Djenabou DIABY

Née le 6 avril 1994 à Paris 13eme (75)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur GENTILE Stéphanie

Président

Madame le Docteur (MCU-PH) ELDIN Carole

Directeur

Madame le Docteur (MCA) ROUSSEAU DURAND Raphaëlle

Assesseur

Monsieur le Docteur LUTAUD Romain

Assesseur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Asseseurs :

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DEVIN Robert
	ALDIGHERI René		DEVRED Philippe
	ALESSANDRINI Pierre		DJIANE Pierre
	ALLIEZ Bernard		DONNET Vincent
	AQUARON Robert		DUCASSOU Jacques
	ARGEME Maxime		DUFOUR Michel
	ASSADOURIAN Robert		DUMON Henri
	AUFFRAY Jean-Pierre		ENJALBERT Alain
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FAUGERE Gérard
	AZORIN Jean-Michel		FAVRE Roger
	BAILLE Yves		FIECHI Marius
	BARDOT Jacques		FARNARIER Georges
	BARDOT André		FIGARELLA Jacques
	BERARD Pierre		FONTES Michel
	BERGOIN Maurice		FRANCES Yves
	BERLAND Yvon		FRANCOIS Georges
	BERNARD Dominique		FUENTES Pierre
	BERNARD Jean-Louis		GABRIEL Bernard
	BERNARD Jean-Paul		GALINIER Louis
	BERNARD Pierre-Marie		GALLAIS Hervé
	BERTRAND Edmond		GAMERRE Marc
	BISSET Jean-Pierre		GARCIN Michel
	BLANC Bernard		GARNIER Jean-Marc
	BLANC Jean-Louis		GAUTHIER André
	BOLLINI Gérard		GERARD Raymond
	BONGRAND Pierre		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BONNEAU Henri		GIUDICELLI Sébastien
	BONNOIT Jean		GOUDARD Alain
	BORY Michel		GOUIN François
	BOTTA Alain		GRILLO Jean-Marie
	BOTTA-FRIDLUND Danielle		GRIMAUD Jean-Charles
	BOUBLI Léon		GRISOLI François
	BOURGADE Augustin		GROULIER Pierre
	BOUVENOT Gilles		GUYS Jean-Michel
	BOUYALA Jean-Marie		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BREMOND Georges		HASSOUN Jacques
	BRICOT René		HEIM Marc
	BRUNET Christian		HOUEL Jean
	BUREAU Henri		HUGUET Jean-François
	CAMBOULIVES Jean		JAQUET Philippe
	CANNONI Maurice		JAMMES Yves
	CARTOUZOU Guy		JOUVE Paulette
	CAU Pierre		JUHAN Claude
	CHABOT Jean-Michel		JUIN Pierre
	CHAMLIAN Albert		KAPHAN Gérard
	CHARPIN Denis		KASBARIAN Michel
	CHARREL Michel		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CHAUVEL Patrick		LACHARD Jean
	CHOUX Maurice		LAFFARGUE Pierre
	CIANFARANI François		LAUGIER René
	CLAVERIE Jean-Michel		LE TREUT Yves
	CLEMENT Robert		LEGRE Régis
	COMBALBERT André		LEVY Samuel
	CONTE-DEVOLX Bernard		LOUCHET Edmond
	CORRIOL Jacques		LOUIS René
	COULANGE Christian		LUCIANI Jean-Marie
	CURVALE Georges		MAGALON Guy
	DALMAS Henri		MAGNAN Jacques
	DE MICO Philippe		MALLAN- MANCINI Josette

PROFESSEURS HONORAIRES

DELPERO Jean-Robert
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain

MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude

PROFESSEURS HONORAIRES

MM MATTEI Jean François
MERCIER Claude
MICHOTEY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RAOULT Didier
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc

UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

EMERITAT

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019
M. le Professeur	RIDINGS Bernard	31/08/2021

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021

EMERITAT

M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2021

2021

M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2022
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2022
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2022
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2022
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2022
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2022
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2022

1967	
MM. les Professeurs	DADI (Italie) CID DOS SANTOS (Portugal)
1974	
MM. les Professeurs	MAC ILWAIN (Grande-Bretagne) T.A. LAMBO (Suisse)
1975	
MM. les Professeurs	O. SWENSON (U.S.A.) Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)
1976	
MM. les Professeurs	P. FRANCHIMONT (Belgique) Z.J. BOWERS (U.S.A.)
1977	
MM. les Professeurs	C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.) C.GIBBS (U.S.A.) J. DACIE (Grande-Bretagne)
1978	
M. le Président	F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
1980	
MM. les Professeurs	A. MARGULIS (U.S.A.) R.D. ADAMS (U.S.A.)
1981	
MM. les Professeurs	H. RAPPAPORT (U.S.A.) M. SCHOU (Danemark) M. AMENT (U.S.A.) Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne) S. REFSUM (Norvège)
1982	
M. le Professeur	W.H. HENDREN (U.S.A.)
1985	
MM. les Professeurs	S. MASSRY (U.S.A.) KLINSMANN (R.D.A.)
1986	
MM. les Professeurs	E. MIHICH (U.S.A.) T. MUNSAT (U.S.A.) LIANA BOLIS (Suisse) L.P. ROWLAND (U.S.A.)
1987	
M. le Professeur	P.J. DYCK (U.S.A.)
1988	
MM. les Professeurs	R. BERGUER (U.S.A.) W.K. ENGEL (U.S.A.) V. ASKANAS (U.S.A.) J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.) A. DAVIGNON (Canada) A. BETTARELLO (Brésil)
1989	
M. le Professeur	P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
2000	
MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
2001	
MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002	
MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
2003	
M. le Professeur Sir	T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (Grande Bretagne)
2004	
M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
2005	
M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006	
M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur

S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHIARONI Jacques
ALBANESE Jacques Surnombre	CHINOT Olivier
ALIMI Yves	CHOSSEGROS Cyrille
AMABILE Philippe	COLLART Frédéric
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice
BAILLY Daniel	DAUMAS Aurélie
BARLESI Fabrice	DAVID Thierry
BARLIER-SETTI Anne	D'ERCOLE Claude
BARLOGIS Vincent	D'JOURNO Xavier
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle
BARTOLI Michel	DISDIER Patrick
BARTOLOMEI Fabrice	DODDOLI Christophe
BASTIDE Cyrille	DRANCOURT Michel
BELIARD-LASSERRE Sophie	DUBUS Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand
BEROUD Christophe	EBBO Mikaël
BERTRAND Baptiste	EUSEBIO Alexandre
BERTUCCI François	FABRE Alexandre
BEYER-BERJOT Laura	FAKHRY Nicolas
BLAISE Didier	FAURE Alice
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence
BOISSIER Romain	FIGARELLA/BRANGER Dominique
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane
BREGEON Fabienne	GABERT Jean
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad
BRUNET Philippe	GAUDART Jean
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte
CHAUMOITRE Kathia	GRANDVAL Philippe
	GREILLIER Laurent

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AMABILE Philippe	COLLART Frédéric	GUIS Sandrine
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis	GUYE Maxime
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine	GUYOT Laurent
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier	<i>GUY'S Jean-Michel Retraite le 24/09/2021</i>
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic	HABIB Gilbert
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas	HARDWIGSEN Jean
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HOUVENAEGHEL Gilles
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent	JACQUIER Alexis
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice	JOURDE-CHICHE Noémie
BAILLY Daniel	DAUMAS Aurélie	JOUBE Jean-Luc
BARLESI Fabrice	DAVID Thierry	KAPLANSKI Gilles
BARLIER-SETTI Anne	D'ERCOLE Claude	KARSENTY Gilles
BARLOGIS Vincent	D'JOURNO Xavier	<i>KERBAUL François détachement</i>
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude	KRAHN Martin
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel	LAFFORGUE Pierre
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle	LAGIER Jean-Christophe
BARTOLI Michel	DISDIER Patrick	LAMBAUDIE Eric
BARTOLOMEI Fabrice	DODDOLI Christophe	LANCON Christophe
BASTIDE Cyrille	DRANCOURT Michel	LA SCOLA Bernard
BELIARD-LASSERRE Sophie	DUBUS Jean-Christophe	LAUNAY Franck
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry	LE CORROLLER Thomas
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc	LECHEVALLIER Eric
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BEROUD Christophe	EBBO Mikael	LEONE Marc
BERTRAND Baptiste	EUSEBIO Alexandre	LEONETTI Georges
BERTUCCI François	FABRE Alexandre	LEPIDI Hubert
BEYER-BERJOT Laura	FAKHRY Nicolas	LEVY Nicolas
BLAISE Didier	FAURE Alice	MACE Loïc
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier	MAGNAN Pierre-Edouard
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence	MANCINI Julien
BOISSIER Romain	FIGARELLA/BRANGER Dominique	MEGE Jean-Louis
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier	MERROT Thierry
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard	MEYER/DUTOUR Anne
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric	MICCALEF/ROLL Joëlle
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane	MICHEL Fabrice
BREGEON Fabienne	GABERT Jean	MICHEL Gérard
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte	MICHEL Justin
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MICHELET Pierre
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MILH Mathieu
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MILLION Matthieu
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	MOAL Valérie
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MORANGE Pierre-Emmanuel
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MOULIN Guy
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MOUTARDIER Vincent
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	NAUDIN Jean
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	NICOLLAS Richard
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	NGUYEN Karine
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	OLIVE Daniel
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	OLLIVIER Matthieu
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	OUAFIK L'Houcine
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte	OVAERT-REGGIO Caroline
CHAUMOITRE Kathia	GRANDVAL Philippe	PAGANELLI Franck
	GREILLIER Laurent	<i>PANUEL Michel Surnombre</i>

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAPAZIAN Laurent	ROLL Patrice	VALERO René
PAROLA Philippe	ROSSI Dominique	VAROQUAUX Arthur Damien
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal	VELLY Lionel
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean	VEY Norbert
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien	VIDAL Vincent
PESENTI Sébastien	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIENS Patrice
PETIT Philippe	SCAVARDA Didier	VILLANI Patrick
PHAM Thao	SCHLEINITZ Nicolas	VITON Jean-Michel
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SEBAG Frédéric	VITTON Véronique
PIQUET Philippe	SIELEZNEFF Igor	<i>VIEHWEGER Heide Elke détachement</i>
PIRRO Nicolas	SIMON Nicolas	VIVIER Eric
POINSO François	STEIN Andréas	XERRI Luc
RACCAH Denis	SUISSA Laurent	ZIELEZKIEWICZ Laurent
RANQUE Stéphane	TAIEB David	
REGIS Jean	THOMAS Pascal	
REYNAUD/GAUBERT Martine	THUNY Franck	
REYNAUD Rachel	TOSELLO Barthélémy	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Alet	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	
RICHERI Raphaëlle	<i>TRIGLIA Jean-Michel Surnombre</i>	
ROCHE Pierre-Hugues	TROPIANO Patrick	
ROCH Antoine	TSIMARATOS Michel	
ROCHWERGER Richard	TURRINI Olivier	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à TEMPS PLEIN DES DISCIPLINES MEDICALES

BOUSSUGES Alain

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

DUTAU Hervé

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah	GELSI/BOYER Véronique	ROBERT Thomas
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	GIUSIANO Bernard	ROMANET Pauline
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SABATIER Renaud
BEGE Thierry	GONZALEZ Jean-Michel	SARI-MINODIER Irène
BENYAMINE Audrey	GOURIET Frédérique	SAVEANU Alexandru
BIRNBAUM David	GRAILLON Thomas	SECQ Véronique
BONINI Francesca	GUERIN Carole	SOLER Raphael
BOUCRAUT Joseph	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	STELLMANN Jan-Patrick
BOULAMERY Audrey	GUIDON Catherine	SUCHON Pierre
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUIVARCH Jokthan	TABOURET Emeline
BOUSSEN Salah Michel	HAUTIER Aurélie	TOGA Isabelle
BUFFAT Christophe	HRAIECH Sami	TOMASINI Pascale
CAMILLERI Serge	IBRAHIM KOSTA Manal	TROUDE Lucas
CARRON Romain	JALOUX Charlotte	TROUSSE Delphine
CASSAGNE Carole	JARROT Pierre-André	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	VELY Frédéric
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	VENTON Geoffroy
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VION-DURY Jean
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	ZATTARA/CANNONI Hélène
CUNY Thomas	LAGARDE Stanislas	
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DARIEL Anne	LAMBERT Isabelle	
DEGEORGES/VITTE Joëlle (<i>disponibilité</i>)	LENOIR Marien	
DEHARO Pierre	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DELLIAUX Stéphane	LOOSVELD Marie	
DELTEIL Clémence	MAAROUF Adil	
DESPLAT/JEGO Sophie	MACAGNO Nicolas	
DEVILLIER Raynier	MARLINGE Marion	
DUBOURG Grégory	MAUES DE PAULA André	
DUCONSEIL Pauline	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUFOUR Jean-Charles	MEGE Diane	
ELDIN Carole	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine	
FRANKEL Diane	PAULMYER/LACROIX Odile	
FROMNOT Julien	RADULESCO Thomas	
GASTALDI Marguerite	RESSEGUIER Noémie	
GAUDRY Marine	ROBERT Philippe	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	
DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

**MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE
MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS**

BARGIER Jacques
FIERLING Thomas
FORTE Jenny
JANCZEWSKI Aurélie
NUSSLI Nicolas
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
THERY Didier

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
EVANS-VIALLAT Catherine
LAZZAROTTO Sébastien
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
ROMAN Christophe
TRINQUET Laure

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES -
PRATICIENS HOSPITALI PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES
UNIVERSITES mono-appartenants**

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH) *Surnombre*
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)
ZIELEZKIEWICZ Laurent (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
POUGET Benoît (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MARLINGE Marion (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
 GUYE Maxime (PU-PH)
 TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
 RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
 VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
 GIORGI Roch (PU-PH)
 MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
 DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
 GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
 BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 FLECHER Xavier (PU PH)
 OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 COWEN Didier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
 GONCALVES Anthony (PU-PH)
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 PADOVANI Laetitia (PH-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
 BONELLO Laurent (PU PH) BONNET Jean-Louis (PU-PH)
 CUISSET Thomas (PU-PH) DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
 FRANCESCHI Frédéric (PU-PH) HABIB Gilbert (PU-PH)
 PAGANELLI Franck (PU-PH) THUNY Franck (PU-PH)

DEHARO Pierre (MCU PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
 BEYER-BERJOT Laura (PU-PH)
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
 SEBAG Frédéric (PU-PH)
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
 BIRNBAUM David (MCU-PH)
 DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
 GUERIN Carole (MCU PH)
 MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH) Retraite le 24/09/2021
 FAURE Alice (PU PH)
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 PESENTI Sébastien (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) détachement

DARIEL Anne (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)

LENOIR Marien (MCU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

BERTRAND Baptiste (PU-PH)
 CASANOVA Dominique (PU-PH)

HAUTIER Aurélie (MCU-PH)
 JALOUX Charlotte (MCU PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GAUDRY Marine (MCU PH)
 SOLER Raphael (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)
 DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 NGYUEN Karine (PU-PH)

 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
 BRETTELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

CUNY Thomas (MCU PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION

4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BERBIS Julie (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

IMMUNOLOGIE 4703I

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
JARROT Pierre-André (MCU PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
MILLION Matthieu (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

GERBEAUX Patrick (PU PH)
KERBAUL François (PU-PH) détachement
MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH) BENYAMINE Audrey (MCU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
EBBO Mikael (PU-PH)
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
IBRAHIM KOSTA Manal (MCU PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)
SUCHON Pierre (MCU-PH)
VENTON (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

BARTOLI Christophe (PU-PH)
LEONETTI Georges (PU-PH)
PELLISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

DELTEIL Clémence (MCU PH)
TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE 5303

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FIERLING Thomas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

(MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

(nomination au 1/10/2019)

NUTRITION 4404

BELIARD Sophie (PU-PH)

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

DENIS Danièle (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH) Surnombre

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (PAST) (Orthophonie) (7ème Section)

NEPHROLOGIE 5203

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

TROUDE Lucas (MCU-PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

SUISSA Laurent (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE 5401

PHYSIOLOGIE 4402

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

BOUSSUGES Alain (PR associé à temps plein)

MICHEL Gérard (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

TOSELLO Barthélémy (PU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

LAMBERT Isabelle (MCU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

BAILLY Daniel (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

RICHERI Raphaëlle (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

**PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE,
PSYCHOLOGIE SOCIALE**

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

AGHABABIAN Valérie (PR)

DUTAU Hervé (Pr Associé des universités à 1/2 temps)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

RHUMATOLOGIE 5001

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PANUEL Michel (PU-PH) surnombre

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

**THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE;
ADDICTOLOGIE 4804**

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

AMBROSI Pierre (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

GAINNIER Marc (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
BOISSIER Romain (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

REMERCIEMENTS

Aux membre du jury.

A Madame le **Professeur GENTILE Stéphanie**,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury, je vous remercie de vous être intéressée à mon travail. Je suis honorée de pouvoir profiter de votre expertise. Soyez assurée de ma respectueuse considération.

A Madame le **Docteur ROUSSAUD- DURANT Raphaëlle**,

Vous me faites l'honneur de prendre part au jury de cette thèse. Je vous remercie sincèrement pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail et à assurer votre rôle de tutrice durant mon internat. Soyez assurée de mon estime et de ma considération.

A Monsieur le **Docteur LUTAUD Romain**,

Sensible à l'honneur que vous me faites en ayant spontanément accepté de juger mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de toute ma considération.

A Madame, le **Docteur Eldin Carole**,

Je te remercie d'avoir accepté de diriger ma thèse. Merci pour tes conseils, tes encouragements, ta grande disponibilité et ton soutien sans faille. Merci également pour l'intérêt et l'enthousiasme que tu as porté dans l'élaboration de ce travail. Trouve ici le témoignage de toute ma gratitude et ma profonde reconnaissance.

Aux confrères et consœurs :

Je remercie également le docteur Olivier Bernard, chef du service de Protection infantile du CD13 pour m'avoir autorisé à travailler avec la PMI pour l'élaboration de ma thèse. Ainsi qu'au Dr Hugues Nicole, responsable de la PMI du 15 et 16^e arrondissement de Marseille, pour m'avoir aidé à mettre en place mon recrutement de participants au sein de leur consultations.

A l'ensemble de mes maitres de stages en cabinet libéral et aux médecins des différents services hospitaliers qui ont participé à ma formation de près ou de loin, tout au long de mon internat.

A mes proches :

A mes **parents** que je ne remercierais jamais assez pour l'éducation qu'ils m'ont donnée, leur soutien permanent dans les moments difficiles depuis le début de cette longue aventure et à tous leurs sacrifices qui m'ont permis de pouvoir faire mes études de médecine et de contribuer à ce que je suis devenue.

A mes **frères et sœurs** et en particulier un qui a pu m'aider lors de mes différents déménagements durant l'internat.

A mes **cousins et cousines** de Montpellier qui sont toujours là pour me redonner le sourire le temps d'un week-end.

A mon **oncle** qui m'a accueilli les bras ouverts à Marseille.

A la **famille Savane**, ma nouvelle famille adoptive marseillaise. Merci à vous de m'avoir permis de garder mes repères familiaux durant cette nouvelle aventure marseillaise. Une mention spéciale à ma petite « Fantis » qui m'a fait découvrir sa ville marseillaise, je resterais à jamais « ta petite parisienne ».

A mes **copines d'enfance**, qui pour certaines me supportent depuis la maternelle maintenant. Et en particulier une que j'ai retrouvée sur Marseille et qui m'a soutenue jusqu'à l'organisation de mon pot de thèse !

A la « **team TSB** », qui m'ont fait passer les meilleures années de lycée.

A la « **team MGF 2014** », mes miss Guinée, devenues mes sœurs de cœur.

A la « **team lala** », on a commencé médecine ensemble et on a chacun pris des voies différentes dans des villes différentes. Mais j'espère qu'on continuera de se retrouver pour de nombreux « congrès ».

A tous ceux que j'ai pu rencontrer durant mon externat dont « mon binôme de toujours » pour nos premiers pas à l'hôpital. Mais aussi à toutes les nouvelles rencontres que j'ai pu faire dans le sud durant l'internat (« la résidence hôtelière d'Aix » et mes colocs de Marseille).

Aux « **cagoles de Marseille** » avec qui j'ai quitté Paris pour débiter cette aventure dans le sud.

A tous ceux qui ont croisé ma route durant toutes ces années. MERCI à vous !

Table des matières

I.	INTRODUCTION.....	3
II.	MATERIEL ET METHODES	7
A.	JUSTIFICATION DU CHOIX DE L'ETUDE : TYPE D'ETUDE : QUALITATIVE AVEC ENTRETIEN.....	7
1.	Généralités	7
2.	Recherche préalable et apprentissage de la méthode qualitative.....	8
3.	Recherche bibliographique sur le sujet.....	8
4.	Déconstruction des a priori.....	9
5.	Limitation des biais.....	10
6.	Assurance de la qualité.....	11
B.	POPULATION ETUDIEE	11
1.	Échantillonnage	11
2.	Population cible	11
3.	Recrutement	12
C.	RECUEIL DES DONNEES	12
1.	Technique de recueil.....	12
2.	Guide d'entretien.....	13
3.	Nombre de sujets nécessaires.....	13
4.	Analyse des données.....	14
5.	Cadre éthique et légal.....	14
III.	RESULTATS.....	15
A.	GENERALITES	15
1.	Caractéristiques des patients	15
B.	RESULTATS.....	17
1.	Les représentations du paludisme :	17
1.1.	Une maladie banale	17
1.2.	Une maladie potentiellement mortelle	19
1.3.	Ignorance de cette maladie	20
2.	Les connaissances sur le paludisme.....	21
2.1.	Les connaissances en accords avec les données de la science	21
2.1.1.	Mode de transmission	21
2.1.2.	Les signes cliniques	23
2.1.3.	Une saisonnalité du paludisme	24
2.2.	Les connaissances déformées ou erronées	25
2.2.1.	Le mode de transmission.....	25
2.2.2.	Immunité acquise naturellement.....	26
2.2.3.	Vaccin antipaludique	27
3.	Les pratiques et les méthodes de prévention	27
3.1.	Consultation médicale avant le départ	28
3.1.1.	Préférence du médecin traitant.....	28
3.1.2.	Les attentes de la consultation médicale	28
3.1.3.	Consultation médicale si voyage avec des enfants	30
3.1.4.	Motif de l'absence de consultation avant le départ	30
3.1.5.	Des médicaments pour la CPAP considérés comme non fiables en Afrique	31
3.2.	Perceptions des méthodes de CPAP	32
3.2.1.	Adhésion à la CPAP	32
3.2.2.	Réticences à la CPAP.....	33
3.2.3.	Les obstacles de la CPAP	34
a.	Cout financier	34
b.	La peur des effets secondaires.....	35
c.	Des difficultés d'observance	35
3.3.	Les pratiques de prévention déclarées hors CPAP	36
3.3.1.	Aucune pratique de prévention	36

3.2.2.	Protection anti-moustique	37
3.3.2.	Les pratiques de prévention et de traitement de Médecine traditionnelle	39
a.	Les arguments des patients en faveur de l'utilisation des plantes	41
i)	Conseils familiaux	41
ii)	Une grande facilité d'accès des plantes traditionnelles	42
iii)	Facilité d'accès : une technique moins couteuse	43
iv)	Manque d'accessibilité des structures de soins.....	44
v)	Une représentation des plantes traditionnelles comme efficaces et moins pourvoyeuses d'effets secondaires que la CPAP	45
b.	Les arguments en défaveur de cette pratique	47
i)	Réticence par manque de preuve scientifique.....	47
IV.	DISCUSSION	49
A.	FORCES METHODOLOGIQUES DE NOTRE ETUDE :.....	49
B.	FAIBLESSES METHODOLOGIQUES DE NOTRE ETUDE.....	49
C.	DISCUSSION DES RESULTATS DE L'ETUDE.	50
1.	<i>La croyance de l'existence d'une immunité acquise contre le paludisme.....</i>	<i>50</i>
2.	<i>Les attentes de la consultation pré- voyage</i>	<i>52</i>
3.	<i>Les obstacles à la CPAP : Le coût.</i>	<i>52</i>
4.	<i>La Nivaquine : une CPAP sans efficacité en Afrique subsaharienne, pourtant souvent citée par les patients</i>	<i>53</i>
5.	<i>La croyance en l'existence d'un vaccin antipaludique.</i>	<i>54</i>
6.	<i>La place de la médecine traditionnelle</i>	<i>55</i>
D.	PERSPECTIVES	56
V.	CONCLUSION	58
VI.	BIBLIOGRAPHIE	59
VII.	ANNEXES.....	63
A.	ANNEXE 1- GUIDE D'ENTRETIEN PATIENT	63
B.	ANNEXE 2 – NOTICE D'INFORMATIONS A DESTINATION DES PATIENTS.....	64
C.	ANNEXES 3 – NOTICE D'INFORMATION A DESTINATION DES SOIGNANTS	66
D.	ANNEXES 4 – ARCHIVES DES ENTRETIENS NON CITES DANS LES RESULTATS	67
E.	ANNEXES 5 – GRILLE COREG.....	75
VIII.	LISTE DES ABREVIATIONS	77

I. INTRODUCTION

Le paludisme est une maladie parasitaire causée par un hématozoaire du genre *Plasmodium* dont il existe cinq espèces pathogènes chez l'homme : *P. falciparum*, *vivax*, *ovale*, *malariae*, *knowlesi*. Le vecteur du paludisme en zone tropicale est un moustique femelle du genre *Anophèle* ayant une activité nocturne avec une pique indolore, et sans bruit. Les signes cliniques du paludisme sont la fièvre, les myalgies, les céphalées, les troubles digestifs et ceux d'une anémie hémolytique, avec frisson, ictère et splénomégalie à distance (1). Concernant les mesures de prophylaxie adaptées pour les voyageurs, elles consistent à se protéger contre les piqûres d'anophèles. On retrouve les principales mesures à appliquer dès la tombée du jour et durant toute la nuit à savoir : le port de vêtements couvrants si possible imprégnés de perméthrine, l'application de répulsif sur les zones cutanées découvertes et les moustiquaires imprégnées de pyrethroïdes. D'autre part, la chimioprophylaxie médicamenteuse est associée à ces mesures et comprend l'association Atovaquone-Proguanil, la Mefloquine ou la Doxycycline.(1)

L'Afrique subsaharienne est une zone endémique du paludisme, source de 90% des cas de paludisme dans le monde (1). C'est une maladie potentiellement mortelle, surtout chez les jeunes enfants d'Afrique subsaharienne. Selon l'OMS, on estime à 229 millions les cas de paludisme dans le monde en 2019 et à 409 000 le nombre de décès imputables au paludisme. Les enfants de moins de 5 ans constituent le groupe le plus vulnérable des cas de paludisme et représentent 67% des décès soit environ 274 000 décès en 2019. (2)

Dans le monde, l'incidence est en augmentation cette dernière décennie. En Europe, les cas diagnostiqués sont des paludismes d'importation, acquis en zone d'endémie et se déclarant au retour du voyageur .(1)

Les « Visiting Friends and relatives » : une population particulièrement touchée.

Le paludisme d'importation touche principalement un groupe de patients bien défini.

Ces personnes résidant en France notamment, et retournant fréquemment dans leur pays d'origine en zone d'endémie palustre constituent un groupe de voyageur désigné selon un acronyme utilisé dans la littérature internationale comme : "visitant des amis ou des parents" ou VFR (Visiting Friends and Relatives) en anglais. Ces dernières années, plusieurs études ont montré que les VFR constituent une grande proportion des cas de paludisme d'importation dans les pays non endémique (3).

Dans le monde et notamment aux États-Unis, le paludisme des VFR représentait 72% des cas parmi les civils américains en 2016 dans une étude menée par Hannah R. Volkman et son équipe sur les obstacles à la prévention du paludisme chez les VFR voyageant en Afrique sub-saharienne (4). Les voyageurs étaient en provenance du continent africain dans 86% des cas en particulier d'Afrique de l'Ouest dans 53% des cas. De plus, le paludisme reste la raison principale d'hospitalisation au retour, chez les voyageurs avec un coût financier qui reste très élevé pour l'admission aux USA (25 000 dollars en moyenne) (4). De même, en Italie, les VFR représentent 70% des cas de paludisme d'importation.(5)

En Europe, le paludisme d'importation a une prévalence variable. Une méta analyse réalisée entre 2005 et 2015 avait recensé les cas de paludisme importés par pays d'Europe, avec en premier lieu la France qui compte 2169 cas, suivie par le Royaume-Uni avec 1898 cas, l'Italie (637 cas), l'Allemagne (401 cas), l'Espagne, les Pays-Bas, la Belgique et la Suisse (3). Toujours dans les pays voisins, on compte en Italie 1200 cas de paludismes importés en 2018, 1500 cas aux USA en 2015 et seulement 90 à Beijing en 2017(6–9)

Si on compare avec les pays voisins, la France reste le pays ayant le plus de cas de paludisme importés parmi les pays industrialisés. D'après le CNR, on comptabilise 5550 cas de paludisme d'importation avec 12% d'enfants âgés de moins de 14 ans et 13% de formes graves en 2018. Plus de la moitié des paludismes d'importation sont liés à *P. falciparum* (10,11).

Cette prévalence s'explique selon certains travaux par l'existence d'une mauvaise application des mesures prophylactiques (12). En effet, selon une étude récente, deux-

tiers des voyageurs ayant contracté un paludisme alors qu'ils avaient consulté au centre de vaccination internationale avant leur voyage, avaient fait preuve d'un manque d'observance des mesures prophylactiques proposées, qui impliquaient les conseils sur la protection personnelle antivectorielle et la prescription d'un traitement antipaludique prophylactique ou chimioprophylaxie anti-palustre (CPAP) (13).

Le paludisme d'importation en France touche des voyageurs et des migrants en provenance de zone endémique, ce qui correspond en moyenne à 82000 cas de 2000 à 2015 (14). D'après le rapport annuel d'activité du CNR du paludisme de 2019, 76,6% des cas étaient des patients originaires d'Afrique (15). En France, d'après le BEH en 2020, Les patients infectés sont majoritairement d'origine africaine (75,6%), en baisse par rapport à 2019 (84,4%) (16).

Ainsi, les VFR sont particulièrement touchés par le paludisme, et il existe probablement des obstacles à la mise en œuvre de mesures de prévention en direction de cette population, raison pour laquelle nous avons voulu évaluer cela dans notre travail.

En France, la plupart des études sur les obstacles à la prévention ont plutôt porté sur un versant épidémiologique et quantitatif des connaissances et perceptions du risque palustre et des méthodes de prévention. Une étude rétrospective a été publiée en 2014 par Godet *et al.*, qui s'est intéressée à la prise de CPAP chez 85 patients hospitalisés à Poitiers pour accès palustre. Il en résulte que chez les cas de paludisme importés, 54% n'avaient pas de CPAP ou en avaient reçu une inadaptée (22%) (12).

On retrouve également une thèse de 2018, évoquant le paludisme d'importation qui s'est intéressée à la perception du risque palustre chez des étudiants en médecine originaires d'Afrique subsaharienne. Chez ces étudiants, 35% trouvaient la CPAP inutile, les auteurs proposaient donc de mettre en place une application mobile afin de lutter contre la mésestimation du risque et les représentations erronées du paludisme dans cette population (17).

On trouve quelques études sur le versant qualitatif prenant en compte les représentations des patients. Ainsi, en 2009, une thèse qualitative sur le repérage des critères de non-observance de la chimioprophylaxie antipaludique a été menée.

Les résultats retrouvent l'âge inférieur à 30 ans, les migrants visitant leurs familles (VFR), la durée du séjour de moins d'une semaine ou de plus d'un mois, ou l'oubli de la prise de CPAP au retour. Cette étude propose alors de repérer ces critères en consultation afin de cibler les populations à risques et d'améliorer l'éducation thérapeutique.(18)

Une autre thèse qualitative s'intéresse à la perception du risque palustre et les connaissances de la CPAP chez des individus originaires d'Afrique vivant à Paris. Leurs résultats montraient que la majorité connaissait les symptômes et les risques du paludisme, mais les moyens de prévention étaient peu connus et l'observance était faible (19). Enfin, étude qualitative réalisée sur les VFR à Bordeaux en 2019, concernant leur recours à la prévention du risque palustre. Les résultats montrent que le non-recours à la chimioprophylaxie est influencé par l'absence d'expérience de cette maladie en France et de forme grave dans leur pays d'origine. De plus il existe un retard diagnostique de cette pathologie par les médecins généralistes du fait de l'absence d'association de la « fièvre du retour » aux accès palustres (20).

L'objectif de notre étude qualitative était donc d'étudier en détail les connaissances, les représentations et les pratiques de prévention du paludisme des patients originaires d'Afrique subsaharienne vivant à Marseille lors de leurs voyages en zones impaludées.

A Marseille, ville portuaire il existe d'après l'institut de la statistique et des études économiques (INSEE), une population importante de personnes originaires d'Afrique subsaharienne. En effet en 2018, sur 192000 immigrés présents à Marseille, 28000 étaient originaires de l'Afrique subsaharienne. Et particulier le 15^e arrondissement comptabilisait 16995 immigrés soit 8,9 % de la population immigrée totale (21). On retrouve cette population en consultation de PMI (protection maternelle et infantile) dans le 15^e arrondissement, terrain de l'un de mes derniers stages d'internat, qui a constitué notre lieu de recrutement des patients dans l'étude.

II. MATERIEL ET METHODES

A. Justification du choix de l'étude : Type d'étude : qualitative avec entretien

1. Généralités

Dans le cadre de ce travail, il a été fait le choix d'une étude qualitative. La recherche qualitative utilisée dans les sciences sociales et humaines est le fruit d'une démarche rigoureuse. Le but des études qualitatives est différent des études quantitatives et vise à explorer un domaine dans sa globalité et étudier des facteurs conditionnant lorsque ces derniers sont difficilement mesurables objectivement. (18) C'est une approche récente mais de plus en plus utilisée en médecine générale.

Il existe plusieurs méthodes qualitatives comme la théorisation ancrée de Strauss et Corbin, la méthode d'analyse qualitative de Miles et Huberman et l'analyse thématique de Paillé et Mucchielli. (22) L'analyse inductive générale est la méthode qui a été utilisée dans cette étude. Elle est définie comme un ensemble de procédures systématiques permettant de traiter des données qualitatives. Cette méthode s'appuie sur différentes stratégies notamment l'analyse phénoménologique interprétative (IPA) et la théorisation ancrée. Elle consiste à partir de la lecture détaillée des données brutes de faire émerger des catégories après avoir interprété ces données. L'analyse inductive est particulièrement adaptée à l'analyse de données portant sur des objets de recherche à caractère exploratoire pour lequel il y a peu de références dans la littérature. (23)

La théorisation ancrée est la compréhension nouvelle des phénomènes aboutissant à la construction de théorie sans à priori, une fois les données interprétées. (24)

L'IPA, aussi appelée phénoménologie se focalise sur la compréhension d'un phénomène ou d'une expérience. (23)

2. Recherche préalable et apprentissage de la méthode qualitative

Afin de mener à bien cette étude, j'ai dû me documenter sur la méthode qualitative. Pour cela des recherches sur le sujet ont été nécessaires afin de comprendre les prérequis et la démarche à suivre.

La méthodologie a été étudiée avec soin grâce à l'aide des cours dédiés à l'étude qualitative, donnés par les enseignements du Département Universitaire de Médecine Générale. Les grands principes nous ont été exposés et quelques ouvrages nous ont été recommandés comme celui de Christophe Lejeune, *Manuel d'analyse qualitative : Analyser sans compter ni classer*.

De plus je me suis renseignée auprès du directeur de l'observatoire régional de la santé pour avoir son avis au sujet de la pertinence du sujet et notamment de l'intérêt de privilégier une étude qualitative plutôt que quantitative.

La difficulté de cette méthode qualitative réside dans le manque de standardisation avec un type de procédure universelle claire qui s'adapte à chaque type de données.

3. Recherche bibliographique sur le sujet

Le sujet initial cherchait à étudier les connaissances et les représentations et les pratiques de prévention, concernant le risque palustre chez les voyageurs se rendant en zone endémique du paludisme. Ainsi au travers d'un questionnaire, l'idée aurait été de faire une étude quantitative afin d'évaluer les déterminants. Ce travail aurait dû avoir lieu lors de mon stage à l'IHU au sein des consultations de prévention du voyageur. En commençant notre bibliographie sur ce thème, et avec l'avis de plusieurs médecins spécialistes sur le sujet nous avons préféré recentrer le sujet sur les pratiques déclarées des patients les plus à risque que sont les VFR et la méthode qualitative s'avérait être une meilleure alternative pour ce sujet. Puis avec le passage de la crise sanitaire et la limitation des voyageurs consultants à l'IHU, nous avons réévalué l'échantillon de la population à étudier en choisissant comme site d'inclusion mon stage à la PMI.

4. Déconstruction des a priori

- Comment en suis-je arrivée à me poser cette question de recherche ?

Les maladies tropicales m'ont toujours intéressé, en particulier le paludisme car c'est une pathologie auquel mon entourage proche a souvent été confronté. Au vu des nombreux VFR qui restent finalement la population la plus exposées au paludisme, je me suis demandée quelles étaient les connaissances et pratiques de cette population pouvant expliquer un tel phénomène. Et ainsi pouvoir adapter au mieux les messages de prévention.

- Quelle aurait été ma réponse si j'avais moi-même été interrogée ?

Mon point de vue est biaisé par mes connaissances médicales, mais en tant que patiente j'aurais consulté comme je l'ai toujours fait avant de voyager. J'ai toujours eu une réticence vis-à-vis de l'utilisation des plantes médicinales bien qu'ayant toujours été dans un entourage familial ayant souvent recours à ce genre de pratique. Cependant je pense que la durée de certaines CPAP peut décourager leur utilisation du moins jusqu'au terme officiellement recommandé.

- Pourquoi suis-je convaincue de la pertinence de cette question ?

En médecine générale, on rencontre de nombreuses consultations atypiques qui ne sont pas protocolisées. Les patients voyageurs sont de plus en plus fréquents, et on se rend compte que les généralistes sont tout autant au premier plan que les centres spécialisés voire privilégiés. Le paludisme d'importation reste un problème majeur de santé publique, malgré les nombreux messages de prévention. Nous nous sommes donc demandé quelles étaient les pratiques de prévention des VFR et les représentations qu'ils avaient de ces pathologies qui pourraient expliquer l'échec actuels des messages de prévention.

- Quelle réponse j'attends des participants ?

J'ai pu lister un certain nombre de réponses positives et négatives concernant la CPAP et les méthodes de prévention anti palustre.

Par exemple, pour les patients la CPAP pourrait permettre d'éviter de revenir avec un paludisme d'importation et assurer une véritable protection non négligeable, et ce malgré l'utilisation de méthode alternative. Cependant ils pourraient au contraire être freinés par le coût qu'il engendre qui pourrait représenter pour certains un budget non négligeable.

- Quelle réponse me paraîtrait aberrante ?

Pour les patients, l'incompréhension de proposer des méthodes de prévention avec la simple idée que le paludisme étant une pathologie banale, ne nécessiterait pas de venir en consultation avant de voyager, ni de message de prévention, ou de prise de CPAP.

5. Limitation des biais

- Le biais de recueil de données :

Les données ont été recueillies par l'option d'enregistrement d'un téléphone portable et d'un ordinateur. Ces objets de la vie quotidienne permettaient de mettre les patients plus à l'aise pour parler librement sans avoir l'impression d'être « sur écoute » comme on pourrait l'avoir avec un dictaphone.

- Le biais d'a priori ou de circularité :

Le chercheur ne voit dans son matériau que ce qui confirme une théorie qu'il a et pense avoir vérifié ses théories. Ce biais est décrit par Bamford en 1993(25). Pour éviter cela, j'ai essayé de m'exprimer le moins possible lors de ces entretiens pour éviter d'orienter les patients et d'induire leurs réponses notamment en respectant la phase de déconstruction des a priori recommandée dans les études qualitatives.

- Le biais de surinterprétation des données

C'est le fait de vouloir donner trop de sens à une idée. Pour cela, une fois le codage fait pour chaque entretien, une relecture de l'analyse a été faite par ma directrice de thèse.

6. Assurance de la qualité

Cette étude n'a pas été réalisée en binôme mais la triangulation des données a été assurée par moi-même et ma directrice de thèse.

Un carnet de bord a été tenu durant toute la durée de l'étude afin de servir de fil conducteur mais aussi pour y consigner mes pensées, mes recherches, et mes idées durant ce travail.

Tout au long du travail, j'ai suivi le guide de la grille COREG établie par Clark JP, traduite par la revue Exercer, permettant de respecter la méthodologie à suivre pour la réalisation d'une thèse qualitative (26) (annexe 5)

B. Population étudiée

1. Échantillonnage

Dans une étude qualitative, il n'est pas nécessaire d'avoir un échantillon d'un grand nombre de patients représentatifs de la population. Malgré cela, pour cette étude, j'ai tenté d'avoir des participants de catégories socio-professionnelles, d'âge et de genre le plus varié possible pour avoir un échantillon raisonné en variation maximale. Les résultats obtenus ne pouvant être généralisés, il est plus intéressant de constituer un échantillon de patient supposé concerné par la question de recherche.

2. Population cible

Les critères d'inclusion de l'étude pour choisir les patients étaient dans un premier temps leur volonté de participer à l'étude. Les patients devaient être majeurs, originaires de pays endémiques du paludisme de l'Afrique subsaharienne et prévoyant un voyage ou ayant voyagé dans les cinq dernières années.

Les critères de non-inclusion étaient l'absence de consentement, ainsi que les personnes non francophones ou dans l'incapacité cognitive de participer à un entretien.

3. Recrutement

Les patients ont été sollicités par appels téléphoniques, ou directement lors des consultations de PMI programmées pour leurs enfants du secteur des 15^e et 16^e arrondissements, des Bouches du Rhône de Marseille.

Une partie seulement du titre de l'étude a été dévoilée aux patients afin d'éviter une réflexion préalable à l'entretien trop important. Il leur a été uniquement indiqué que l'étude portait sur « le paludisme et la consultation du voyage ».

Le recrutement a été fait sur la base du volontariat et par échantillonnage de réseau selon le principe de « l'effet boule de neige ». Cela consiste à recruter des patients en utilisant un réseau professionnel ou amical correspondant au profil recherché et en leur demandant des contacts de personnes pouvant également être intéressées par le sujet. Le recrutement a également été réalisé sur le principe de l'échantillonnage en variation maximale qui permet de recueillir la diversité des opinions selon l'âge, le sexe, l'activité professionnelle.

Ainsi une fiche d'information avait été rédigée avec une version pour les patients et pour les médecins de la PMI des 15^e et 16^e arrondissements de Marseille afin de pouvoir proposer aux patients de participer à l'étude (Annexe 2 et 3).

C. Recueil des données

1. Technique de recueil

Pour recueillir les données, il a été réalisé des entretiens semi-dirigés qui permettent de collecter des données en interrogeant les participants en présentiel ou à distance par des techniques de conversation.

Pour cela, un guide d'entretien a été réalisé en abordant plusieurs thèmes sur les connaissances et les représentations du paludisme, la consultation du voyage et le rôle du médecin, et le recours à l'utilisation de méthodes alternatives.

Cette liste n'était pas exhaustive, et le guide a été affiné au fur et à mesure des entretiens.

Chaque entretien a été enregistré avec un téléphone après l'accord des participants pour être analysé. Les horaires de l'entretien ont été décidés selon les disponibilités des participants par téléphone à distance ou en face à face dans un bureau de consultation calme à l'écart des salles de consultations de PMI.

2. Guide d'entretien

J'ai été aidée par la formation à l'étude qualitative proposée par les enseignants du DUMG. Pour cela, il est conseillé d'utiliser des questions générales qui abordent les différents thèmes à explorer.

Pour la réalisation d'entretiens semi dirigés, il est préférable de prévoir des questions ouvertes, (en moyenne une dizaine au total) et de commencer par des questions dites « brise-glace » pour aborder le sujet de façon subtile. Il est important de faire preuve de souplesse pour laisser le guide évoluer et faire face à l'inattendu.

Durant les entretiens, l'utilisation de la méthode des 4R également utilisée en entretien motivationnel consiste à reformuler, résumer, recontextualiser et renforcer (27).

Les guides ont été modifiés et réajustés en fonction des pistes que nous souhaitons explorer, notamment après l'analyse des deux premiers discours des personnes interrogées. (Annexe 1)

3. Nombre de sujets nécessaires

Dans une étude qualitative, le nombre de sujets nécessaire est défini par le phénomène de « saturation des données ». Cela signifie qu'on recrute des patients jusqu'au moment où les données recueillies n'apportent plus d'information nouvelles.

Dans les études qualitatives, l'analyse de l'entretien nécessite du temps, de la réflexion, du dialogue et un plus grand échantillon empêcherait de respecter cet aspect, en particulier pour les chercheurs inexpérimentés.

4. Analyse des données

Tout d'abord, la retranscription des entretiens enregistrés, a consisté à faire sortir des idées indépendantes d'un extrait de texte.

Dans un second temps, il y a eu l'étape du « codage » qui correspond à la traduction scientifique de premières données brutes extraites de l'entretien. Le but est de se demander pour chaque extrait ce que le patient a essayé de nous dire ou ce qu'il ressent. J'ai donc pour cela effectué le travail minutieux de lecture et relecture afin d'extraire les verbatim de chaque extrait.

Puis la recontextualisation qui consiste à mettre en commun les codes et catégories qui avaient été préalablement décontextualisés pour leur donner une signification. Il a donc fallu reprendre tous les extraits codés puis les organiser par thème afin de créer des catégories. Cette catégorisation est variable au cours de l'analyse et a tendance à évoluer au fur et à mesure du travail de l'étude.

Enfin, la dernière étape est celle de la mise en relation des thèmes et la modélisation afin de systématiser la théorie. Pour ce travail j'ai décidé dans un premier temps d'utiliser le logiciel Excel en partage. En effet il existe plusieurs logiciels d'analyse de données qualitatives, mais ils demandent un nouvel apprentissage fastidieux. Puis sur les conseils d'autres internes et de ma directrice de thèse, j'ai préféré utiliser le logiciel Power point pour effectuer le codage.

5. Cadre éthique et légal

Un formulaire de consentement a été présenté à chaque participant avec la fiche d'information et un consentement oral a été obtenu avant chaque début d'entretien.

Les données ont été conservées de façon anonyme, pour anonymiser les données, il a fallu numéroter chaque participant.

III. RESULTATS

A. Généralités

J'ai recruté 17 patients de novembre 2020 à juin 2021.

Dans un premier temps nous allons exposer les caractéristiques de la population puis nous présenterons les résultats de l'analyse qualitative.

1. Caractéristiques des patients

Les patients interrogés étaient âgés de 26 à 66 ans avec une médiane à 35 ans.

La durée des entretiens variait 12 min à 37 min avec une médiane de 17 minutes.

Un tableau récapitulatif de l'ensemble des données des patients avec l'âge, le sexe, l'origine, et la profession sont détaillés sur le tableau 1.

La saturation des données a été obtenue à partir du patient P15 et confirmée par les patients P16 et P17.

Patient	Age (Années)	Sexe	Profession	Origine*	Durée de l'entretien (minutes)
1	27	F	Sans emploi	Comores (I)	12
2	61	F	Retraité	Guinée (I)	25
3	37	M	Cadre commercial	Congo (I)	16
4	34	M	Restaurateur au chômage	Comores (I)	27
5	33	M	Arrêt maladie	Sénégal /Mauritanie (I)	21
6	29	F	Secrétaire médicale	Guinée (II)	19
7	64	M	Ouvrier	Guinée (I)	25
8	37	F	Agent d'entretien	Comores (I)	22
9	30	F	Caissière	Comores (I)	14
10	28	F	Sans emploi	Comores (I)	15
11	35	F	Laborantin	Comores (I)	23
12	27	F	Sans emploi	Mayotte (I)	14
13	43	M	Sans emploi	Guinée Bissau (I)	12
14	43	F	Agent d'entretien	Comores (I)	14
15	49	F	Sans emploi	Comores (I)	17
16	28	F	Étudiante auxiliaire puéricultrice	Comores (I)	17
17	66	M	Sans emploi	Guinée – Conakry (I)	25

Tableau 1: caractéristiques de la population

*(I) et (II) correspondent aux VFR de première génération née dans leur pays d'origine et ceux de deuxième génération née en France respectivement.

B. Résultats

Dans cette partie nous exposerons dans un premier temps les représentations du paludisme des patients, en essayant de comprendre ce que signifie pour eux cette pathologie. Puis nous aborderons les connaissances qu'ils en ont.

Enfin nous présenterons les aspects de la consultation médicale avant le départ avec notamment la perception qu'ont les patients de la CPAP et les autres pratiques de prévention qu'ils déclarent mettre en place.

1. Les représentations du paludisme :

Les différents patients interrogés n'avaient pas tous la même représentation du paludisme. Pour certains c'était une maladie banale, simple sans trop de conséquence. Pour d'autres, le risque mortel était bien présent.

1.1. Une maladie banale

Plusieurs patients interrogés considéraient le paludisme comme une maladie qualifiée de banale sans gravité.

Certains patients comparent le degré de gravité avec d'autres pathologies qu'ils considèrent simple et banale.

P6 : « C'est une maladie d'Afrique, c'est comme la grippe. En France c'est l'équivalent de la Grippe, le palu (...) Après je sais pas si ça existe dans les pays européens, mais je pense qu'en France, il n'y a pas trop de risque hein (...) Franchement je n'ai pas peur du palu, j'ai peur d'avoir la diarrhée plus que le Palu. »

P12 : « C'est une sorte de rhume qui vous mets vraiment KO. »

P13 : « Non, non, non ce n'est pas grave, ça fatigue, mais ça ne fait rien hein ! »

P4 : « Au Comores, la maladie du palu ce n'est pas grave. »

P2 : « C'est comme un rhume ici (en guinée). »

Les patients 8 et 14 associent la banalité de cette pathologie au potentiel de guérison.

P8 : « Non c'est une maladie normale. Bah même les enfants au Comores ils sont atteints de ça, mais au final ils guérissent après. »

P14 : « Non ce n'est pas très grave, car quand tu as le paludisme, je n'ai jamais entendu des gens qui en meurent. C'est pour ça que j'ai dit c'est grave mais pas trop comme c'est rare que le gens ils meurent. »

P11 : « Les cas les plus sévères sont devenues très rares maintenant. »

D'ailleurs, certains patients se souciaient moins de cette maladie vue que la prévalence du paludisme sur un territoire donné était en baisse d'après eux.

P8: « Mais là ça fait 2-3 ans que je vois qu'au Comores ça a diminué le paludisme. Il n'y en a pas comme avant, le palu (...) Est-ce que le palu existe toujours, car au Comores je crois que ça à diminuer ? mais il y a un vaccin pour ça ? car là, le palu on en entend plus parler. »

P11: « La actuellement ça à diminuer actuellement depuis 2015, il y a pas de vaccination mais il y a une sensibilisation, des informations. Depuis 2015, il y a une diminution d'environ 60 % e des cas de paludisme au Comores, ça a diminué. »

P11 : Le palu est en voie de disparition. De quelle manière jusqu'à quand, on ne sait pas encore.

Le ressenti pouvait aussi varier selon le pays dans lequel le paludisme était pris en charge, avec en arrière-plan la notion de l'accès à un traitement efficace.

P16 : « Euh alors en fait en France, c'est pas que c'est pas un réel danger mais comme il y a des traitements qui prennent en charge cette maladie, c'est une maladie comme les autres. Après oui ça reste à vie, on peut plus faire de dons de sang etc.

Ce n'est pas que ça s'est calmé, c'est surtout que ça s'est banalisé. A une période c'est vrai que c'était très : ah le palu, le palu etc. Pour nous quand on y va c'est quelque chose d'important. Mais pour ceux qui y résident c'est une pathologie comme les autres. »

P3 : « Aujourd'hui peut être, fin, me trouvant de l'autre côté (la France), je peux dire que c'est banal. »

P16 : « Le problème, c'est qu'au Comores, c'est plus compliqué et là c'est vraiment dangereux comme il n'y a pas d'antibiothérapie adaptée, l'enfant il va rester et il peut aujourd'hui en mourir alors qu'il y a des soins. »

1.2. Une maladie potentiellement mortelle

Malgré le fait que ce soit une pathologie considérée comme banale, certains patients évoquaient la dangerosité qu'elle pouvait représenter au vu du risque de décès.

P5 : « Je sais que c'est une maladie grave, car j'ai commencé à entendre que le palu tue beaucoup de personnes en Afrique, et que ça tue plus qu'à la guerre donc c'est une maladie grave quand même. »

P9 : « Si on peut être hospitalisé c'est que ça peut être grave hein sinon je serais restée à la maison. »

Certains rattachent encore une fois la gravité du paludisme au délai de prise en charge qui peut être retardé ou le manque d'accessibilité au soin.

P10 : « C'est une maladie qui peut être grave, si elle n'est pas soignée précocement ça devient grave. C'est une maladie mortelle même, il y a des gens qui sont morts à cause du paludisme. »

P2 : « La respiration, euh comment dirais-je les douleurs... ça fatigue tellement qu'il ne le soigne pas ou qu'ils n'ont pas de possibilité de le soigner que ça tue quoi. Sinon ça pourrait se soigner quoi avec la propreté. »

P6 : « Moi je pense, qu'avoir le palu dans un pays reculé ça peut être dangereux, car si les gens n'ont pas les médicaments pour se soigner ou quoi que ce soit, ils peuvent en mourir genre, ça peut être fatal. »

Pour le patient P11, la gravité est liée au type de patient.

P11 : « Le risque c'est la mort, il y en a qui sont morts à cause du paludisme. Oui je vais pas vous mentir, les vieilles personnes qui ont le diabète, la tension et qui n'ont pas la santé au top, il meurt du paludisme. »

1.3. Ignorance de cette maladie

Seulement trois patients évoquaient l'absence de connaissance sur cette maladie.

P1 : « Hum Non...je ne sais pas ce que c'est le paludisme, mais si j'en ai déjà entendu parler. »

P10 : « J'ai entendu mais je sais pas c'est quoi cette maladie. J'ai juste entendu de nom. »

P14 : « Non j'ai jamais entendu parler, il y a qu'ici (la France) que j'ai entendu qu'il en parle comme ça. Mais là-bas je n'ai jamais entendu comme ça. Je ne connaissais pas. (...) car moi j'ai quitté là-bas à l'âge de 16 ans. C'est pour ça que je ne connais pas bien les trucs comme ça. »

2. Les connaissances sur le paludisme

Dans ce chapitre, nous détaillons les connaissances théoriques qu'avaient les patients sur le paludisme. De nombreuses connaissances véritables sur le paludisme (sa transmission, ses signes cliniques, sa prévalence ...) ont été mentionnés par les patients parfois avec une certaine précision. Cependant on note aussi des connaissances « déformées » ou parfois erronées.

2.1. Les connaissances en accords avec les données de la science

2.1.1. Mode de transmission

Une majorité des patients connaissaient le mode de transmission via un vecteur qui est le moustique et la notion de risque lié aux eaux stagnantes.

P2 : « Euh...Le moustique est le numéro un du palu déjà chez nous, avec l'eau insalubre. Le moustique quand ça te pique... ça y est, t'es contagieux. »

P3 : « C'est une maladie qui est plutôt connues dans les pays tropicaux, transmis par le moustique qu'on appelle anophèle si j'ai une bonne mémoire. »

P7 : « Le paludisme pour moi, l'origine c'est le moustique, dès qu'il pique trop après du coup tu commences à avoir le froid puis le chaud. Ça y est tu as le paludisme ! Ça se transmet pas entre l'homme et l'homme. »

P11 : « C'est le moustique femelle qui transmet la maladie. »

P5 : « Paludisme c'est une maladie qu'on obtient par le moustique (...) C'est l'anophèle femelle qui pique après qui donne, des je sais pas des microbes, des virus après on obtient le paludisme. »

P7 : « Au Comores, le paludisme c'est du euh au moustique, voilà. Après ça donne la fièvre. C'est comme un peu la corona, avec une très très forte fièvre. »

Plusieurs patients soulignaient l'importance de l'environnement dans les facteurs favorisant la transmission.

P11 : « Mais au niveau du traitement de l'environnement quoi, les maisons, les entourages, les villes. Voilà ils ont fait un traitement local des maisons etc. le plus dangereux c'est les moustiques. Donc on peut pas traiter les gens si y a toujours les moustiques car ce sont les moustiques qui transmettent la maladie.

Car vous savez bien que les bécés moustiques sont nés dans l'eau. Les moustiques ils pondent dans l'eau peu importe même un petit gobelet les moustiques ils pondent dedans. Le développement des moustiques c'est beaucoup à cause de l'eau si elle stagne partout. »

P13 : « Oui des fois ils disent s'il y a la pluie, il y a le moustique donc ça peut donner le palu. »

P5 : « Du moment qu'il y a de l'eau, l'eau sale il y a beaucoup de moustique. Par exemple pendant la période des pluies on dort avec les moustiquaires, et après pendant la période où il y a pas de pluie, on dort sans moustiquaires. S'il y a pas de pluie, il y a pas de moustique. »

La patiente 15 évoque l'existence d'une transmission materno-fœtale.

P15 : « Je me rappelle quand j'ai accouché mon dernier enfant, j'avais le paludisme. Donc à l'hôpital, on m'a donné de la nivaquine à prendre car quand j'ai eu le palu, l'enfant va l'avoir quand je lui donne la tété. Donc pour éviter que l'enfant attrape le paludisme il m'a donné le médicament. »

2.1.2. Les signes cliniques

Une notion des signes cliniques que pouvait engendrer le paludisme était connue de plusieurs patients, notamment ceux qui avaient déjà eu cette maladie. La fièvre reste, avec raison, le symptôme principalement retenu par les patients.

P7 : « ça te paralyse même parfois, ça te fait trembler, comme si tu avais quelqu'un tout nu au mois de décembre dehors. »

P11 : « Avec des problèmes d'articulation, la fièvre qui touche le plafond. »

P13 : « Bien sûr ! paludisme, si ça prend quelqu'un le corps il est chaud, très très chaud. Après des fois il y a les diarrhées, des fois il y a le vomissement, mais je ne connais pas très bien. »

P16 : « Les principaux symptômes c'est température élevée, qui dépasse 38° persistante, euh il peut y avoir des vomissements, beaucoup de fatigue, qui peut aller jusqu'à des malaises, et voilà principalement. »

P3 : « Ben franchement de ce que j'ai appris, le palu bon après selon le degré il y a ce que l'on appelle le palu cérébral qui peut atteindre euh, le cerveau souvent on fait des crises d'épilepsies. »

P10 : « C'est une maladie qui touche surtout les globules rouges et qui s'aggrave et on a un risque d'anémie, et d'infection, il y a plusieurs risques ; les symptômes c'est un peu comme la corona. »

Le patient 15 mentionnait le type de prise en charge hospitalière en cas d'atteinte chez les enfants.

P15 : « Surtout les enfants qui sont touché. Quand on les ramène à l'hôpital on leur fait une piqure qui s'appelle le « quinimax ». Si l'enfant il est trop chaud, ça descend un peu. »

2.1.3. Une saisonnalité du paludisme

La saison des pluies est la période durant laquelle le paludisme se manifeste le plus, en raison de la multiplication des gîtes larvaires de moustiques, et cette donnée de période à risque était souvent connue des patients .

P8 : « Surtout car il y a des saisons ou il y a des moustiques ; s'il y a la pluie là c'est la saison des moustiques et la chaleur car il fait très très chaud. »

P11 : « Si on regarde bien à Mayotte, il y a le paludisme que quand c'est la saison des pluies et qu'il se manifeste fort. Et comme chez nous on a un très grand jardin c'est facile de se propager. »

P14 : « Ici (en France) il y a l'été, l'hiver, mais là-bas y a que l'été, mais il y a des saisons ou il y a le paludisme et des saisons ou il y en a pas. De décembre, janvier, février des fois il y a le palu avec les fruits les légumes aussi on peut savoir. La saison des mangues, des pastèques il y a le paludisme. »

P5: « Par exemple pendant la période des pluies, on dort avec la moustiquaire et après pendant la période où il y a pas de pluie, on dort sans moustiquaire. S'il y a pas de pluie, il y a pas de moustique. »

2.2. Les connaissances déformées ou erronées

Cependant on retrouvait aussi certaines notions erronées dans l'esprit de patients notamment sur le mode de transmission, confondu avec d'autres maladies tropicales liées au péril fécal. Mais aussi sur l'existence d'une immunité acquise et d'un vaccin antipaludique.

2.2.1. Le mode de transmission

P6 : « Une piqure de mouche, ça se transmet comme ça je pense. Les mouches, les guêpes, euh tous ce qui piquent hein ça peut

P6 : Moi je ne l'ai jamais eu ! Ah si je crois, alors je suis partie en guinée en 2015 et j'ai mangé une mangue. Je sais pas si dans la nourriture on peut attraper ça mais j'étais complètement affaiblit en fait. Une mangue qui n'était pas encore mure, j'étais affaibli, j'arrivais pas à me lever j'avais la gastro et tout. »

Une transmission interhumaine

P16 : « C'était contagieux, on se l'attrapait entre nous. Ça peut se transmettre en nous, comme chacun peut boire avec le même verre etc. c'est pas hygiénique, voilà, avec l'eau aussi ! »

P12 : « Le palu, moi comment j'ai vu c'est au niveau de la nourriture et de l'éternuement. Car nous comme c'est notre maman qui nous faisait à manger, c'était plus facile à transmettre. (...) c'était elle qui nous faisait à manger et au final elle a dû arrêter de nous faire à manger car mes 2 petits frères l'ont eu. »

2.2.2. Immunité acquise naturellement

Il ressort au travers de ces entretiens que des patients pensent être immunisés contre le paludisme parce qu'ils ont déjà vécu dans des pays de zones endémiques.

P11 : « Car j'ai déjà vécu là-bas, j'avais l'habitude, c'est pas comme les enfants qui sont née ici qui ont jamais attrapé le palu. Voilà comme je l'ai déjà eu, bah même si je l'ai là-bas, les traitements qui seront là-bas seront adapté à ma situation car je suis déjà habitué à ça et surtout c'est pas comme si j'étais 5 ans ici , j'ai fait que 3 ans en France donc il a considéré que ça fera pas une forme forte. »

Le patient 7 évoque son incertitude sur la possibilité d'une immunité qui persisterait avec le temps.

P7: « Avant on prenait beaucoup de pique pour ça aussi et c'est déjà éliminé dans le corps. Mais je ne sais pas si c'est éliminé à vie ou bien si de temps en temps il faut prendre d s médicaments pour ça. »

P8: « Finalement, j'ai plus besoin de ça ! même les cachets maintenant je les prends plus, là j'ai plus besoin de prendre, je suis immunisé, mais j'évite les piqures de moustique quand même.

Je pense que moi je suis protégé pour ça maintenant. Depuis que j'ai quitté l'Afrique pour l'Europe, moi j'ai oublié le paludisme. (...) Moi une fois même mon docteur m'a dit que quand tu as quitté l'Afrique ici, tu as passé 3 ans là-bas, à partir de 3 ans, avant

le microbe que tu peux supporter ici sans problème mais si t'a dépassé 3 ans, en Europe tu peux plus supporter ça ici . »

P12: « Non je vais pas consulter car je me dis que je suis là-bas, je retourne chez moi. Mon corps il est habitué vu que je suis née là-bas j'ai fait 18 ans là-bas. »

2.2.3. Vaccin antipaludique

Certains pensent qu'il existe un vaccin antipaludique et font une confusion avec celui de la fièvre jaune.

P6: « Ah si je suis allée me faire vacciner , mais je sais plus où c'était . C'était un vaccin contre la fièvre jaune, je ne sais pas s'il y a un rapport avec le paludisme mais moi c'était la fièvre jaune. »

P7 : « Avant on faisait même les piqûres pour ça, on faisait les vaccinations contre le paludisme, le tétanos tout ça. »

P3: « C'est un vaccin, contre le paludisme, je n'ai jamais cherché à savoir si c'était pour une longue durée ou juste pour le séjour. »

P2 : « Je fais mes vaccins au centre Pasteur. Là-bas les infirmières te font le vaccin contre le palu et ... il y a deux trucs je me rappelle même plus, vaccin contre la fièvre jaune voilà. »

3. Les pratiques et les méthodes de prévention

Dans cette partie nous détaillons les réponses des patients concernant leurs pratiques de prévention et la place accordée à la consultation médicale avant le départ.

3.1. Consultation médicale avant le départ.

3.1.1. Préférence du médecin traitant

Concernant la consultation de professionnel de santé avant un voyage, les patients avaient tendance lorsqu'ils y pensaient, à consulter de préférence leurs généralistes pour prescription de CPAP. La consultation en centre de prévention des maladies du voyageur est évoquée par un seul patient.

P6 : « Ouais moi je consulte toujours, je vais voir mon médecin traitant et qu'il me prescrit des cachets à prendre (...) Depuis 2008 que je suis petite, je vais toujours chez le médecin, c'est vraiment devenu une étape, ça ne m'est encore jamais arriver d'oublier. »

P10 : « J'irais voir le médecin d'abord pour moi et mes enfants, pour qu'il me donne des médicaments pour le palu. »

P16 : « Oui toujours, toujours, je vais voir le médecin traitant. »

P3: « Je consulte mon médecin traitant, qui me donne un traitement avant de partir, pendant mon séjour et à mon retour. Non je vais voir que mon médecin traitant. Une fois j'étais parti à Laveran mais ça remonte quand même. Là-bas on m'avait donné, je sais plus c'était quoi comme produit. Quand je vais le vois c'est parce que je me dis, bon, il doit avoir beaucoup plus de connaissances que moi. »

3.1.2. Les attentes de la consultation médicale

La trousse à pharmacie de médicaments divers pour faire face à toute éventualité une fois sur place était la raison principale de consultation déclarée des patients. La CPAP faisait aussi partie des attentes.

P6: « Sinon pour le palu c'est des cachets que le docteur me prescrit. Mais non je sais plus du tout le nom. Bah déjà j'attends qu'il me donne des médicaments genre comme le doliprane le smecta, fin tout ce qui est vraiment pour la gastro, le rhume. Avant de voyager en tout cas je fais toujours ça, pour avoir la trousse à pharmacie. »

P7: « Quand je suis allée, voir mon médecin je lui ai dit que je partais en Afrique et il m'a prescrit seulement quelques produits pour les maux de tête, de ventre spasfon, doliprane. »

P5: « Des fois je pars voir mon médecin traitant juste pour qu'il me prescrive des comprimés. Mon généraliste il me prescrit les anti-moustique, les médicaments en cas de fièvre, pour les douleurs de ventre, pour la diarrhée tout ça. »

P16: « J'attends rien en fait. Alors quand je vais le voir c'est pour qu'il me prescrive le doxypalu, le traitement de prévention. C'est à prendre un mois avant et durant le séjour et après le retour et aussi pour qu'il nous prescrive les traitement (les dolipranes etc.). »

P11: « Une fois que je suis parti là-bas, mon médecin m'a rien prescrit. Moi je suis arrivée en 2012 et je suis reparti en 2015 et le médecin il m'a dit j'y vais et si j'ai des symptômes à mon retour je reviens le voir. Il m'a prescrit que du doliprane. »

P7: « Car il y a d'autre qui meurt ici avec les problèmes comme ça, car il y en qui prennent l'avion sans aller consulter son médecin même. »

3.1.3. Consultation médicale si voyage avec des enfants

Certains patients avaient pour habitude de consulter leur médecin traitant pour CPAP uniquement s'ils voyageaient avec leurs enfants

P8 : « Nous on va toujours voir le médecin pour le doliprane, et les médicaments pour moi pour les enfants. Mais maintenant je demande plus pour le paludisme. »

P11 : » C'est conseillé quand on part là-bas surtout les enfants en bas âges, de consulter d'abord les médecins. »

P12: « Euh non pour ma fille je vais consulter, il y a pas midi à 14H ! elle est née en France elle a pas les mêmes anticorps que nous, du coup je vais consulter, je vais pas prendre de risque. »

3.1.4. Motif de l'absence de consultation avant le départ.

Pour certains comme les patients 7, 8 et 9 la consultation n'était pas toujours indispensable ou ils n'y avaient tout simplement pas pensé ou aucun personnel soignant ne leur avait proposé de CPAP.

P8 : « Mais d'ici- là, on touche du bois mais on n'est pas parti voir le médecin. »

P9 : « Car on ne m'a pas inquiété en fait. On ne m'a pas dit : « ah fait attention à ci ou à ça. »

P7: « Cette fois non , il m'a rien proposé de tout ça, non non non il m'a même pas proposé (en parlant des CPAP). La pharmacie, eux aussi ils ne m'ont pas parlé. »

Pour d'autre, c'était un simple oubli.

P3 : « Bah une fois j'ai oublié de consulter le médecin je suis allée à la pharmacie sur place je leur ai expliqué que je suis en vacances, que j'ai oublié de prendre les produits et ils m'ont donné des médicaments à prendre sur place. »

P12 : « Donc j'y retourne je ne vais jamais chez le médecin, j'ai jamais pensé. »

3.1.5. Des médicaments pour la CPAP considérés comme non fiables en Afrique

Il existait une certaine réticence vis-à-vis des médicaments disponibles en Afrique. Certains patients dénoncent des procédés de fabrication non réglementaire en Afrique de fabricants profitant de l'ignorance de certaines populations pour en faire le commerce. Ceci était plutôt en faveur d'une consultation pré-voyage et d'achat de médicaments avant le voyage.

P17 : Mais il y a deux types, ici en Guinée là les produits qu'on appelle « pharmacie par terre. » Toute la journée il y a des gens à moto avec une mallette attaché au dos de la moto rempli de toute sorte de médicament. Tu lui demande n'importe quelle maladie il sort le médicament. Il ouvre le paquet il te vend en détails ; tout ça c'est des produits qui sont fabriqués au Nigeria. On appelle ça les médicaments pour tuer. Car les gens qui vendent ça c'est pas des médecins, ils vendent ça comme du commerce, ils y connaissent rien. Et les gens ici ils sont habitués à ça, je leur dis de pas prendre. Mais quand tu parles au gens ici tu leur dis laisser ce produit c'est pas bon, ils te croient pas , ils disent non c'est bon pour eux, comme ils sont habitués à prendre ça. »

P4 : « Maintenant, il n'y a pas beaucoup de confiance dans le monde car il y a beaucoup de trafic de médicaments ; si tu utilises les médicaments chimiques il faut acheter ici et amener là-bas. C'est pour ça que je préfère même acheter les médicaments ici pour aller au Comores sinon utilisé les médicaments naturels. »

P2: « Mais je pars tout de suite pour aller chercher mes médicaments car si t'as rien là-bas des fois c'est des faux médicaments là-bas. »

Les méthodes traditionnelles aussi seraient gardées secrètes et feraient l'objet d'un commerce nouveau.

P2: « Il y en a d'autre qui maintenant commence à faire du commerce avec ses feuilles. Ils ne veulent même pas donnée le nom des médicaments, qu'ils utilisent. Ça soigne mais jalousement ils ne veulent pas dire son nom. C'est comme si ici, les gens qui font leurs confiseries, ils ne veulent pas donner leur recette. Avant il n'y avait pas de commerce avec les médicaments traditionnels, il y a beaucoup de médicaments en Guinée là-bas, mais maintenant les gens gardent jalousement leur secret. Comme ça ils vont avoir de l'argent sur le dos des gens. »

3.2. Perceptions des méthodes de CPAP

3.2.1. Adhésion à la CPAP

Pour plusieurs patients, la CPAP était vue comme efficace et bien acceptée.

P7 : « Avant quand tu disais que t'allais en Afrique on te donnait des cachets pour que tu prennes ça tous les matins. Au début je le prenais les matins il y avait aucun problème. Quand tu rentres en France aussi tu devais le prendre pendant 3 jour après tu arrêtes. Moi je pense qu'à l'époque c'était vraiment efficace. »

P1 : « Moi je préfère prendre les médicaments, ça ne me gêne pas les effets secondaires. »

P14 : « Pour moi c'est nivaquine, qui fonctionne le plus car c'est avec ça que je suis habituée. »

P2 : « Oui je le supportais bien, je n'ai pas eu de problème, il ne faut pas te mettre au soleil c'est tout. Non voilà il faut le prendre tous les jours, car si vraiment tu ne le prends pas..., ça te protège en fait, comme ça même si quelqu'un a le palu toi tu l'attrape pas. Moi je prends ça tous les jours car si quelqu'un est porteur, ça se transmet donc comme ça t'es protégé. »

P2 : « J'utilise des médicaments pour le palu, le médicament qu'on prend tous les jours, « quinine » là j'ai oublié le nom, doxycycline c'est ça. »

Le patient 17 évoque même une préférence pour les médicaments officiellement recommandés.

P17 : « Maintenant les gens ils ont abandonné ça (médecine traditionnelle , tout le monde se dirige vers les produits pharmaceutiques. »

3.2.2. Réticences à la CPAP

Les patients évoquaient des éléments qui entraînaient une réticence à la prise de CPAP, voire une ignorance de ce mode de prévention

P17 : « Depuis que je suis là je n'ai jamais pris ! parce que j'étais sûr que peut être bon ça ne va pas arriver comme ça. »

P8: « Je sais pas c'est pas que ça sert à rien mais la dernière fois qu'on est parti elle l'a pris et moi aussi on est tombé malade je pense que c'était ça et si vous le prenez les médicaments comme ça bah c'est là que vous allez tomber malade. Mes entourages, non ceux qui sont sur place, ils me disent que si je me mets ça dans la tête c'est là que je vais tomber malade. »

P12 : « Je ne savais pas que ça existait ça (à propos de la CPAP) C'est les Français qui inventent des choses, nous on n'est pas comme ça on veut pas tester, c'est comme pour le vaccin du corona. »

3.2.3. Les obstacles de la CPAP

a. Cout financier

Parmi les motifs de l'absence de prise de CPAP, le coût était évoqué par plusieurs patients qui précisait que l'absence de remboursement de ces traitements était un frein à leur prise. Avec parfois l'achat de traitements moins chers non prescrits initialement.

P8 : « On allait le prendre à la pharmacie c'est cher hein ça coûte cher. C'est pour ça que l'année dernière quand je suis parti avec ma grande fille avant le Corona bah on n'en avait pas ramené. »

P9 : C'est un peu un frein quand même.

P14: « Moi j'utilise la nivaquine pour mes enfants, car la nivaquine ça détruit tous les microbes... Mais ce que le docteur il écrit, je ne prends pas ça, parce que c'est cher déjà ! donc j'utilise la nivaquine c'est mieux pour moi. Je l'achète ici et je le ramène. Moi j'achète la nivaquine, comme j'ai pas de CMU , mais c'est moins cher que les médicaments que le docteurs prescrit. »

P2: « C'est cher hein et c'est pas remboursé, avant tu pouvais maintenant il faut acheter. Je ne connais pas le prix mais c'est pas remboursé. »

Mais pour d'autre c'était un coût qui restait nécessaire.

P6 : « Même si la boîte elle était à 100 euros franchement je l'achèterais. »

P7 : « Même si tu as la CMU, ils ne sont pas remboursables, ça tu payes à part ; et malgré tout ça quand même moi je paye. »

b. La peur des effets secondaires

Plusieurs effets secondaires sont décrits à la prise de CPAP, à type d'éruption, de prurit notamment avec la nivaquine, produit pourtant non recommandés à l'heure actuelle pour les voyages en Afrique subsaharienne.

P7 : « Mais la nivaquine aussi, tout le monde ne supporte pas. Car il y a d'autres personnes aussi qui prennent la nivaquine c'est pas bon, ça leur gratte le corps ils se grattent trop même jusqu'à tomber malade. »

P8: « Bah moi je suis tombée malade, j'avais mal à la tête, j'avais de la fièvre, en prenant les médicaments. Je ne sais pas, mais je me suis dit je prends quand même le traitement, ça y est je suis tombé malade. Pourtant avant je ne prenais pas et ça ne me faisait rien. »

P10 : « Mais la nivaquine on est allergique à ça, si on prend la nivaquine ça donne des boutons. »

P3 : « Si j'ai pas mangé j'ai des vertiges. Au départ je ne comprenais pas pourquoi j'avais des vertiges et tout. Si je le prenais à jeun en fait, et quelques temps après j'avais des vertiges. »

c. Des difficultés d'observance

Il régnait dans l'esprit du patient 6 et 9 des incertitudes quant à la durée du traitement.

P6 : « Des cachets qu'il me prescrivait à prendre avec de l'eau la franchement ça je respectais. Tous les jours je le prenais mais c'était sur un laps de temps d'une à deux semaines et au retour tu devais le prendre aussi je crois, mais je sais même plus si c'était pour le palu et je sais plus si c'était tous les jours en fait . »

P9 : « Franchement je sais plus trop en fait mais je sais qu'une fois j'avais pris des médicaments. C'était que pendant une période et dès que je rentrais en France ça s'arrêtait. »

P8 : « Et oui ça m'embête de le prendre tous les jours, déjà j'aime pas les médicaments. »

3.3. Les pratiques de prévention déclarées hors CPAP

3.3.1. Aucune pratique de prévention

Certains patients ne déclaraient aucune mesure de prévention contre le paludisme ou presque.

P9: « Juste elle buvait pas l'eau de là-bas et voilà c'est tout hein et finalement ça s'est bien passé, personne n'est tombé malade. (...)

Je n'ai rien fait de spéciale, même pour ma fille j'ai rien fait. J'ai pris du doliprane etc. pour ma fille, mais sinon j'ai pas pris de précaution plus que ça. »

P11 : « Il n'y avait pas de médicament de prévention avant quand j'étais là-bas, il y avait des médicaments de traitement mais pas de prévention. »

P16 : « Après moi par exemple mon père, c'est pas un adepte des médicaments, et il a jamais rien , et lui il a eu le palu mais en 2005 et ça veut dire avant ça il avait jamais rien eu malgré qu'il prenne aucun traitement. »

P7: « Moi je prends pas les médicaments, je ne fais pas de pique ni rien du tout. La seule chose qui donne le palu en Afrique c'est les moustiques, si t'arrive à éviter les moustiques, tu n'auras pas le paludisme. Car les moustiques, sont très dangereux, c'est tout petit mais attention ils sont très costauds. »

3.2.2. Protection anti-moustique

En dehors de la CPAP, plusieurs patients déclaraient des pratiques de prévention anti-moustique.

Parmi les différentes méthodes de protection anti-moustiques, la moustiquaire la nuit restait le principal moyen de prévention déclaré par les patients, ainsi que les répulsifs cutanés ou les serpentins ou spirales anti-moustiques.

P6: « Et on avait des moustiquaires et on avait des espèces d'encens qu'on mettait par terre pour tuer les moustiques. Et du coup ça repoussait les moustiques ou ça les tuait. Mais sinon, il n'y a rien de mieux que la moustiquaire. »

P12: « En fait je n'y fais tellement pas attention, car j'ouvre jamais les fenêtres la nuit donc y a pas de moustique, à partir de 17h quand il y a plus de soleil, on ferme, tous. On essaye de fermer le plus possible, descendre les moustiquaires, de mettre l'anti-moustique à mettre sur le corps. »

P13 : « Les moustiquaires, il y a des gens qui utilisent beaucoup et d'autre qui utilisent pas si tu veux, tu l'utilises des fois ça marche des fois ça marche pas. »

P7 : « Voilà, il y en a qui préfèrent allumer les médicaments pour les moustiques que tu allumes le soir, ça peut donner un peu de fumer comme ça toute la nuit jusqu'au matin. Mais ça tue pas les moustiques, ça les panique seulement pour ne plus voler. »

P2: « Je prends mes médicaments tous les jours en mangeant voilà c'est tout, les sprays pour la peau. C'est huilant un peu, tu frottes sur tes jambes, tes bras et tu portes des affaires qui sont avec des manches longues. On utilise le truc qu'on brûle là qu'on allume la nuit. Mais ça donne le rhume. Il y en a qui supporte pas . C'est pas bon pour les enfants. Ça c'est le système D en fait pour chasser les moustiques mais il y a des inconvénients derrière. Il y a des sprays anti-moustique aussi qu'on utilise le soir dans la chambre ça, ça va. »

Les répulsifs anti-moustiques étaient aussi mentionnés.

P12 : « On a le ...comment ça s'appelle, l'insecticide. On ferme les chambres, on met l'insecticide on attend au bout de 2-3 heures avant d'aller dormir. »

Certains patients évoquaient des équipes de désinsectisation dans leur pays qui prodiguaient des conseils pour limiter les gîtes larvaires et traiter les habitations

P11: « Il traite les maisons avec des produits, je sais pas si c'est des produits chimiques. Même chez moi, il y a des gens qui sont venus même 3 fois pour traiter les maisons, même les jardins ils sont traités. Pour vérifier s'il n'y a pas de l'eau stagnante, pour sensibiliser les gens pour voir qu'il faut pas laisser les citernes ouvertes car là-bas c'est l'eau des citernes vu qu'il n'y a pas de distribution d'eau courante, potable. Du coup surtout les citernes ouvertes qui attirent plus les moustiques. »

P11: « Même chez moi, il y a des gens qui sont venus même 3 fois pour traiter les maisons, même les jardins ils sont traités. Pour vérifier s'il y a pas de l'eau stagnante, pour sensibiliser les gens pour voir qu'il faut pas laisser les citernes ouvertes car là-bas c'est l'eau des citernes vu qu'il n'y a pas de distribution d'eau courante, potable. Du coup surtout les citernes ouvertes qui attirent plus les moustiques ...) Du coup ils sensibilisent les gens, pour ne pas laisser des gobelets partout, de bien essuyer, éviter les eaux stagnantes partout, dans les jardins, la maison, vérifier que les citernes soient fermées. Et ils ont traité les maisons avec des produits je sais pas si c'est des produits chimiques. »

P7 : « Car les résultats de l’OMS , euh l’organisation de la santé mondiale en Guinée disent qu’on achète pas assez de moustiquaire. Donc ils fournissent ça ici chaque année pour essayer de protéger les populations, pour que les gens évitent les piqûres de moustique. »

Les patients 12 et 15 font part des messages de prévention diffusés sur les chaînes de télévisions.

P12: « Oui, aux infos oui ! ne pas laissez l’eau ouverte, ne pas laisser l’eau stagner dans des bassines, et puis voilà, ça fait partie des préventions qu’on a tous les jours en publicité dans notre télé. »

P15: « A la télé oui ils en parlent beaucoup pour éviter d’attraper le palu, ils vont expliquer comment on fait quand on a le palu, il faut pas rester à la maison, il faut aller à l’hôpital. C’est une maladie forte, c’est interdit de rester à la maison. »

3.3.2. Les pratiques de prévention et de traitement de Médecine traditionnelle

La médecine traditionnelle fait partie des méthodes régulièrement citées par les patients. Il semble exister différentes plantes aux vertus variées. Les techniques utilisées consistaient pour la plupart à infuser ses plantes et respirer les vapeurs ou boire ces infusions. Ces méthodes semblaient plutôt utilisées pour traiter les symptômes, que de manière préventive.

P4: » Au pays on utilise les choses naturelles, c’est pas les produits chimiques. »

P1: « Des choses traditionnelles, du citron, euh, avec le miel d’abeille qu’on mélange avec le citron et on boit voilà. Surtout il faut prendre le citron. »

P17 : « C'est des feuilles des arbres . Il y a la feuille d'avocat, un autre arbre qu'on appelle ici « acacia ». »

P7: « Ils vont chercher certains arbres dans la brousse. Ils les mettent dans la marmite, ils le font bouillir, après tu bois ça et tu couvres bien avec la couverture quelque minutes. Il y en a qui se lavent avec ça même ça aussi ça calme bien le paludisme. »

P12: « Nous chez nous pour traiter le paludisme, il y a des plantes, ils mettent dans une marmite avec beaucoup d'eau, ils font chauffer la marmite, ils prennent la vapeur de l'eau qui sort de la marmite et ils disent que ça c'est un médicament. »

P5: « Il y a des arbres là-bas qu'on appelle nivaquine. Ils coupent les feuilles des branches, ils les font bouillir dans une marmite. Il y a certains qui se lavent avec et d'autre qui le boivent. Après on avait des plantes de type nivaquine qu'on bouille dans l'eau chaude après on se lave avec et le boit de temps en temps. »

P8: « J'ai pris des clous de girofle qu'on m'a envoyé du Comores et c'est passé. Car au Comores eux ils font ça.

Moi j'aime pas trop les médicaments, ici de toute façon je suis obligé ou si je suis vraiment malade. Mais là-bas les médicaments traditionnels, on essaye toujours. »

Néanmoins, pour certains, on peut à la fois utiliser des médicaments de l'industrie pharmaceutique et des produits plus naturels sans que l'un n'exclue l'autre.

P11 : « C'est un pays qui applique souvent les pharmacopées comoriennes, pour les gens malades. C'est une question d'habitude des produits, il y a des gens qui pensent que les produits naturels ça marche plus et il y a des gens qui n'aiment pas. »

P1: « Il faut d'abord essayer les médicaments et si ça ne marche pas il faut penser aux médecines traditionnelles. »

a. Les arguments des patients en faveur de l'utilisation des plantes

i) Conseils familiaux

Ces méthodes traditionnelles étaient pour une grande majorité issues d'un héritage familial, transmis de génération en génération.

P12 : « C'est les mamies qui nous recommandent d'utiliser ça car elles ont pas trop confiance en le doliprane euh. »

P17 : « Il y a des gens qui m'ont dit que prendre les médicaments tous le jours c'est pas bon. Donc maintenant je me méfie un peu. Même le doliprane maintenant je le prends de façon exceptionnelle. »

P5: « Après ils disent que c'est efficace contre le paludisme. Ce sont les sages qui connaissent et qui conseillent ça. »

P2: « Bah ça fonctionne hein, ça dépend. Tu sais il y a des feuilles qui sont là-bas, moi je ne connais pas c'est des connaisseurs. C'est des héritages de mère en mère, père en père. »

P7: « C'est les mamans qui nous soignent avec ça ! nos mamans elles font tout hein ! Elles ont connu ça avec leurs ancêtres. Ça marche bien hein. »

P8: « C'est des plantes naturelles, on les achète au marché. C'est les plus vieux, les arrière-grands-mères, ils ne prennent pas de médicaments pour le paludisme. »

La plupart du temps le nom des plantes utilisées n'étaient pas connues de tous.

P14: « Mais oui y a des plantes, je sais pas comment elles s'appellent. Il prend, il le met dans la marmite et il boit comme ça ou ils fondent la douche avec. On le fait 2 à 3 fois, ça dépend du temps et tous les jours. C'est pour traiter quand on est là-bas. »

P8: « Du coup je l'ai bu comme du thé, et j'ai absorbé les vapeurs . Du coup c'est ça qu'au Comores ils utilisent, ils mettent dans l'eau, ils font bouillir avec des plantes aussi. Je sais pas le nom mais qu'en comorien. »

P2: « Il y en a des feuilles pour le palu mais moi je ne connais pas les noms. Si quelqu'un a le palu ils vont arracher les feuilles, ils les cuisent et ils les donnent aux enfants, ils les douchent avec tout ça. »

ii) Une grande facilité d'accès des plantes traditionnelles

Pour les patients, l'intérêt principal des plantes traditionnelles par rapport à la CPAP, était leur facilité d'accès, à la condition d'avoir un minimum de connaissances pour savoir où les cultiver, comment s'en servir et dans quelles indications. Ce thème se retrouve à plusieurs reprises dans les chapitres suivants : facilité d'accès, coût moindre et seul recours en cas de manque d'accessibilité des structures de soins locales.

P8 : « Mais là-bas les médicaments traditionnels, on essaye toujours. Oui ! tu peux payer et l'acheter au marché. Mais sinon les gens les cultivent dans le champ, ou alors tu trouves une copine qui te donne. »

P11: « Ça se trouve partout au Comores, pas obligé d'aller voir un médecin traditionnel. »

P12: « Non en fait c'est des plantes qui poussent comme ça dans la nature et en gros il suffit de savoir à quel endroit il y a une plante et d'aller les cueillir comme ça. »

P13: « Il y a des gens qui connaissent bien ces médicaments-là. Ils vont chercher ça dans la brousse. Je ne sais pas comment ils font pour le transformer en médicament après ils l'utilisent.

Il y a des gens spéciales pour ça , après tu vas les payer et tu le prends. C'est eux qui vont te donner les informations de comment l'utiliser. »

P16: « Non pas du tout c'est culturel et du coup comme il y a énormément de champs, ils vont cueillir eux même les plantes etc. »

iii) Facilité d'accès : une technique moins couteuse

Le cout inférieur à celui de la CPAP ou des médicaments chimiques pouvait expliquer la préférence d'utilisation par certains patients.

P3: « Non bon alors (rire) c'est des techniques qu'on va trouver dans des familles euh, on va dire, pour ceux qui n'ont pas les moyens de s'offrir un traitement adéquat. Bah je pense c'est ça qui les poussent à ce qu'il le fasse. Pour être plus claire ; pour ceux qui n'ont pas de moyens. »

P7: « Voilà c'est une méthode gratuite. »

P10 : « Parfois si t'as pas les moyens il faut utiliser les produits naturels. On les trouve aux champs etc. en plus c'est moins cher si tu les as achetés au marché (...)

Après concernant ma famille en tout cas c'est juste une question de moyen. Sinon le reste du temps ils vont utiliser les plantes. Mais c'est une question de moyen, ce n'est pas une question de croyance. »

iv) Manque d'accessibilité des structures de soins

La difficulté d'accès aux soins dans certains pays d'endémie palustre, pousse la population à privilégier l'utilisation de plantes plus facilement accessibles.

P5 : « Après la ou y a pas de médecin, donc euh ce qui peuvent partir dans un village voisin pour aller voir et sinon il y a certains qui se soignent juste traditionnellement. »

P16: « Bah déjà pour ceux qui sont au Comores, c'est une question d'accessibilité, les soins qui sont la bas c'est pas les même qu'ici . »

Pour d'autre les structures de soins doivent être sollicitées pour des pathologies plus graves.

P7 : « Mais les gens ici pour voir le médecin il faut avoir une pathologie plus grave que ça. Sinon avec les choses comme ça ils n'ont pas besoin d'aller voir le médecin pour ça.

Ici à l'hôpital quand tu vas il faut payer l'argent, si toi t'es malade tu n'as pas d'argent qu'est-ce que tu vas faire ? c'est ça le problème. »

P6: « Euh quand ils ont le palu, ils vont à l'hôpital quand c'est vraiment grave (...) Mais c'est sûr que dans les villages bien reculés ils utilisent des méthodes naturelles. »

Le manque de développement du système de soins en Afrique, est responsable d'après les patients 12 et 17 d'un manque de confiance envers ces structures de soins qui ne sont donc pas toujours sollicitées.

P17: « Il n'y a pas de médecins ici, dès que tu vas voir le médecin ici, ils disent que c'est le paludisme, il faut prendre la piqure, quelle piqure ? moi ils vont pas me donner de piqure ici ! Mais j'ai remarqué, la plupart des gens qui viennent d'Europe, quand on leur fait cette piqure, ça leurs ne convient pas. »

P12: « Après comme chez nous on est pas trop développés niveau médecine, ça joue aussi. »

v) Une représentation des plantes traditionnelles comme efficaces et moins pourvoyeuses d'effets secondaires que la CPAP

Au-delà de la question de l'accessibilité, les méthodes alternatives sont perçues par plusieurs patients comme efficaces et sans effets secondaires.

P8: « Moi j'ai essayé en janvier là . Non quand ils prennent (les plantes) en général ils guérissent. Comme le clou girofle, c'est comme du thé. Il ne faut pas le boire tout le temps, tout le temps. Mais le matin tu peux le prendre et c'est bien pour le corps. Ils le prennent même pour anti-covid. »

P11: « Même moi quand j'étais là-bas, pourtant c'est pas à cause de raison financière ou autre, mais même moi quand j'étais là-bas, les produits naturels ça marchait plus que les produits chimiques. »

P12: « C'est les mamies qui nous recommandent d'utiliser ça car elles ont pas trop confiance en le doliprane euh . Mais je peux vous dire que ça marche. Non, non pas d'effet secondaire. »

P4: « Moi je préfère les plantes naturelles. Dans mon pays il y a beaucoup de médicaments naturels pour les soigner ce n'est pas comme ici en France où tu prends des produits chimiques. Par exemple l'ail et le gingembre c'est naturel. Et c'est mieux le produit naturel que chimique. »

Certains patients faisaient une distinction entre les patients vivant en zone d'endémie palustre pour lesquels les méthodes alternatives semblaient être plus efficaces, alors que pour les VFR la CPAP serait nécessaire.

P14: « Pour moi c'est nivaquine, qui fonctionne le plus car c'est avec ça que je suis habituée. Mais pour là-bas c'est les plantes qui sont mieux car ils sont habitués à ça. Et même s'ils vont chez le médecin, ils utilisent toujours ça car ça permet beaucoup de chose. »

P10: « Mais si je retourne je vais acheter les médicaments hein car on vit plus là-bas, on a changé de climat. »

P4: « Avant si j'allais au Comores les médicaments naturels ça passait. Maintenant si je retourne, peut-être les médicaments naturels ça passe pas car je suis en France depuis trop longtemps. »

P16: « Pas moi mais mes parents, surtout mon père car il aime pas tous ce qui est traitement etc. mon père il boit des tisanes, il boit ça tous les matins ; bon du coup ça a marché un petit moment et après en 2005 ça n'a plus marché. »

P2: « Ça peut marcher, c'est des habitués. Il faut en prendre avec modération, et non ça ne donne pas de problème. Il y en a qui ne vont pas voir de médecins, qui vont voir les médecins traditionnels car ils ont plus confiance. Même ici il y a des docteurs qui ont confiance en la médecine traditionnelle. »

b. Les arguments en défaveur de cette pratique

j) Réticence par manque de preuve scientifique

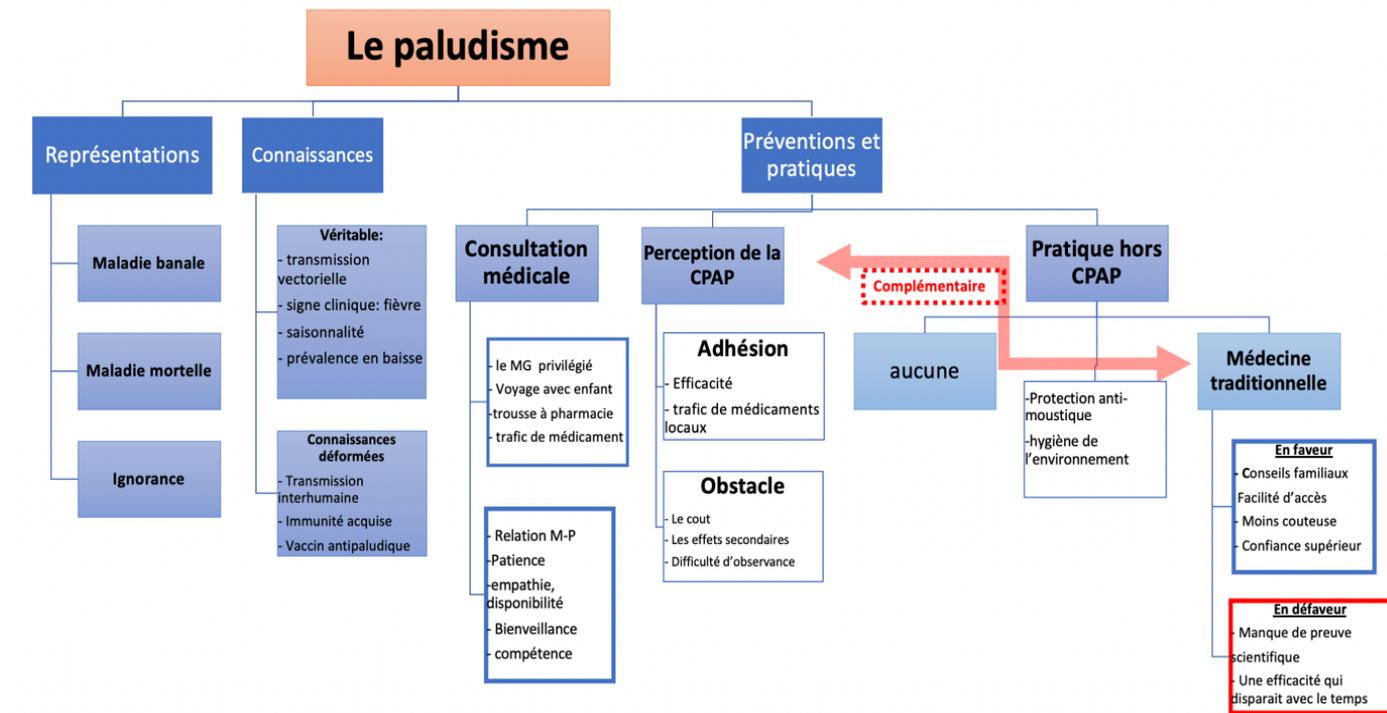
Certains patients décrivaient cependant les médecines traditionnelles comme peu fiables car non contrôlées et potentiellement source de profits, par des gens malintentionnés

P 3: « Euh pour prendre des plantes, pour moi il faudrait que ça soit prouvé scientifiquement que ça soit efficace ; je connais un voisin qui le prend mais non je suis pas prêt à le prendre. »

P4: « Au Comores il y a beaucoup de choses de médicaments naturels mais il y a pas d'ingénieur ou de médecin pour contrôler et analyser. »

P17: « Ils disent clinique, mais c'est faux c'est du pur commerce comme si tu ouvrais un restaurant. Ils te soutirent l'argent comme ça, en mettant juste un panneau avec écrit clinique, quelle clinique ? moi je connais la malhonnêteté de ces gens-là, ils sont tous malhonnête ! »

SCHEMA RECAPITULATIF DES PRINCIPAUX RESULTATS



IV. DISCUSSION

Dans une première partie nous discutons les forces et faiblesses méthodologiques de notre étude, avant d'aborder les résultats principaux et les perspectives

A. Forces méthodologiques de notre étude :

- Validité interne :

Les entretiens ont été réalisés jusqu'à obtenir une saturation des données. L'ensemble des participants a été représenté de façon équitable et aucun n'a décidé d'abandonner l'étude avant la fin. La grille COREG a été utilisée et consultée régulièrement durant l'étude afin de respecter au mieux la démarche à suivre dans ce type d'étude qualitative. (26)

- Validité externe :

En utilisant la méthode qualitative comme expliqué dans la méthodologie, le but était surtout d'obtenir un échantillon raisonné. Dans la population sélectionnée, nous avons pu avoir une population diversifiée notamment grâce à l'effet boule de neige qui m'a permis de recruter des participants VFR. Cette étude est originale car c'est la première dans les Bouches du Rhône à interroger les patients VFR à propos du paludisme après l'île de France et la Gironde .

B. Faiblesses méthodologiques de notre étude.

Le biais de recrutement lié au faible effectif de l'échantillon, même si les caractéristiques de la population mettent en avant la diversité de celle-ci. Cependant, on doit quand même préciser que la population présente en PMI reste préférentiellement des femmes d'une certaine catégorie socio-économique et d'une catégorie d'âge de femme en âge de procréer (ce qui représentait ici 10 personnes sur 17). Le biais d'investigation lié au fait qu'en tant qu'investigatrice et interne en médecine, je n'étais pas formé à la réalisation d'entretiens semi dirigés, difficulté supplémentaire que j'ai essayé de surmonter probablement de façon imparfaite, ce qui a pu expliquer la présence de certaines questions fermées au cours de l'entretiens et

la durée parfois raccourcie de certains entretiens. Par ailleurs concernant les entretiens, certains ont été réalisés par téléphone. L'impossibilité de voir les réactions des participants pouvaient entraîner une perte d'informations sur le langage non verbal pour lesquels on ne pouvait pas prendre de note et interpréter ces données. De plus il n'a pas été réalisé de focus groupe car les entretiens ont eu lieu en période de déconfinement ou les précautions anti-COVID étaient encore présentes.

C. Discussion des résultats de l'étude.

A travers l'exploration des représentations, des connaissances et des pratiques de prévention du paludisme des patients VFR, nous avons pu identifier certains freins à l'utilisation de la CPAP, ainsi que certains leviers sur lesquels pourraient s'appuyer des messages de prévention dédiés.

Tout d'abord il est à souligner que les patients VFR interrogés, bien qu'ayant des représentations variables quant à la gravité du paludisme (de maladie mortelle à maladie banale), avaient pour la plupart de bonnes connaissances théoriques concernant la transmission vectorielle du paludisme, la notion de période à risque lors de la saison des pluies, ainsi que la notion de « fièvre » comme signe clinique principal. Concernant les pratiques de prévention, on note également une connaissance et une application des mesures de lutte anti vectorielles (moustiquaires, répulsifs, serpentins anti-moustiques)

Néanmoins, on note également des connaissances « déformées ou erronées » qui nous semblent être un frein à des mesures de prévention de type CPAP. L'une de celles-ci est la croyance en une immunité acquise contre le paludisme qui persisterait dans le temps.

1. La croyance de l'existence d'une immunité acquise contre le paludisme

La notion d'immunité acquise par les VFR revenait fréquemment au cours des entretiens. En effet ceux-ci mettaient en avant l'existence d'une protection naturelle contre le paludisme, qu'ils auraient acquis en ayant vécu plusieurs années en zone endémique palustre.

On peut parler ici de connaissance « déformée ». En effet les données actuelles de la science font état d'une « prémunition » chez les patients vivant en zone d'endémie, mais celle-ci est rapidement perdue dès l'arrêt de l'exposition aux piqûres d'anophèles. En effet, ce phénomène est cité dans le rapport mis à jour en 2016 de l'Association Française des Enseignants de Parasitologie et Mycologie (ANOFEL), il existerait une « prémunition » contre le paludisme qui s'acquiert progressivement en cas d'exposition continue mais qui n'empêche pas d'être de nouveau contaminé, en revanche elle empêche progressivement la survenue de forme clinique grave. Cette prémunition repose sur l'existence d'une stimulation de l'immunité innée et adaptative (CD4 et CD8) par le parasite. C'est un équilibre entre l'hôte et le parasite acquis progressivement en 5 à 10 ans après plusieurs années d'exposition si la transmission est constante, au prix d'une mortalité infantile élevée. Cette immunité est labile car elle disparaîtrait en 1 à 2 ans chez les sujets qui quittent la zone endémique, chez les splénectomisés et chez les femmes enceintes à partir du 2^e trimestre. (29)

Ainsi, cette immunité n'est jamais totale et jamais définitive. En effet, lorsqu'un sujet séjourne en zone tempérée pendant 2 à 3 ans, il perd cette protection. A son retour au pays, la personne est de nouveau vulnérable au même titre qu'un sujet n'ayant jamais vécu en zone endémique (28).

Cette « connaissance déformée » d'une immunité acquise qui persisterait malgré le fait de vivre hors zone d'endémie a déjà été identifiée dans de précédents travaux.

Dans la thèse précédemment citée portant sur les étudiants en médecine, 8,5% des étudiants interrogés pensaient qu'en cas d'épisodes antérieurs de paludisme, cela empêchait de faire des complications d'un nouvel accès palustre. Huit d'entre eux sur les 164 participants pensaient que cela immunisait à vie (4,8%)(17).

Dans la thèse qualitative portant sur les critères de non-observance de la prévention antipalustre, on retrouve la notion masquée d'immunité acquise. En effet, il est mentionné dans les résultats que le migrant s'assimile à tort à sa famille restée au pays, y vivant sans aucun médicament préventif. Le paludisme faisant partie intégrante de leur mode de vie local, ils ne prennent aucun traitement, font quelques accès palustres mineurs et continuent de vivre. (18) Le paludisme fait partie du paysage sanitaire en Afrique tout comme le rappel Genty. (30)

Il s'agit là d'un obstacle à la CPAP et aux mesures de prévention en général. C'est donc une information qu'il nous semble cruciale à délivrer de la part des médecins qui voient des VFR qui prévoient un voyage en Afrique subsaharienne, afin de les convaincre de la nécessité de mesures de prévention .

2. Les attentes de la consultation pré- voyage

Il apparait que le médecin traitant joue un rôle essentiel dans la prévention du paludisme pour les patients VFR. En effet, selon les patients, lorsqu'ils pensaient utile de consulter un soignant, c'était le médecin traitant qui était cité en priorité pour 8 de nos participants. Les patients soulignaient les connaissances médicales supérieures que détenaient leurs généralistes qui les poussaient à consulter avant de voyager.

Pour certains, la trousse à pharmacie était un des éléments indispensables motivant consultation médicale pré-voyage. En effet, les patients mettaient en avant l'intérêt d'avoir « des médicaments de secours » en cas de désagrément qui arriverait sur place, ne faisant pour certains pas confiance aux médicaments qui pourraient se vendre sur place.

Pour d'autres, c'était le voyage avec leurs enfants qui les poussaient à consulter avant le départ, avec une appréhension supérieure quant au risque lié au paludisme chez des enfants nés sur le sol français. En ce sens, la PMI pourrait aussi représenter un lieu pour aborder les messages de prévention lors du retour au pays.

3. Les obstacles à la CPAP : Le coût.

La question du coût des médicaments reste centrale dans l'utilisation de CPAP. Quand pour certains, le cout financier n'était pas un frein à l'utilisation des CPAP car ils privilégiaient leur santé. Pour d'autres, l'aspect financier constituait un frein majeur à leur utilisation. Raison pour laquelle, certains préféraient s'en remettre à l'utilisation de méthode traditionnelle moins couteuse.

Il se pose alors la question du remboursement des CPAP. En effet, si un des facteurs limitants principaux à leur utilisation est le cout, il est légitime de se demander si leur remboursement renforcerait leur utilisation par les VFR.

Une étude précédente a déjà soulevé cette problématique en 2008, en tentant d'évaluer l'intérêt financier global du remboursement de la CPAP. Les résultats montraient qu'en remboursant la CPAP à 65% il y aurait une diminution du coût total lié à la prise en charge du paludisme d'importation (estimées à 47 millions d'Euros par an qui baisserait contre de 17 millions d'euros par an) et une diminution de l'incidence de 3836 cas / an et des décès à 21 par an contre une incidence de 6321 cas par an et de 34 décès si elle continuait à ne pas l'être (31). Par ailleurs en 2009, une autre étude de Pistone *et al.* portant sur une cohorte de voyageur français se rendant dans des pays d'endémie palustre, montrait que seulement 44% de ces voyageurs avaient pris une CPAP appropriée et les raisons étaient soit liées au coût, à la peur des effets secondaires et de la non-conformité, à une conscience limitée du risque (32).

De plus, la thèse du Dr Mohamed Ali aborde ce point financier dans une étude descriptive rétrospective de 823 cas de paludisme importés. Il montrait qu'en 5 ans, le paludisme importé des Comores à Marseille avait entraîné des dépenses de santé estimées à 2,4 millions d'euros entre 2001 et 2005.(33)

Sur la thèse qualitative rétrospective portant sur les 14 cas de paludisme d'importation de patients recrutés au sein de la région parisienne en 2009, on note dans leurs résultats, que le problème du coût est secondaire pour 8 d'entre eux, alors que 4 l'estimaient trop cher et 2 ne se sont pas prononcés (18).

Une autre thèse sur l'anthropologie des VFR de Bordeaux de 2018, montrait que les migrants ont tendance à hiérarchiser les risques avec une non-priorisation du risque palustre par peur de la « toubabisation » qui serait moins bien perçue socialement. De plus l'absence de remboursement de la chimioprophylaxie par la Caisse nationale d'Assurance Maladie accentue ce phénomène (20).

4. La Nivaquine : une CPAP sans efficacité en Afrique subsaharienne, pourtant souvent citée par les patients

Parmi la CPAP citée par les patients, la NIVAQUINE était celle qu'on retrouvait le plus fréquemment, notamment pour des raisons de coûts (molécule ancienne générique) comme le patient P14 : « Moi j'utilise la nivaquine pour mes enfants, car la nivaquine

sa détruit tous les microbes... Mais ce que le docteur il écrit, je prends pas ça, parce que c'est cher déjà ! donc j'utilise la nivaquine c'est mieux pour moi. Je l'achète ici et je le ramène. (...) Moi j'achète la nivaquine, comme j'ai pas de CMU, mais c'est moins cher que le médicament que le docteur prescrit ».

Pour rappel, la nivaquine correspond à la chloroquine qui fait partie des molécules utilisées dans le traitement du paludisme. Cependant, cette molécule ne figure plus dans les recommandations de prise en charge des accès palustre simple et des formes graves ni dans les recommandations de prévention en Afrique Subsaharienne du fait d'une résistance élevée des *Plasmodium* à cette molécule dans cette zone géographique (34). Par conséquent, les pays d'Afrique subsaharienne sont des zones de chloroquinorésistance dans lesquelles la chloroquine (nivaquine) est inefficace. (16)

Cet élément , en plus de l'absence d'immunité acquise, nous semble devoir figurer dans les informations indispensables à délivrer lors de la consultation avant voyage, le plus souvent réalisée par le médecin généraliste.

5. La croyance en l'existence d'un vaccin antipaludique.

Au cours de cette recherche, nous avons constaté qu'il régnait dans l'esprit de plusieurs patient, une confusion sur l'existence d'un vaccin contre le paludisme. En demandant plus de précisions, on s'aperçoit que le plus souvent il s'agissait d'une confusion avec le vaccin contre la fièvre jaune. Pour d'autres, il règne l'idée que la vaccination contre la fièvre jaune assure une protection supplémentaire contre le paludisme.

A ce jour il n'existe pas de vaccin officiellement recommandé et utilisé en prévention pour la lutte contre le paludisme chez les voyageurs.

Cependant, des essais prometteurs sont en cours et l'OMS recommande désormais l'utilisation du vaccin antipaludique RTS,S/AS01 qui a été lancé dans trois pays pilotes que sont le Ghana, le Kenya et le Malawi. Ce vaccin serait administré chez les enfants de moins de deux ans d'Afrique subsaharienne et dans les régions où la transmission du paludisme à *P. falciparum* est modérée à élevée (35).

6. La place de la médecine traditionnelle

Par médecine traditionnelle, on entend l'utilisation de méthodes alternatives le plus souvent à base de plantes, d'arbres, de fruits qui sont consommés sur des conseils familiaux et privilégiés en particulier dans les zones où l'accès aux soins est difficile du fait de leurs coûts ou de zones géographiques isolées.

En 2017, dans un article sur l'accès aux soins, Christian Vigouroux, président du conseil d'administration de l'institut Pasteur, rappelle que dans le monde d'aujourd'hui on meurt encore du paludisme. Il précise que le premier facteur de ce constat est la pauvreté avec pour corollaire, « la faiblesse du système de santé et le manque d'accès aux soins et aux médicaments pour la majorité des populations » (36).

Une étude qualitative de 2014, sur la concurrence des thérapeutiques traditionnelles et biomédicales dans la lutte contre le paludisme du Cameroun est en accord avec ces résultats. Ils se sont tout particulièrement intéressés à la population de l'extrême nord du Cameroun, qui est une zone périphérique où la population a de réelles difficultés à se faire prendre en charge dans les établissements de santé, principalement en saison pluvieuse lorsque le paludisme atteint son pic. Par conséquent, l'éloignement des formations sanitaires, le faible revenu des populations et des raisons culturelles, concourent à un recours préférentiel aux méthodes traditionnelles. Ainsi face à un accès palustre, les habitants utilisent dans un premier temps des breuvages élaborés par leur entourage familial, à base de manguiers, papayers, goyaviers et citronnelle. En l'absence d'amélioration, ils poursuivent le traitement avec les médicaments acquis « sur les trottoirs ». En cas de persistance des symptômes, ils consultent les tradipraticiens qui allègent les souffrances par un art « dont ils détiennent le secret ». Ces méthodes sont très développées dans cette région et le taux de fréquentation des services officiels de santé oscille autour de 12% (37).

Le développement de traitements alternatifs a fait l'objet de travaux publiés par l'équipe française du Muséum national d'histoire naturelle dans une revue spécialisée en ethnobiologie. Après avoir interrogé différents groupes ethniques, les chercheurs ont identifié 35 remèdes traditionnels, utilisés contre le paludisme, dont le petit arbuste de la forêt amazonienne, le quinquina de Cayenne. Il a été montré que le principe actif aurait en effet une activité antipaludique.(38)

Par ailleurs, il existe une plante dont l'utilisation fait l'objet de promotion croissante en France et en Afrique. Il s'agit de *l'Artemisia Annua*, utilisée sous forme de tisanes ou de gélules dans la prévention et le traitement du paludisme. Cependant, le BEH rappelle que ces phytothérapies n'ont pas fait la preuve de leur efficacité et leur usage est clairement déconseillé depuis 2012 par l'OMS. En 2015 et 2017, l'ANSM est intervenue à double reprise afin d'interdire la vente de produits dérivés de l'*Artemisia* sur internet ou via les associations.(11)

Il est intéressant de noter que ce constat ne s'est pas retrouvé au cours des entretiens de notre population d'étude, qui ne semble pas être touchée par la promotion de cette méthode de prévention « alternative » par tisane d'*Atermisia*.

Cependant, en dehors des difficultés d'accès mentionnées, dans notre étude, la plupart des patients qui ont recours à des méthodes traditionnelles de traitement n'excluent pas l'utilisation de CPAP et font même une distinction entre leur situation de voyageurs qui nécessiterait une CPAP et celle des gens sur place pour lesquels les plantes seules pourraient marcher.

D. Perspectives

Il apparaît donc au travers de cette étude que les VFR ont de bonnes connaissances sur les modes de transmission du paludisme et ces signes cliniques (fièvre). Les généralistes ont une place centrale dans la transmission des principaux messages de prévention auprès des VFR, mais aussi probablement les centres de PMI qui sont amenés à voir en consultation une partie de la population des VFR à Marseille dans les quartiers où notre étude a été effectuée. Il serait donc intéressant de délocaliser les consultations voyageuses spécialisées et de proposer des consultations au plus près des VFR comme dans les PMI, les centres de santé au travers de consultations dédiées, individuelles ou collectives.

De plus, il est important de rappeler aux soignants véhiculant des conseils aux voyageurs, en particulier les médecins généralistes de travailler sur les « connaissances déformées » de certains voyageurs VFR. Notamment insister sur le fait qu'il n'existe pas d'immunité acquise réellement, celle-ci disparaît rapidement lorsqu'on vit hors zone endémique. Il faut aussi rappeler aux patients et aux médecins généralistes, l'inefficacité de la nivaquine en prévention en Afrique subsaharienne du

fait d'une chloroquinorésistance généralisée. Les molécules à préconiser dans cette zone sont la doxycycline ou l'atovaquone-proguanil.

Ainsi, on pourrait mettre en place une fiche mémo qui pourrait aider les généralistes lors des consultations pré voyage avec les questions indispensables à poser et les chimioprophylaxies à proposer avec notamment une liste des sources d'information validées et à jour. Le généraliste pourrait alors orienter ses patients sur les sites internet pertinents à consulter.

En ce qui concerne la vaccination antipaludique, serait une avancée certaine dans la lutte contre le paludisme. L'avenir nous dira si elle va changer complètement nos pratiques de CPAP et si elle sera accessible aux VFR.

Enfin, il semble difficile de ne pas aborder la crise sanitaire de la COVID-19 qui dans ce contexte a fortement limité les voyages et notamment en zone endémique du paludisme. En 2020, un total de 1006 cas de paludisme a été recensé en France auprès du CNR dont un cas autochtone, ce qui correspond à une baisse drastique des cas de paludisme de 64% par rapport à 2019 en lien avec la gestion de la crise sanitaire. Par conséquent, on s'attend à une reprise à la hausse en 2021 avec la levée des restrictions sur les voyages internationaux.(11,39)

V. CONCLUSION

Le paludisme d'importation est un phénomène dont la prévalence est en augmentation croissante en France métropolitaine. Dans la population des VFR cette pathologie apparaît assez banale mais reste redoutée par un certain nombre d'entre eux. La consultation médicale pré voyage lorsqu'elle est jugée utile par les VFR, notamment en cas de voyage avec leur enfant, est réalisée par le généraliste. Il apparaît que la question de la chimioprophylaxie médicamenteuse n'était pas la motivation première mais plutôt « la trousse à pharmacie » qui paraissait pour certains indispensables. Néanmoins nous avons pu remarquer des carences en termes de connaissances chez les patients que ce soit sur le mode de transmission, l'existence d'une immunité ou d'un vaccin contre le paludisme. Les méthodes de prévention apparaissent diverses et variées. Il en ressort qu'elles ne sont pas toujours utilisées et lorsqu'elles le sont, le choix est souvent inapproprié ou l'observance non respectée. Par ailleurs, les méthodes alternatives prennent une place importante dans l'esprit de certains notamment par la difficulté d'accès que représente l'accès aux soins pour certaines populations. Mais leur utilisation, ne semble pas exclure celles des CPAP.

L'enjeu serait de prévoir une consultation médicale pré-voyage ciblant les populations à risques en diffusant des messages adaptés et en centrant la communication sur l'éducation thérapeutique et la réassurance du patient vis-à-vis des CPAP.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Pilly E, Épaulard O, Le Berre R, Chirouze C, Collège des universitaires de maladies infectieuses et tropicales (France). ECN.Pilly 2020: maladies infectieuses et tropicales : prépa. ECN, tous les items d'infectiologie. 2019.
2. OMS | Le rapport de cette année en un clin d'œil [Internet]. WHO. [cité 9 juill 2019]. Disponible sur: <http://www.who.int/malaria/media/world-malaria-report-2018/fr/>
3. Mischlinger J, Rönnerberg C, Álvarez-Martínez MJ, Bühler S, Paul M, Schlagenhauf P, et al. Imported Malaria in Countries where Malaria Is Not Endemic: a Comparison of Semi-immune and Nonimmune Travelers. *Clin Microbiol Reviews*. 11 mars 2020;33(2):e00104-19, /cmr/33/2/CMR.00104-19.atom.
4. Volkman HR, Walz EJ, Wanduragala D, Schiffman E, Frosch A, Alpern JD, et al. Barriers to malaria prevention among immigrant travelers in the United States who visit friends and relatives in sub-Saharan Africa: A cross-sectional, multi-setting survey of knowledge, attitudes, and practices. *PLoS One*. 2020;15(3):e0229565.
5. Mascarello M, Gobbi F, Angheben A, Concia E, Marocco S, Anselmi M, et al. Imported Malaria in Immigrants to Italy: A Changing Pattern Observed in North Eastern Italy. *Journal of Travel Medicine*. 1 sept 2009;16(5):317-21.
6. Mace. malaria surveillance. 2015;
7. He zhang yug. epidemiology situation. 2017;
8. Francis B, et al. *Journal of travel of medicine*. 2015;
9. Zanotti P, et al. *Journal of travel medicine*. 2018;
10. Minodier P, Noël G. Chimio prophylaxie du paludisme. //www.em-premium.com/data/traites/pem/04-79512/ [Internet]. 20 déc 2018 [cité 28 juill 2021]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.lama.univ-amu.fr/article/1264239/resultatrecherche/1>
11. SPF. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 1er juin 2021, n°Hors-série Recommandations sanitaires pour les voyageurs, 2021 (à l'attention des professionnels de santé) [Internet]. [cité 28 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-1er-juin-2021-n-hors-serie-recommandations-sanitaires-pour-les-voyageurs-2021-a-l-attention-des-professio>
12. Godet C, Le Moal G, Rodier MH, Landron C, Roblot F, Jacquemin JL, et al. Paludisme d'importation : il faut renforcer le message de prévention. *Médecine et Maladies Infectieuses*. 1 nov 2004;34(11):546-9.
13. Briend-Godet V, Coutherut J, Lefebvre M, Lavergne R, Biron C, Le Pape P, et al. COL 7-03 - Étude descriptive des accès palustres de voyageurs ayant consultés

- dans un centre de vaccinations internationales (CVI). *Médecine et Maladies Infectieuses*. 1 juin 2016;46(4, Supplement 1):15-6.
14. Thellier M, Simard F, Musset L, Cot M, Velut G, Kendjo E, et al. Changes in malaria epidemiology in France and worldwide, 2000–2015. *Médecine et Maladies Infectieuses*. 1 mars 2020;50(2):99-112.
 15. CNR du paludisme. rapport annuel d'activité. 2019.
 16. SPF. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 1er juin 2021, n°Hors-série Recommandations sanitaires pour les voyageurs, 2021 (à l'attention des professionnels de santé) [Internet]. [cité 11 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-1er-juin-2021-n-hors-serie-recommandations-sanitaires-pour-les-voyageurs-2021-a-l-attention-des-professio>
 17. Diallo MLP, Delobel P. Etudiants subsahariens à Toulouse et prévention du paludisme d'importation [Internet]. France; 2018 [cité 7 nov 2021]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2140/>
 18. Dambry M. DOCTORAT EN MÉDECINE GÉNÉRALE. :105.
 19. Ing V. Perception du risque palustre chez les patients migrants: étude qualitative auprès de VFR-travelers [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris 13; 2016.
 20. Sambou C. Paludisme du retour : une anthropologie du risque palustre chez les voyageurs migrants originaires d'Afrique subsaharienne de Bordeaux [Internet] [phdthesis]. Université de Bordeaux; 2018 [cité 13 nov 2021]. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-02388499>
 21. IMG1B - Population immigrée par sexe, âge et pays de naissance en 2018 – Unité urbaine 2020 de Marseille-Aix-en-Provence (00759) –Étrangers - Immigrés en 2018 | Insee [Internet]. [cité 11 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5397751?sommaire=5397790&geo=UU2020-00759>
 22. Intissar S, Rabeb C. Étapes à suivre dans une analyse qualitative de données selon trois méthodes d'analyse : la théorisation ancrée de Strauss et Corbin, la méthode d'analyse qualitative de Miles et Huberman et l'analyse thématique de Paillé et Mucchielli, une revue de la littérature. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*. 1 sept 2015;1(3):161-8.
 23. Blais M, Martineau S. L'analyse inductive générale: Description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches Qualitatives*. 1 janv 2006;26.
 24. Méliani V. Choisir l'analyse par théorisation ancrée : illustration des apports et des limites de la méthode. :18.
 25. Dumez H. Les trois risques épistémologiques de la recherche qualitative. 8:5.

26. grilles d'écriture et de lecture de recherche qualitative.pdf [Internet]. [cité 30 oct 2021]. Disponible sur: https://dumg.univ-paris13.fr/IMG/pdf/document_-_grilles_d_ecriture_et_de_lecture_de_recherche_qualitative.pdf
27. Mosnier-Pudar H. Pratique de l'entretien motivationnel : communiquer avec le patient en consultation. Médecine des Maladies Métaboliques. 1 mars 2010;4(2):231.
28. Campus de Parasitologie-Mycologie - Association Française des Enseignants de Parasitologie et Mycologie (ANOFEL). Paludisme [Internet]. campus cerimes. [cité 9 nov 2021]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/parasitologie/enseignement/paludisme/site/html/1.html#1>
29. Médecine tropicale [Internet]. [cité 10 nov 2021]. Disponible sur: <http://medecinotropicale.free.fr/enseignement.html>
30. GENTY (S.), GENTY (S.), RALAIMAZAVA (P.), MATHERON (S.), KESWANI (M.), HELLER (M.), et al. Problèmes de santé des migrants africains qui voyagent au pays. Problèmes de santé des migrants africains qui voyagent au pays. 2006;
31. Pistone T, Schwarzingler M, Chauvin P, Ezzedine K, Receveur M-C, Djossou F, et al. Reimbursement of malaria chemoprophylaxis for travellers from Europe to Sub-Saharan Africa: Cost-effectiveness analysis from the perspective of the French national health insurance system. Health Policy. déc 2008;88(2-3):186-99.
32. Pistone T, Ezzedine K, Gaudin A-F, Hercberg S, Nachbaur G, Malvy D. Malaria prevention behaviour and risk awareness in French adult travellers. Travel Medicine and Infectious Disease. janv 2010;8(1):13-21.
33. Ali Mohamed A. Etude descriptive rétrospective de 823 cas de paludisme importés des Comores à Marseille entre 2001 et 2005 [Thèse d'exercice]. [1969-2011, France]: Université Aix-Marseille II; 2007.
34. Pilly E, Épaulard O, Le Berre R, Chirouze C, Collège des universitaires de maladies infectieuses et tropicales (France). ECN.Pilly 2020: maladies infectieuses et tropicales : prépa. ECN, tous les items d'infectiologie. 2019.
35. L'OMS recommande l'utilisation d'un vaccin antipaludique novateur destiné aux enfants exposés au risque de contracter la maladie [Internet]. [cité 10 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/06-10-2021-who-recommends-groundbreaking-malaria-vaccine-for-children-at-risk>
36. Vigouroux C, Chambon J-F. Pasteur et accès aux soins. Après-demain. 9 mai 2017;42(2):47-9.
37. Mouliom Mounbakou IB. Concurrence des thérapeutiques traditionnelles et biomédicales dans la lutte contre le paludisme à l'extrême-nord du Cameroun. Journal des anthropologues Association française des anthropologues. 15 oct 2014;(138-139):137-57.

38. Le paludisme et les médecines traditionnelles. Revue Francophone des Laboratoires. 1 janv 2007;2007(388):18.
39. Rapports d'activités [Internet]. CNR du paludisme. [cité 11 nov 2021]. Disponible sur: <https://cnr-paludisme.fr/activites-dexpertise/rapports-dactivites/>

VII. ANNEXES

A. Annexe 1- Guide d'entretien patient

- Qu'est-ce que c'est pour vous le paludisme ?
- Comment pensez-vous qu'il se transmet ? (Comment attrape-t-on le paludisme ?)
- L'avez-vous déjà eu ?
- A votre avis, quel est le risque /le danger d'avoir le paludisme pour vous ou vos enfants ? (Pensez-vous que c'est une pathologie grave, ou un risque pour vous-même ou pour vos enfants ?) GRAVE / BANALE ?

- Prenez-vous le temps de consulter en France avant de voyager ?
 - Si oui, vers quels types de structures médicales vous rendez-vous avant votre voyage ?
 - Si oui, qu'attendez-vous de votre médecin lorsque vous le consultez avant de voyager ? Les inconvénients des autres produits ; la trousse à pharmacie
 - Si non, pour quelles raisons ?

- Utilisez-vous quelque chose pour éviter d'attraper le paludisme lorsque vous voyagez ?
 - Si oui, quelles méthodes utilisez-vous pour éviter d'attraper le paludisme ?
 - Si non, pourquoi
- Quelle est votre expérience concernant la prise de CPAP ?
- Quels sont les éventuels motifs d'absence de prise de traitement pour vous ? (Observance, effet secondaire, efficacité, coût ...)
- Avez-vous déjà eu recours aux méthodes dites alternatives ? Si oui, par quel biais ou sur quelles recommandations avez-vous connu ce type de méthodes ? Quelle sont les autres techniques que vous utilisez
- (Est-ce que les gens sont suffisamment informés là-bas, les informations)

- Avez-vous des questions ou des choses à ajouter ?

B. Annexe 2 – Notice d'informations à destination des patients

Prévention du paludisme lors de voyage en zone impaludée chez les patients originaires d'Afrique Subsaharienne : Étude de la perception du risque palustre et des pratiques.

Madame, Monsieur,

L'investigateur principal, le docteur Carole Eldin vous invite à participer au protocole de recherche intitulé : « Prévention du paludisme lors de voyage en zone impaludée chez les patients originaires d'Afrique Subsaharienne : Étude de la perception du risque palustre et des pratiques »

Nous vous proposons de lire attentivement la notice d'information contenant les informations nécessaires permettant de répondre aux questions que vous seriez susceptible de vous poser pour prendre votre décision de participation à l'étude.

Vous pourrez durant l'essai vous adresser à l'investigateur afin de lui poser toutes les questions complémentaires.

Objectif de l'étude :

Le paludisme d'importation est en augmentation et la France a enregistré le nombre moyen de cas d'importation le plus élevé d'Europe.

Actuellement, les migrants originaires de zones endémiques constituent une proportion élevée de cas de paludisme importé dans des pays non endémique. Cette population installée dans des pays non endémique constitue un groupe de voyageurs appelé « amis et parents en visite » VFR à leur pays d'origine.

Étudier la perception du risque palustre et les pratiques utilisées par les patients du département des bouches du Rhône originaires d'Afriques subsaharienne lors de leurs voyages en zone impaludée. Ceci permettra de mieux adapter les messages de prévention et d'identifier quels sont les obstacles éventuels à celle-ci.

Quelle est la méthodologie et comment se déroule l'étude ?

Il s'agit d'une thèse qualitative réalisée par une interne en médecine générale.

L'expérience se déroule par le biais d'entretiens semi-dirigés individuels auprès de patients du département des Bouches du Rhône, originaire de pays de l'Afrique subsaharienne.

Les données seront enregistrées par un dictaphone, après votre accord, pour être analysées par la suite. Elles seront conservées de façon anonyme. Aucune information nominative vous concernant ne sera gardée ou apparaîtra dans l'étude.

Quelles sont les contraintes et désagréments ?

L'entretien aura une durée moyenne de 20-30 min, avec une durée variable selon les informations apportées.

Tous les enregistrements effectués après votre accord seront analysés puis conservés de façon anonyme.

Quels sont vos droits en tant que participant(e) à cette recherche ?

Vous pouvez refuser de participer à l'étude sans justification. Vous pouvez décider à tout moment d'interrompre votre participation à l'étude sans justification et sans aucun impact sur la qualité de votre prise en charge.

C. Annexes 3 – notice d’information à destination des soignants

Projet de thèse :

Thèse de médecine générale portant sur la prévention du paludisme lors de voyage en zone impaludée chez les patients originaires d’Afrique Subsaharienne : Étude de la perception du risque palustre et des pratiques.

Objectif de l’étude :

Étudier la perception du risque palustre et les pratiques utilisées par les patients du département des bouches du Rhône originaires d’Afrique subsaharienne lors de leurs voyages en zone impaludée. Ceci permettra de mieux adapter les messages de prévention et d’identifier quels sont les obstacles éventuels à celle-ci.

Méthode :

Réalisation d’entretiens semi dirigés individuel auprès de patients de la PMI et de la PM originaires de zones impaludées (Afrique subsaharienne, Comores) prévoyant de voyager ou ayant voyagé ces 5 dernières années. Les données seront enregistrées par dictaphone lors d’entretiens téléphonique ou présentiel.

Dans le cadre de cette étude, les critères d’inclusion sont :

- patient(e) de la PMI : pour eux-mêmes ou leur enfant
- âgée de > 18 ans
- originaire de zone endémique du paludisme (Afrique subsaharienne)
- prévoyant un voyage ou ayant voyagé dans les 5 dernières années.

Si vous êtes amené à voir en consultation ce type de patient, je vous remercie de bien vouloir leur communiquer la notice d’information patient, et me transmettre leurs coordonnées (nom, prénom, téléphone) par mail à l’adresse suivante : djena.diaby64@gmail.com.

Djénabou Diaby

Interne de médecine général

D. Annexes 4 – archives des entretiens non cités dans les résultats

A. Généralités

1. Caractéristiques des patients

B. Résultats des patients

1. Les représentations du paludisme

a. Une maladie banale

- P4: Au Comores, la maladie du pal u ce n'est pas grave
- P2: c'est comme un rhume ici (en guinée).

b. Une maladie potentiellement mortelle

- P15: oui on a entendu que c'est une maladie mortelle car on peut en mourir
- P2: le palu c'est très grave ! ça tue au pays, ça tue beaucoup.
- P7: Et puis le paludisme c'est une bombe à retardement ! Petit à petit le microbe se concentrent dans ton sang, et le jour il va t'attaquer si tu n'as pas eu de chance il risque de te tuer. Et ben c'est ça le paludisme
- P1: Je pense que c'est une maladie grave car j'avais trop de fièvre, et j'avais la tête qui me faisait trop mal.
- P7: Celui qui arrive à éviter les moustiques il ne risque pas le paludisme. C'est une maladie pas trop dangereuse, mais ça tue quand même les gens.

i. Une ignorance de cette maladie

2. Les connaissances sur le paludisme

a. Le mode de transmission

- P14: Nous là-bas ont dit que c'est le moustique. Quand le moustique il te pique c'est comme ça que tu tombes malade. Et les microbes aussi, oui c'est ça , les moustiques et les microbes, c'est ça que je sais.

- P17: En France je n'ai jamais eu le palu ; le palu c'est pas une maladie européenne ! c'est pas une maladie contagieuse, tu peux rentrer avec, personne ne sait, ça ce n'est rien ça . C'est une maladie qui peut durer 2 3 ou 4 jours comme ça après c'est fini.
- P17 : Le paludisme c'est la maladie tropicale dû à des moustiques ce n'est rien d'autre que ça c'est pourquoi il faut dormir sous la moustiquaire, le ventilateur aussi ça chasse les moustiques.
- P10: Oui ça s'attrape par les moustiques.
- P16 : Elle est transmise le plus souvent pas des moustiques, chez nous du moins au Comores , ou par les eaux contaminées et voilà.

b. Les signes cliniques

c. Une saisonnalité du paludisme

- P2: Surtout pendant les saisons des pluies, si le moustique se pose sur quelqu'un c'est fini !

ii. Prévalence en baisse du paludisme sur un territoire donné

- P9: Bah après de ce que j'ai entendu dire, apparemment c'est de moins en moins. Après je n'en entend pas beaucoup parler.
- P11 : Apparemment il y a d'autre traitement, il y a eu des traitements de toute la population, il y a eu des traitements des moustiques . Du coup ça à diminuer car apparemment il y a eu une diminution des anophèles.

iii. Immunité acquise naturellement

iv. Vaccin antipaludique

3. Les pratiques et les méthodes de prévention

3.1. Consultation médicale avant le départ.

a. Préférence du médecin traitant

- P11 : Je vais voir mon médecin traitant, pour lui dire qu'on va voyager.
- P1: Bah, l'hôpital euh chez mon docteur. Qu'il me dise comment je dois faire pour ne pas attraper le paludisme
- P4: Maintenant quand je voyage je demande au docteur qu'il me donne les médicaments du palu. Mais avant j'avais pas conscience qu'il y avait des maladies comme ça au Comores
- P8: Donc peut-être dès qu'on rentre du pays on devrait tous faire le test. Car on peut avoir le palu dans le corps et ne pas avoir de fièvre
- P13: Oui si quelqu'un veut partir et aller en vacances, il va voir r le docteur qui va faire plein de chose avant de partir.
- P7: On vient voir le médecin, il te donne les produits anti-paludisme , mais c'est la nivaquine qu'il nous donne, tu prends ça tous les matins, un cachet. Il parait que ça élimine le paludisme dans le sang.
- P9: J'étais allée en 2001 je crois, et on était allé voir le médecin pour des médicaments et il me semble qu'on avait fait un vaccin aussi. Après les médicaments qu'on m'a donnés je m'en rappelle plus ce que c'était.

b. Les attentes de la consultation médicale

- P14: Oui on va voir le médecin ,on dit qu'on va partir au pays, après il nous écrit les médicaments.
- P2: Bah bien sûr ! je ne suis jamais partie sans consulter pour avoir toutes mes ordonnances.
- P9: Moi en fait quand j'y vais, je suis pas inquiète. Mon médecin ne m'a pas donné plus d'instruction que ça.
- P5: Après mon médecin traitant sais là où je pars, donc il connaît les risques, donc il me prescrit les médicaments.

c. Consultation médicale si voyage avec des enfants

- P9: Pour ma fille oui je pense vu qu'elle a qu'1 an et demi, je pense que je vais aller consulter. Car ma grande elle avait 4-5 ans. Pour les enfants en bas âges, les nourrissons, il y a des vaccins. Pour les enfants et les ados il y a des médicaments et des vaccins à faire. Pour les adultes je ne pense pas.

d. Motif de l'absence de consultation avant le départ.

e. Vers un trafic de médicament en Afrique

- P16: Là-bas les médicaments, tout se paye
- P17: C'est fabriqué au Nigeria et ils ont distribué dans toute l'Afrique sans aucun contrôle. Et ça fait des années et des années que c'est vendu ici en Afrique. En guinée aussi ont te fait des transfusions avec des produits qui sont périmé.

3.2. Perceptions des méthodes de CPAP

a. Adhésion à la CPAP

- P17 : Hey non ça m'a fatigué. Ce sont des comprimés de couleur rouge je crois, il y a 30 comprimés dedans. Tous les jours un comprimé, à mon retour aussi je crois il faut continuer à prendre.
- P15: Ah oui bien sur si je retourne je vais prendre des médicaments. Car à Mayotte le climat c'est comme celui de chez nous (Comores) pas comme celui d'ici.
- P3:c'est juste pour voir s'il y a d'autres produits qui existe que je pourrais prendre sur place comme ça si je peux à titre préventive le prendre dès mon départ et sur place et aussi au retour
- P13: Non-moi si j'y vais, je prends les médicaments d'ici, car si tu es habité et que tu as fait longtemps ici, avec les gens qui sont la bas c'est pas le même climat donc on ne peut pas utiliser les médicaments de là-bas tu vois.

a. Réticence à la CPAP

b. Les obstacles de la CPAP

i. Cout financier

ii. La peur des effets secondaires

- P15: C'est plus rapide que les médicaments, car il y en a qui ont peur d'avaler les médicaments surtout moi. Je sais pas pourquoi, ah oui quand j'avale les médicaments, il faut que je vomisse ou j'avale directement. Par contre moi je ne prends pas la nivaquine car quand je prends je dors pendant 3 jours.

iii. Des difficultés d'observance

- P8: Pendant une semaine il fallait prendre un cachet, mais pour le bébé parce que je vais emmener ma grande c'était tous les jours. Le retour aussi mais après je ne lui ai pas donné parce que quand elle est rentrée elle est tombée vraiment malade (rire)

3.3. Les pratiques de prévention déclarer hors CPAP

a. Aucune pratique de prévention

a. Protection anti-moustique

- P7: Je ne dors pas ici sans la moustiquaire car si tu veux pas avoir le palu il faut dormir sous les moustiquaires. Celui qui ne respecte pas obliger il va avoir ça.
- P8: Sinon nous on ne ramène pas de moustiquaire, on désinfecte avec des produits qu'on achète ici. Sinon au Comores il y en a des produits pour les moustiques, et des crèmes qu'on applique pour le moustique ne puisse pas te piquer
- P9: Eh oui on mettait les produits sur la peau pour éviter de se faire piquer et les moustiquaires que pour dormir. Et ça nous arrivais d'utiliser les escargots qu'on allumait

- P15: Il y a des moustiquaires que la croix rouge ou la « Ddass » ils distribuent pour éviter les moustiques. Ils ont mis des médicaments sur les moustiquaires pour protéger les gens. Oui on dormait avec et il y a avait des médicaments qu' on utilisaient en massant le corps pour que les m te touche pas.
 - P12: Toute l'année on dort avec les moustiquaires
-
- P3: « Souvent ils mettent des ... déjà dans la maison certains ont des moustiquaires, voilà pour éviter que les moustiques pénètrent dans la pièce. Il y a d'autre qui mettent des toiles au niveau des fenêtres en guise de barrière, voilà. »
 - P3: « Le « moustico » c'est l'escargot qu'on brule (...) Souvent les gens le mettent à l'entrée de la pièce, et apparemment cette fumée à des vertus répulsives contre les moustiques .»
 -
-
- P1: « Ils m'ont conseillé de pas boire l'eau du robinet, juste l'eau Évian. On m'a dit de dormir dans la moustiquaire, éviter de mettre des habits sale, il faut ramasser, il faut que la maison soit propre. »
-
- - P8: « Et là depuis quand j'y vais, je prends rien, on fait juste attention, on ramène toutes les crèmes pour les moustiques, voilà on met les médicaments à la maison, des sprays, la crème. »

b. Médecine traditionnelle

Introduction

- P7: Je ne dors pas ici sans la moustiquaire car si tu veux pas avoir le palu il faut dormir sous les moustiquaires. Celui qui ne respecte pas obliger il va avoir ça.
- P8: Sinon nous on ramène pas de moustiquaire, on désinfecte avec des produits qu'on achète ici. Sinon au Comores il y en a des produits pour les moustiques , et des crèmes qu'on applique pour le moustique ne puisse pas te piquer.

- P9: Eh oui on mettait les produits sur la peau pour éviter de se faire piquer et les moustiquaires que pour dormir. Et ça nous arrivais d'utiliser les escargots qu'on allumait.
 - P15: Il y a des moustiquaires que la croix rouge ou la « dass » ils distribuent pour éviter les moustiques. Ils ont mis des médicaments sur les moustiquaires pour protéger les gens. Oui on dormait avec et il y a avait des médicaments qu' on utilisaient en massant le corps pour que les m te touche pas.
 - P12: Toute l'année on dort avec les moustiquaires.
- P11: « Soit on fait une infusion , ou on le boit et aérer les vapeurs, se couvrir et attraper les vapeurs. Non il n'y a pas de risques même 2 ou 3 fois par jour. »

i. Les arguments en faveur de l'utilisation des plantes

1) Conseils familiaux

- P 3: En Afrique il aime tout ce qui est traditionnelle, ils ont des types de racines qu'ils vont faire bouillir dans une marmite, puis cette eau là qu'il utilise et qu'ils boivent.
- P4: . Ici on met l'ail dans de l'eau chaude dans une marmites, et après on boit. Quand je bois après je transpire beaucoup. Et dans une heure de temps la température baisse.
- P14: Nous quand on va on utilise des médicaments. On ramasse les plantes, comme là-bas il y a beaucoup d'arbre. On demande aux mamies, c'est eux qui connaissent.
- P17: C'est des feuilles, il faut bouillir, il faut se laver avec c'est très efficace. C'est des feuilles des arbres. Il y a la feuille d'avocat, un autre arbre qu'on appelle ici « acacia ». c'est très amer, très très amère. C'est plus amer que la quinine. Non il faut pas prendre ça tous les jours.

2)Facilité d'accès et de procuration

- P2: Il y a des gens qui connaissent, comme ma belle-sœur qui a grandi au village, elle connaît les feuilles, elle les arrache, les pille, les cuit et les donne au gens.

1) Une confiance supérieure

2) Une technique moins coûteuse

- P16: déjà par rapport à ça il y a énormément de plantes même par rapport au diabète , à la tension il y a ça qui est préconisé car l'accès au soin n'est pas le même qu'ici.

E. Annexes 5 – Grille COREG

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ.

N°	Item	Guide questions/description
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? <i>Par exemple : PhD, MD</i>
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i>
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i>
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? <i>Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu</i>
Sélection des participants		
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? <i>Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige</i>
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? <i>Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel</i>
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? <i>Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail</i>
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? <i>Par exemple : données démographiques, date</i>
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?

Tableau 1. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ (suite).

N°	Item	Guide questions/description
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? <i>Par exemple : numéro de participant</i>
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

VIII. Liste des abréviations

- PMI : Protection Maternelle et Infantile
- IHU : Institut Hospitalo-Universitaire
- CPAP : Chimio Prophylaxie Anti palustre
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- VFR: visiting Friend and Relative
- USA: United State of America (Etats-Unis)
- CNR : Comité National de Référence
- BEH : bulletin Épidémiologique Hebdomadaire
- IPA : l'analyse phénoménologiques interprétative
- DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale
- CNIL : Commission Nationale de l'informatique et des Libertés
- ANSM : Agence Nationale de Santé du Médicament

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans **aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions**. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas **usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité**.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai **jamais leur confiance** et **n'exploiterai pas le pouvoir hérité** des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. **Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers** et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

RESUME

Introduction : Le paludisme d'importation est une pathologie fréquente qui touche une population particulièrement à risque : les « Visting Friends and relatives » ou VFR, qui correspondent aux voyageurs originaires de zone endémique, s'y rendant pour visiter leur famille et amis. L'objectif de notre travail était donc d'étudier en détail les connaissances, les représentations et les pratiques de prévention du paludisme des patients originaires d'Afrique subsaharienne vivant à Marseille lors de leurs voyages en zones impaludées.

Matériel et Méthode : Étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés sur 17 patients VFR, originaires d'Afrique subsaharienne, par enregistrement et retranscription intégrale, puis encodage par la méthode d'analyse de contenu.

Résultats : Dans l'esprit des VFR, le paludisme est majoritairement une pathologie banale mais avec un risque léthal pour certains d'entre eux. Leurs connaissances sur le mode de transmission via le moustique, la saisonnalité et les signes cliniques comme la fièvre sont bien présentes. Cependant il persiste encore de nombreuses fausses idées pouvant compromettre l'application des mesures de préventions recommandés, telle que l'immunité acquise permanente, ou l'existence d'un vaccin. La consultation avant le voyage est dans la majorité des cas réalisée chez le médecin généraliste. Ainsi, même si certains ont encore recours à la chimioprophylaxie, dont le coût représente un obstacle qui peut entraîner des pratiques à risque (achat de molécules moins chères que celles prescrites), pour d'autres la médecine traditionnelle prend une place importante. Cette place semble favorisée par les difficultés d'accès au traitement et aux soins en zone d'endémie. Il ne semble pas y avoir chez les patients d'opposition systématique entre chimioprophylaxie et médecine traditionnelle, parfois complémentaires.

Discussion : Le paludisme semble être sous-estimé dans ce groupe de population à risque du fait notamment de la croyance en une immunité acquise qui persisterait dans le temps. Le rôle du médecin généraliste lors de la consultation pré voyage apparaît comme central dans la prévention. Une consultation médicale ciblant ces populations avec des messages adaptés sur les problématiques que nous avons relevées permettrait d'améliorer les pratiques de prévention des VFR.

Conclusion : Cibler les VFR qui constituent un groupe de populations à risque de paludisme d'importation, en améliorant les messages de prévention à la consultation de médecine générale pré voyage permettrait sans doute de diminuer les cas de paludisme en France. Le remboursement de la CPAP, paraît également être une piste confirmée dans cette amélioration de la prévention.

Mots clés : paludisme d'importation, VFR, Afrique subsaharienne, étude qualitative, prévention, voyageur.