

République du Mali
Un Peuple-Un But-Une Foi

**Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la
Recherche Scientifique**

**Université des Sciences, des Techniques et des
Technologies de Bamako**

Faculté de Médecine

ANNEE : 2012-2013

Thèse N°.....

**Revue systématique des thèses portant sur la
paludisme à l'USTTB de 2003 à 2013**

Thèse présentée et soutenue publiquement le

Faculté de Médecine de Médecine

Par **Njonjo Christel Emmanuel**

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

JURY :

Président du jury:

Pr Alassane Dicko

Membres du jury:

Dr Ousmane Ly

Dr Nafomon Sogoba

Dr Oumar Sangho

Codirecteur de thèse:

Dr Seydou Doumbia

INTRODUCTION

Le 25 avril 2013, les Etats membres de l'OMS ont commémoré la 13^{ème} journée mondiale de lutte contre le paludisme [1]. Cette journée fut l'occasion de rappeler la nécessité d'un engagement politique constant et d'un investissement à long terme pour la prévention et la lutte contre cette maladie. [1]

En effet, le paludisme est une maladie endémique majeure potentiellement mortelle. Il est dû à des parasites transmis à l'homme par des piqûres de moustiques infectés [2].

Les statistiques mondiales les plus récentes de l'OMS estiment à environ 3,3 milliards le nombre de personnes exposées au risque du paludisme [2]. En 2010 environ 219 millions de cas ont été enregistrés causant la perte de 660 000 vies [2]. Bien que cette mortalité soit élevée, elle correspond à une amélioration comparée à l'année 2000. En effet, c'est une baisse du taux de mortalité dû au paludisme de plus de 25% à l'échelle mondiale et de 33% dans la région africaine de l'OMS [2]. Une amélioration spectaculaire simplement due au renforcement de la prévention et des mesures de lutte contre cette pathologie [2].

L'Afrique avec son retard socio-économique, est grandement meurtrie par ce fléau. En effet les personnes vivantes dans les pays les plus pauvres sont les plus vulnérables au paludisme. C'est ainsi qu'en Afrique, un enfant meurt du paludisme chaque minute. Aussi si 80 % des décès liés à cette maladie sont observés dans 14 pays seulement, à eux seuls, la République démocratique du Congo et le Nigeria représentent plus de 40 % des décès dus au paludisme dans le monde [2].

Le Mali ne déroge pas à ce triste constat. Le paludisme y demeure un problème de santé publique par son impact sur la morbi-mortalité et ses répercussions socio-économiques sur les populations en général et en particulier sur les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans. En 2011, 1.961.070 cas cliniques ont été enregistrés dans les formations sanitaires publiques du Mali soit

41,11% du total des motifs de consultations [3,4]. Aussi l'investissement en matière de lutte contre le paludisme est d'un coût significatif (252.048.426 dollars américains pour la période 2013–2016 au Mali sur lesquels 79 568 019 ont été déjà financés) [4]. Autant d'effort n'est que chose normale, lorsqu'on réalise que le paludisme est la principale cause de mortalité (13%) et de morbidité au sein de la population générale [5]. Il est aussi responsable de la majorité des faibles poids à la naissance et représente la première cause de décès chez les enfants de moins de cinq ans [6].

C'est dans ce contexte qu'au Mali, quatre institutions se dressent par l'ampleur des travaux réalisés dans le combat contre cette maladie. Il s'agit du Ministère de la Santé par le biais du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP). Ce dernier travaille en étroite collaboration avec le Département d'Epidémiologie des Affections Parasitaires (DEAP) du Malaria Research and Training Center (MRTC), la faculté de médecine et d'odontostomatologie(FMOS) et la faculté de pharmacie (FAPH) de l'Université des Sciences des Techniques et Technologies de Bamako (U.S.T.T.B.) et enfin l'Institut National de Recherche en Santé publique (INRSP). [7]

Si des travaux qui synthétisent les activités de recherche sont plus souvent entrepris au niveau du PNL, du DEAP et de l'INRSP, il nous semble que la FMOS et FAPH souffrent de la rareté de ce type d'étude. Ainsi l'idée d'évaluer la situation des travaux sur le paludisme au sein des sections médecine et pharmacie de l'U.S.T.T.B. a suscité notre intérêt. Nous nous sommes alors proposé de faire la revue systématique des thèses sur le paludisme présentées et soutenues à la FMOS et la FAPH entre 2003 et 2012 avec focalisation sur celles traitant des questions épidémiologiques (EPI), cliniques(CLI) et de Connaissances et Attitudes Pratiques (CAP).

OBJECTIFS

1. Objectif général :

Faire la revue systématique des thèses sur le paludisme présentées et soutenues dans les facultés de médecine et de pharmacie de l'U.S.T.T.B. entre 2003 et 2012 avec une focalisation sur les domaines épidémiologiques, cliniques et des études CAP.

2. Objectifs spécifiques :

1. Déterminer la proportion des thèses effectuées sur le paludisme par rapport à l'ensemble des thèses soutenues à la FMOS/ FAPH
2. Décrire les caractéristiques méthodologiques générales de ces thèses.
3. Identifier les différents domaines d'étude de ces travaux et leur proportion.
4. Faire une synthèse des résultats obtenus par les thèses abordant au premier plan les questions épidémiologiques, cliniques et CAP du paludisme.
5. Décrire les tendances des paramètres paludométriques, des connaissances, attitudes et pratiques des populations.

GENERALITES.

1. Définition [8]

Le paludisme est une érythrocytopathie hémolysante et fébrile des régions chaudes et marécageuses due au Plasmodium et transmis à l'homme par un moustique femelle du genre Anophèle. La présence dans le sang humain de ce parasite unicellulaire (protozoaire) provoque la maladie sous des formes plus ou moins graves.

2. Epidémiologie

2.1. Dans le monde et en Afrique.

Le paludisme est endémique dans le monde intertropical.

L'Afrique compte cinq (5) faciès épidémiologiques [9].

1. **Strate équatoriale** : constituée par les zones de forêts et de savanes humides post-forestières. Elle est caractérisée par une bonne répartition des précipitations permettant une transmission pérenne de la maladie.

2. **Strate tropicale** : intéresse les savanes humides et semi humides où les précipitations vont de 800 à 1 500 mm (et plus) et réparties en une seule saison de 4 à 8 mois pendant laquelle se produit l'essentiel de la transmission.

3. **Strate désertique et semi désertique** encore appelée strate sahélienne ou sahélo saharienne : La pluviométrie est inférieure ou égale à 700 mm d'eau par année. Il s'agit de l'Afrique du Nord et du désert de Kalahari.

4. **Strate Montagnarde** : intéresse surtout l'Afrique de l'Ouest, c'est la zone des vallées et des hautes terres.

5. **Strate australe** avec les plateaux d'altitude au Sud du bloc forestier centrafricain, c'est la strate lagunaire (la Centrafrique). Les îles du Comores et de Madagascar réunissent sur leur

territoire la plupart des différents faciès africains.

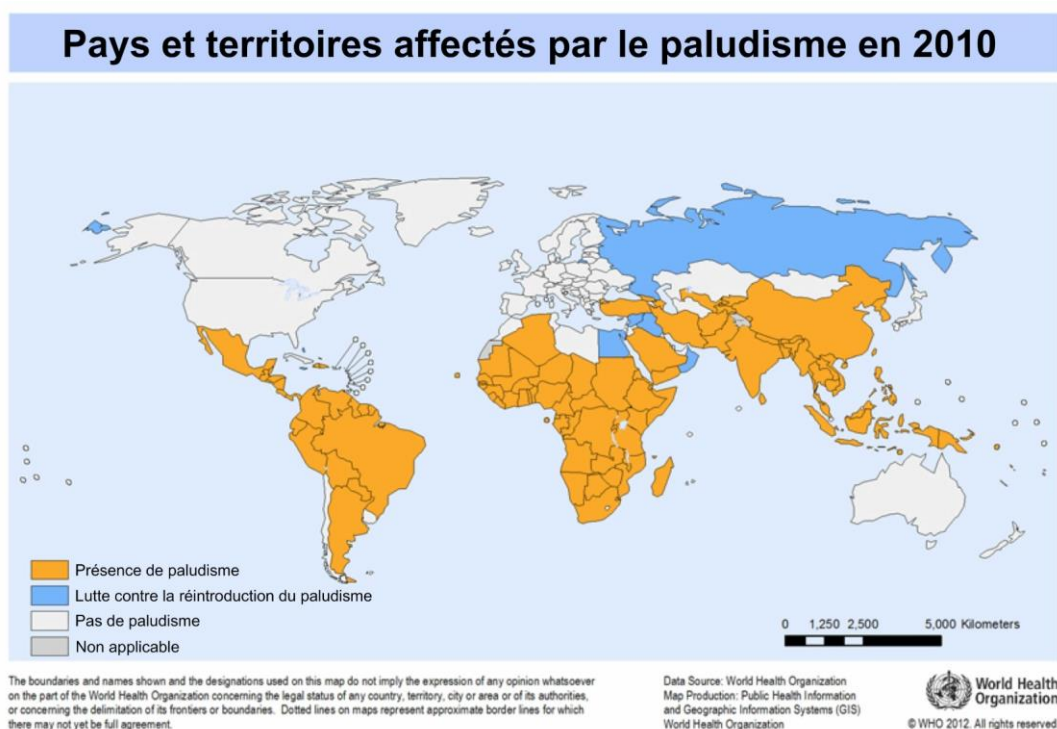


Figure 1 : Distribution globale du risque de paludisme dans le monde en 2010 [10]

2.2. Au Mali

Au Mali, on retrouve cinq (5) faciès épidémiologiques [11] :

1. **Zone de transmission saisonnière longue** : saison de plus de six mois (mai – novembre avec 1500 mm d'eau/an). On y retrouve un portage parasitaire chez les enfants de moins de 5 ans avec un indice plasmodique à 80 – 85% et une prémunition. L'anémie chez la femme enceinte peut atteindre 41,2%. C'est la zone Soudano Guinéenne. Le paludisme y est généralement holoendémique.
2. **Zone de transmission saisonnière courte** : saison d'environ 3 mois, c'est la zone du Sahel avec 200 – 800 mm d'eau/an. Le paludisme atteint surtout les enfants de 6 mois – 9 ans. Il y est généralement hyperendémique avec un indice plasmodique variant entre 50 et 75%.

3. **Zone de transmission Sub-saharienne** : avec 200 mm d'eau/an ; le paludisme y est généralement hypoendémique mais peut se manifester de façon épidémique ; l'indice plasmodique est inférieur à 5%.

4. **Zone urbaine** (pollution des gîtes, médicalisation etc.) : hypoendémique, indice plasmodique inférieur à 10%.

5. **Zone de transmission bimodale ou plurimodale** : en début saison de pluie, c'est le delta inférieur du fleuve Niger et les zones de retenues d'eau et de riziculture (barrages). L'indice plasmodique est inférieur à 40%. Le paludisme y est mésoendémique.

3. Le vecteur

Le vecteur du paludisme est un moustique du genre Anophèle. Les espèces vectrices sont nombreuses et d'autant plus redoutables qu'elles ont une affinité pour l'homme (espèces anthropophiles). Elles se nourrissent et se reposent dans les maisons (espèces endophiles ou domiciliaries). Seule la femelle hématophage assure la transmission.

Au Mali, ce sont les membres du complexe *Anophèles gambiae sl* et *Anophèles funestus* qui transmettent le paludisme, ceci généralement entre 18 h et 6 h. Leur durée de vie moyenne est d'un mois [12]

4. Agents pathogènes

D'une manière générale, quatre (4) espèces plasmodiales infestent l'homme. Il s'agit de :

- *Plasmodium falciparum* qui est le plus redoutable et le plus intensément répandu. Il est responsable de la quasi-totalité des décès dus au paludisme. Il représente 85 à 90% de la formule parasitaire au Mali.

- *Plasmodium malariae*, représentant 10 à 14% au Mali.
- *Plasmodium ovale*, représentant moins de 1%.
- *Plasmodium vivax* dont la présence a été décrite au nord du Mali dans nos populations leucodermes en 1988 sous les formes des foyers autochtones [13]

Ainsi, le Mali est l'un des rares pays où se trouveraient les quatre espèces plasmodiales.

NB : Une cinquième espèce, *P. knowlesi*, d'origine simienne, qui a été identifiée récemment chez l'Homme en Asie du Sud-Est [14]

5. Cycle biologique (figure 2)

Le Plasmodium est un sporozoaire ayant deux (2) types de multiplication :

- une multiplication asexuée (schizogonie) chez l'homme.
- une multiplication sexuée (sporogonie) chez le moustique.

5.1. Cycle chez l'Homme

Elle débute par la piqûre du moustique femelle qui injecte dans un capillaire les parasites contenus dans ses glandes salivaires. Alors sous forme de sporozoïtes, ces parasites pourront gagner le foie où se poursuit le cycle.

5.1.1. La phase hépatique ou exo-érythrocytaire

Après sa pénétration dans l'hépatocyte, le sporozoïte se transforme en trophozoïte (élément uni nucléé). Après répllication au sein de sa vacuole parasitophore, ce dernier finit par constituer une masse multi nucléée repoussant le noyau de l'hépatocyte en périphérie. On parle de schizonte. Cette phase est asymptomatique et dure selon les espèces une à trois semaines. C'est la phase de schizogonie pré-érythrocytaire ou exo-érythrocytaire. A maturité, le schizonte hépatique ou corps bleu éclate et libère des mérozoïtes uni nucléés dans le sang.

Il est important de noter que chez certaines espèces, les sporozoïtes restent dormant dans

l'hépatocyte (hypnozoïtes). C'est le cas de *P. vivax* et *P. ovale* responsables d'une schizogonie hépatique retardée qui entraîne la libération dans la circulation de mérozoïtes plusieurs mois après la piqûre du moustique, expliquant ainsi les rechutes tardives observées avec ces deux espèces [15].

5.1.2. Le cycle érythrocytaire

Seule cette phase est responsable des symptômes qui se manifesteront à des degrés variables.

Les mérozoïtes libérés gagnent la circulation sanguine. Ils pénètrent par endocytose dans les hématies et deviennent chacun un trophozoïte. Celui-ci se développe, grossit et son noyau se divise par un processus de mitose (schizogonie) en 48 – 72 heures. Ce trophozoïte se nourrit d'hémoglobine dont le produit de dégradation est l'hémozoïne. A ce stade on parle de schizonte. [16] Le schizonte arrivé à maturité, chaque noyau formé s'entoure d'une plage cytoplasmique : c'est le corps en rosace. L'éclatement de ces derniers libère des mérozoïtes. Cet éclatement est contemporain de l'accès thermique clinique. L'hémozoïne libérée est phagocytée par les leucocytes qui deviennent mélanifères.

Les mérozoïtes libérés vont parasiter des hématies saines et poursuivre le cycle intra-érythrocytaire. Le cycle schizogonique, selon les espèces plasmodiales dure 48 heures (fièvre tierce) ou 72 heures (fièvre quarte).

Après plusieurs schizogonies apparaissent dans les hématies des éléments à potentiel sexué : les gamétocytes. Ils ne poursuivront leur cycle que s'ils sont absorbés par l'anophèle femelle [12]. Ainsi, chez l'homme, on distingue deux cycles : l'un exo érythrocytaire intra-hépatique, l'autre intra-érythrocytaire. Ces deux cycles sont **asexués** ou **schizogonie**.

5.2. Cycle chez le moustique ou cycle sporogonique.

Lors d'un repas sanguin sur un sujet impaludé, l'anophèle absorbe le parasite à différents stades. Les éléments asexués (trophozoïtes et schizontes) sont digérés tandis que les gamétocytes se transforment en gamètes mâles et femelles dans l'estomac du moustique.

La fécondation donne naissance à un œuf mobile, l'**ookinète**, qui quitte la lumière du tube digestif, se fixe ensuite à la paroi externe de l'estomac. Il se transforme par la suite en **oocyste** dans lequel s'individualisent les sporozoïtes. Libérés par éclatement de l'oocyste mûr, ces derniers gagnent les glandes salivaires de l'insecte.

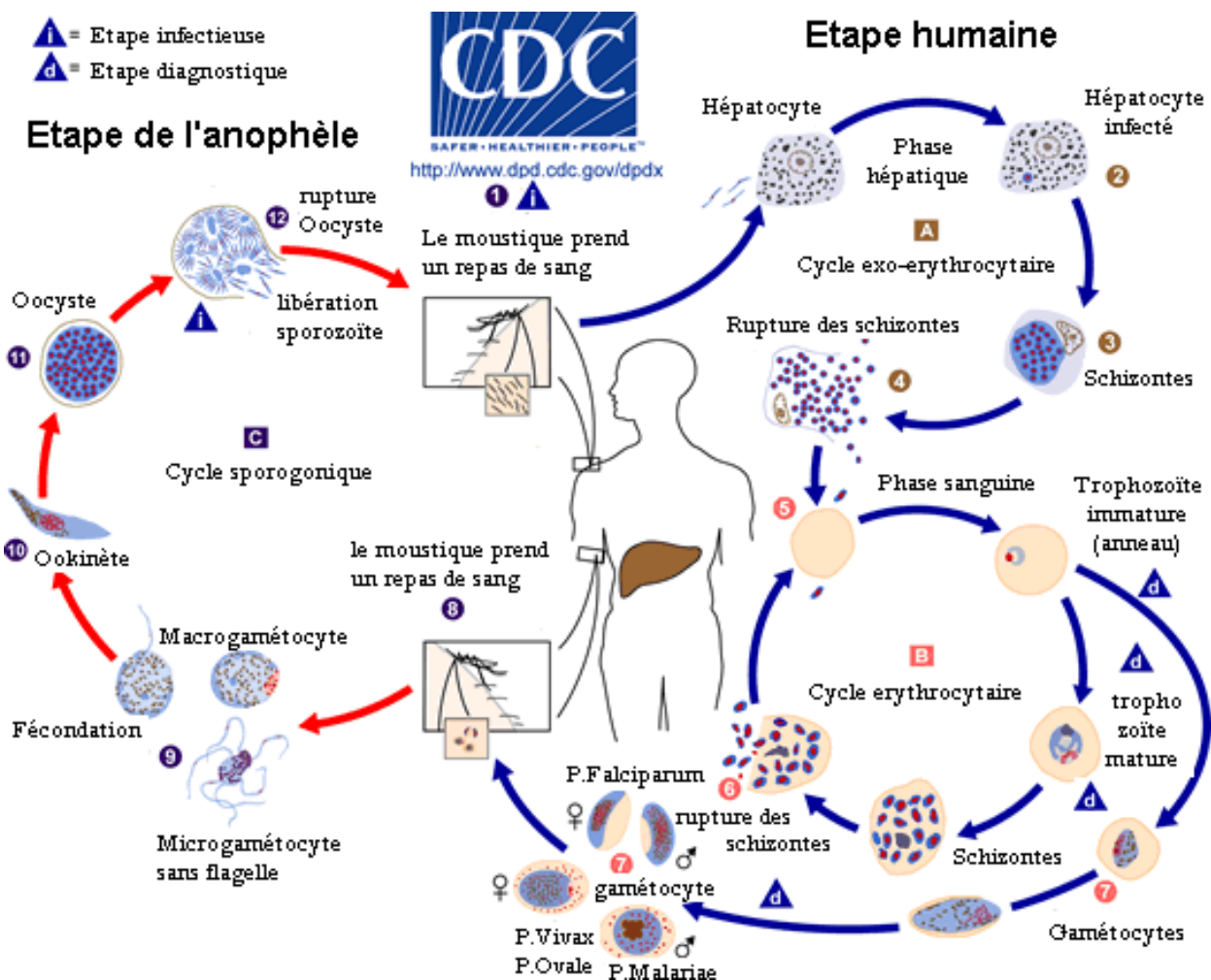


Figure 2 : Cycle de développement du *plasmodium*. [17]

6. Physiopathologie .

6.1. Accès palustre simple [18]

Lors de l'éclatement des hématies parasitées, les pigments malariques (hémzoinés) sont libérés, ils agissent sur le centre bulbaire de la thermorégulation provoquant la fièvre. Lorsque chez le malade

les cycles endo-érythrocytaires de *Plasmodium* se synchronisent progressivement, la libération des pigments malariques est régulièrement répétée. Ce phénomène confère ainsi à l'accès palustre sa périodicité. L'hépatomégalie et la splénomégalie surviennent suite à une hyperactivité du système monocyte-macrophage chargé de débarrasser l'organisme aussi bien des pigments malariques que des débris érythrocytaires. L'hémolyse de ces érythrocytes parasités est l'une des causes de l'anémie palustre.

6.2. Le neuropaludisme ,

Les stades asexués de *P. falciparum* sont séquestrés dans les micros capillaires des organes nobles (cerveau, poumon, cœur). Cette séquestration se fait après interaction entre la protéine 1 de la membrane érythrocytaire du *Plasmodium falciparum* appelée **PfEMP1** (*Plasmodium falciparum* érythrocyte membrane Protein1) et les différents récepteurs présents à la surface de l'endothélium vasculaire. Ce phénomène est appelé **cyto-adhérence**. Cependant d'autres hypothèses ont été évoquées pour expliquer la physiopathologie du paludisme grave ,

- sécrétion de cytokines pro-inflammatoires , INF- γ et TNF- α .
- une augmentation de la perméabilité de la barrière méningée entraînant une fuite du liquide céphalorachidien et un œdème cérébral.
- la coagulation intravasculaire disséminée.
- phénomène immuno-pathologique avec dépôt de complexes immuns.

Quel que soit le mécanisme, le ralentissement du flux capillaire intracérébral provoque l'anoxie, voire tardivement une ischémie responsable d'une hémorragie péri-vasculaire et de lésion de la substance blanche qui ne sont pas sans séquelles.

7. Manifestations cliniques [18]

Les manifestations cliniques du paludisme sont exclusivement liées à la schizogonie endo-érythrocytaire. Les principaux signes sont : la fièvre, l'anémie et le subictère qui sont dus à l'éclatement des hématies et des rosaces avec libération du pigment malarique. L'expression et la gravité de la maladie dépendent du parasite (espèce plasmodiale, densité parasitaire) et de l'état de l'individu (prémunition) [19]. Ainsi ces manifestations vont de l'accès palustre non compliqué à l'accès palustre grave. Selon les cas, il est possible de distinguer **cinq formes cliniques** :

7.1. Primo-infection .

La symptomatologie correspond à une fièvre d'allure isolée. La fièvre débute brutalement, souvent élevée mais de degré variable, avec frissons, sueurs, céphalées et courbatures, associés souvent à de petits troubles digestifs à type « d'embarras gastrique » (nausées, vomissements et/ou de diarrhées). Les signes traduisant l'hémolyse apparaissent souvent de façon différée : pâleur, subictère, hépato-splénomégalie.

7.2. Accès de reviviscence.

Il s'observe avec l'acquisition d'un certain degré d'immunité et correspond aux crises schizogoniques toutes les 48 heures (*P. falciparum*, *P. ovale*, *P. vivax*) ou 72 heures (*P. malariae*). Cet accès est marqué par un grand frisson inaugural, une fièvre à 40°C durant quelques heures puis de sueurs profuses. Les crises se succèdent toutes les 48 heures (fièvre tierce) ou 72 heures (fièvre quarte) selon l'espèce en cause [19]. La périodicité manque souvent en raison d'un poly-parasitisme. Seule la fièvre tierce à *Plasmodium falciparum* est susceptible d'évoluer vers un paludisme cérébral.

7.3. Paludisme viscéral évolutif .

Ce paludisme concerne plutôt les enfants qui peinent au cours des années, à acquérir leur prémunition. La splénomégalie en est le signe majeur associée à une hépatomégalie. Les signes

généraux (fébricule intermittente, asthénie, amaigrissement) et d'hémolyse (pâleur, ictère) sont très variables, allant d'une forme pauci-symptomatique à une forme qui pourrait se confondre avec une leucémie.

7.4. Le paludisme grave et compliqué .

Cette forme est l'apanage de *Plasmodium falciparum* et sans traitement ils peuvent conduire à la mort dans 72 heures.

L'OMS a établi des critères qui, isolés ou associés, font poser le diagnostic du paludisme sévère et permettent une meilleure prise en charge [20]. Il s'agit de la présence des formes asexuées de *P. falciparum* dans le sang associées à l'un des signes du tableau suivant :

Tableau 1. Critères définissant le paludisme grave [20].

Trouble de la conscience	Score de Glasgow ≤ 10 chez l'adulte et l'enfant de plus de 5 ans ou le score de Blantyre ≤ 2 chez le petit enfant
Convulsions répétées	≥ 2 /24heures (malgré la correction de l'hyperthermie)
Prostration	Extrême faiblesse ou chez l'enfant : Impossibilité, de tenir assis pour un enfant en âge de le faire, ou de boire pour un enfant trop jeune pour tenir assis
Détresse respiratoire	Critère clinique : polypnée
Ictère	Clinique ou biologique (bilirubine $> 50 \mu\text{mol/l}$)
Hémoglobinurie macroscopique	Urine rouge foncé ou noire Hémoglobinurie ou myoglobinurie à la bandelette Absence d'hématurie microscopique
Collapsus circulatoire	PAS (pression artérielle systolique) $< 80 \text{mmHg}$ chez l'adulte ou $< 50 \text{mmHg}$ chez l'enfant
Œdème pulmonaire	Critère radiologique
Saignement anormal	Critère clinique
Anémie grave	Adulte : Hb $< 7 \text{g/dl}$ ou Hte $< 20\%$ Enfant : Hb $< 5 \text{g/dl}$ ou Hte $< 15\%$
Hypoglycémie	Glycémie $< 2,2 \text{mmol/l}$
Acidose métabolique	pH $< 7,35$ ou bicarbonates $< 15 \text{mmol/l}$
Hyperlactatémie	Lactate plasmatique $> 5 \text{mmol/l}$

Hyperparasitémie	>4% chez un sujet non immun
Insuffisance rénale	Créatininémie >265 µmol/l après réhydratation ou diurèse <400ml/24heures chez l'adulte (<12ml/kg/24heures chez l'enfant)

7.5 La fièvre bilieuse hémoglobinurique :

Elle ne constitue pas, à proprement parler une manifestation clinique du paludisme mais seulement un syndrome d'étiologie immuno-allergique. Elle survient chez un ancien paludéen à *P. falciparum* soumis à la chimio prophylaxie par la quinine naturelle ou l'halofantrine. Son début est brutal avec une hémolyse intravasculaire. La symptomatologie est essentiellement rénale et algique. La douleur est très intense en barre autour de la ceinture pelvienne. Les rares urines émises sont particulièrement rouges et foncées. Cette forme nécessite une prise en charge en réanimation.

8. Diagnostic biologique du paludisme [21].

Il consiste à la mise en évidence des formes sanguines du parasite. Le prélèvement sanguin doit être effectué le plus près possible du pic thermique.

8.1. Le Frottis Mince (FM) :

Il permet :

- l'étude morphologique des hématozoaires,
- le diagnostic différentiel entre les espèces plasmodiales.

Son délai d'exécution est court (15 mn) par rapport à celui de la Goutte Epaisse (30 mn). Son inconvénient est qu'il ne permet pas de détecter des parasitémies de faible densité, 100 à 300 parasites / µl de sang.

8.2. La Goutte Epaisse (GE) :

C'est l'examen de référence de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Il est largement utilisé

pour le diagnostic de routine. Sa sensibilité est 10 à 20 fois plus élevée que celle du FM. Le problème du diagnostic d'espèce se pose rarement et l'incertitude est le plus souvent sans conséquence sur la conduite thérapeutique. La densité parasitaire est estimée par le pourcentage d'hématies parasitées. La GE détecte des parasitemies de 10 à 20 parasites/microlitre de sang.

8.3. Tests de détection rapide :

- ***ParaSight F.***

Il consiste en la recherche dans le sang total de l'antigène protéique riche en histidine de type II (HRP II) de *Plasmodium falciparum*.

- ***OptiMAL IT.***

Il consiste à mettre en évidence dans le sang la Lactodéshydrogénase (LDH) de *P. falciparum* et de *P. vivax*.

8.4. Test QBC (Quantitative Buffy-Coat) :

Le principe consiste à centrifuger le tube contenant le sang mélangé à l'acridine orange. Avec le microscope à fluorescence à l'objectif 50 en immersion, faire la mise au point au niveau de la couche leucocytaire et rechercher les parasites au niveau de la couche érythrocytaire dont les noyaux sont colorés par l'acridine orange. Cette méthode ne permet pas de porter un diagnostic d'espèce ni une densité parasitaire.

Chacune de ces méthodes présentent des avantages et inconvénients en raison de la sensibilité, temps de réalisation, ou même la spécificité à certaines espèces de *Plasmodium*. Voir fiche 1 de l'annexe

9. Les antipaludiques [22]

Plusieurs classes de médicaments antipaludiques ont successivement vu le jour, chacune avec ses avantages et inconvénients. Les seuls antipaludiques naturels sont la quinine (1600 dérivés dont 5 à

peine sont à retenir en pratique courante), et les dérivés du Quinghaosu : Artémisine.

Tous les autres sont des antipaludiques de synthèse. Naturels ou de synthèse, ces antipaludiques peuvent être divisés en deux groupes selon leur rapidité d'action et leur aptitude à induire une résistance de la part de l'hématozoaire *Voire tableau 2.*

- **Groupe I:** des antipaludiques d'action rapide et contre lesquels le plasmodium a des difficultés à développer une résistance.
- **Groupe II:** antipaludiques d'action lente. La résistance plasmodiale peut plus facilement apparaître pour ces molécules.

Une autre classification consiste à répertorier ces mêmes antipaludiques selon leur point d'impact dans le cycle évolutif du parasite. Ceci nous permettra de distinguer :

- **Les schizontocides :** (Chloroquine, Amodiaquine, Quinine, Mefloquine, Proguanil, Halofantrine, Pyriméthamine, Artémisine).
- **Les gamétocytocides :** Amino-8-quinoléine (Primaquine).

Tableau 2 : Classification des antipaludiques .

GROUPE	Classes	Exemple de molécules
I	Antipaludiques naturel et d'hémi-synthèse	Quinine Artémisine
	amino-4-quinoléines	Amodiaquine Chloroquine Piperaquine
	Amino-8-quinoléines	Primaquine Tafenoquine
	Amino – alcools	Halofantrine Luméfantrine Méfloquine
	Hydrocynaphtoquinone	Atovaquone
	Antibiotiques	Tétracycline Doxycycline Clindamycine Spiramycine Azithromycine
II	Sulfamides	Sulfamide (sulfadoxine, sulfaméthoxazole) Sulfones (dapsone)
	Diaminopyrimidines Et les biguanides	Pyriméthamine Proguanil

10. Le traitement du paludisme.

10.1. Accès palustre simple [21]

Comme dans la prise en charge des affections bactériennes, l'association de plusieurs molécules antipaludiques a été adoptée pour améliorer l'efficacité du traitement, dans certains cas par synergie potentialisatrice, en rendant improbable l'émergence de résistances. Ceci est à la base de la recommandation des CTA par l'OMS pour éviter l'émergence du paludisme multi résistant. Il s'agit de :

- Artémether + Luméfantrine (Coartem®) ;
- Artésunate + Mefloquine (Artequin®) ;
- Artésunate + Amodiaquine (Arsucam®) ;
- Artésunate + Sulfadoxine-Pyriméthamine (Artescape®).

Au Mali, le PNLP préconise l'usage de deux CTA [8] :

- Artésunate + Amodiaquine
- Artémether + Luméfantrine.

Leur posologie a été bien codifiée. *Voire fiche 2 de l'annexe.*

10.2 Accès palustre grave et compliqué [22]

Pour les cas de paludisme grave, le traitement se fait principalement avec la quinine en intraveineuse dans les structures hospitalières sous surveillance stricte de l'agent de santé. En effet ce traitement peut entraîner de graves troubles cardiaques potentiellement fatals.

Un traitement à base d'**Artémether** en Intra musculaire est envisageable particulièrement chez l'enfant. *Voire fiche 3 de l'annexe.*

- ***NB 1. Tout cas de paludisme chez la femme enceinte doit être considéré comme grave ou compliqué et doit être traité comme tel.***

- **NB 2.** Les complications suites au paludisme grave doivent faire l'objet d'une prise en charge immédiate et fonction de la complication. Voir la fiche 4 de l'annexe.

11. La prévention :

Il y a deux grands axes de prévention contre le paludisme ; à savoir la lutte anti vectorielle et la chimioprévention.

11.1. Chimioprévention du paludisme [23].

11.1.1. Chez les femmes enceintes

La chimioprévention ou le Traitement Préventif Intermittent (TPI) à la Sulfadoxine- Pyriméthamine (SP) est celui préconisé par la politique de prévention au Mali. Il s'agit de l'administration à toutes les femmes enceintes de 2 doses et 3 doses chez les femmes enceintes HIV positives entre le 4ieme et le 8ieme mois de la grossesse.

11.1.2. Chez les populations cibles spécifiques :

Ces populations cibles spécifiques se composent *des sujets neufs et des sujets* immunodéprimés. Les sujets neufs rassemblent des personnes qui sont exposées au paludisme grave et compliqué du fait de l'absence de la prémunition anti palustre (voyageurs d'un pays indemne de paludisme vers un pays d'endémie palustre, enfants de 4 mois à 4 ans).

11.2. La lutte anti vectorielle.

Elle a pour but de réduire ou même de supprimer la transmission du paludisme en agissant sur le vecteur de la maladie : la population anophélienne. Ses principales composantes sont :

- **Lutte anti larvaire** : Empêcher ou limiter la reproduction des moustiques :
- **Réduction du contact homme vecteur** : PID, port d'habits longs et amples, usage de produits répulsifs des moustiques et repos sous moustiquaires imprégnées d'insecticides

La lutte anti vectorielle étant l'une des stratégies essentielles de prévention contre la maladie, le **PNLP** entreprend des actions en ligne avec ce plan. Voici quelques points essentiels [24] :

- **La promotion des moustiquaires imprégnées d'insecticide** dans le circuit commercial pour la population générale mais plus encore, la distribution gratuite aux femmes enceintes et enfants de moins de 5ans lors des CPN et PEV.
- **Le traitement ciblé des gîtes larvaires** est réalisé dans la ville de Bamako.
- **La promotion de la pulvérisation intra-domiciliaire.**
- **La promotion de l'hygiène et de l'assainissement.**

12. Les indicateurs de la santé en matière de paludisme.

12.1 Indicateurs et indices de santé.

Lors de différentes études, les données collectées sont de nature variée et à l'état brut. Elles ne sont pas très parlantes. Il naît alors le besoin de les traduire en termes synthétiques plus indicatifs pouvant faciliter l'appréciation du phénomène étudié.

12.1.1. Les indicateurs de santé.

Un **indicateur** est une mesure qui résume un ensemble de statistiques ou sert de mesure indirecte lorsque l'information n'est pas disponible. Il apprécie un élément de situation en décrivant son état ou son évolution d'un point de vue quantitatif.

Généralement l'on distingue quatre catégories d'indicateurs de santé.

- **Les indicateurs socio- démographiques :**

Ils donnent une image générale de la population, de son niveau socio-économique. Ils sont utiles pour la détermination des besoins de santé et de services.

- **Les indicateurs sanitaires ,**

Ils mesurent l'état de santé d'une population sur les plans de la mortalité et de la morbidité.

- **Les indicateurs d'utilisation des services de santé .**

Comme son nom l'indique, ils apprécient le niveau d'utilisation des services que le système sanitaire proposé aux populations.

- **Les indicateurs de ressources .**

Ils correspondent à une photographie quant aux ressources que possède une population ou une structure sanitaire dans sa lutte pour la santé.

12.1.2. Les indices de santé.

L'**indice** est un paramètre qui estime la probabilité de survenue d'un évènement. Les indices diffèrent des proportions en ce qu'ils correspondent à des éléments dissemblables et sont des mesures composites plus complexes et multidimensionnelles. Ici, le dénominateur ne peut être correctement estimé.

Pour procéder à toutes ses mesures un vocabulaire spécifique a été établi donnant une définition claire des opérations ou calcul effectués :

- **Le rapport** établit une relation entre deux quantités appartenant ou non à un même ensemble.
- **La proportion** est un rapport où le numérateur est inclus dans le dénominateur
- **Le ratio** est un rapport où le numérateur n'est pas inclus dans le dénominateur mais appartiennent au même ensemble.
- **Le taux** qui mesure la probabilité de survenue d'un évènement.

12.2. Paludisme, indicateurs et indices. [25]

La paludométrie évalue l'intensité de l'endémie palustre. Elle apprécie la fréquence et la distribution du paludisme au sein d'une population donnée. Grâce à elle, on peut définir les différents niveaux de transmission et d'endémicité permettant ainsi d'adapter les stratégies de lutte contre le paludisme par rapport au biotope considéré.

12.2.1. Paludisme et indicateurs.

Nous pouvons distinguer entre autres et selon leur intérêt :

- Ceux appréciant l'infection plasmodiale :
 - ❖ Taux de prévalence des infections plasmodiales
 - ❖ Taux de prévalence des infections plasmodiales placentaires.
- Ceux appréciant la morbidité palustre :
 - ❖ Taux d'incidence des accès palustres simples : C'est le taux d'épisodes de fièvre associées aux manifestations cliniques attribuées au paludisme simple.
 - ❖ Taux d'incidence des accès palustres graves : C'est le taux de manifestations cliniques attribuées au paludisme grave.
 - ❖ Proportion de formes graves de paludisme.
 - ❖ Taux de prévalence de petits poids de naissance
 - ❖ Taux de prévalence de l'anémie.
- Ceux appréciant la mortalité liée au paludisme :
 - ❖ Taux de mortalité brut. (surtout infantile et/ou juvénile).
 - ❖ Taux de mortalité spécifique : C'est le nombre de décès attribuable à la maladie divisé par la population moyenne. En d'autres termes, c'est la proportion parmi la population moyenne, de personnes qui meurent pour une cause concrète.
 - ❖ Taux de létalité : C'est la proportion de cas de paludisme clinique ayant évolué vers un décès ou la proportion de décès parmi les personnes souffrant d'une maladie.

12.2.2. Paludisme et indices.

- L'indice splénique (IS),

L'indice splénique est la proportion d'enfants âgés de 2 à 9 ans porteurs d'une splénomégalie. Le niveau d'endémicité du paludisme a été initialement défini en se basant sur cet indice. *Voire fiche 5 de*

l'annexe.

- **L'indice plasmodique (IP).**

C'est le pourcentage des sujets examinés présentant des hématozoaires dans le sang. Au cours des campagnes d'éradications on s'intéresse surtout à l'indice plasmodique des enfants de moins de 1 an qui permet de juger la fréquence des infestations récentes. Actuellement il est l'indice de référence dans la détermination du niveau d'endémicité du paludisme. *Voire fiche 5 de l'annexe.*

- **L'indice gamétocytaire (IG).**

Ou pourcentage des porteurs de gamétocytes, il indique le potentiel infestant de la collectivité humaine vis-à-vis des anophèles.

- **Indice sporozoïtique ou indice de l'antigène sporozoïtique.**

L'indice sporozoïtique est le pourcentage d'anophèles porteurs de sporozoïtes dans les glandes salivaires.

L'IAS est le pourcentage d'anophèles porteurs de protéines circumsporozoïtes exprimées à la surface des sporozoïtes dans la portion tête-thorax ; ou du sang de l'hôte vertébré ingéré par l'anophèle.

- **Indice oocystique.**

C'est le pourcentage d'anophèles porteurs d'oocystes dans la paroi de leur estomac. Cet indice n'est pas très fiable car l'évolution sporogonique peut avorter après la formation d'oocystes.

- **Taux d'inoculation entomologique (TIE).**

Le taux d'inoculation entomologique ou TIE représente le nombre de piqûres infectantes par Homme et par unité de temps. Cette unité peut être exprimée en nuit, en mois ou en années selon les études entomologiques réalisées.

13. La revue systématique .

Malgré des moyens de plus en plus efficaces pour trouver, classer et stocker les informations, les cliniciens sont confrontés au problème de l'expansion exponentielle de l'information dans la littérature. Ce problème rend difficile et parfois impossible la révision de tous les articles traitant d'une question clinique, particulièrement lorsque des dizaines d'articles arrivent à des conclusions qui sont toutes pertinentes pour la même question. Par conséquent, les médecins, les chercheurs et les décideurs politiques ont besoin d'une méthode efficace pour résumer les informations existantes afin de prendre des décisions fondées sur des évidences claires. [26]

13.1. Définitions

Une **revue systématique** est une revue de la littérature centrée sur une question de recherche. Elle tente d'identifier, évaluer, sélectionner et synthétiser toutes les données de recherche de haute qualité pertinente à cette question [27]. En d'autres termes c'est une recherche systématique et une évaluation critique de toutes les revues originales traitant d'une même question [26].

Les revues systématiques souvent, mais pas toujours, utilisent des techniques statistiques (méta-analyse) pour combiner les résultats des études admissibles ou comparables. La méta-analyse est donc la synthèse quantitative de toutes les revues originales traitant d'une même question et utilisant la même méthodologie [27].

Dans tous les cas, les revues systématiques et les méta-analyses doivent être menées en suivant des règles méthodologiques strictes. Celles-ci doivent être décrites en détail pour qu'elles soient reproductibles.

13.2. Objectifs [26]

Une revue systématique a pour but de minimiser les éléments arbitraires des revues narratives

traditionnelles. Elle doit décrire en détail le processus de la révision, afin qu'une autre personne, ayant accès aux mêmes ressources et utilisant la même stratégie, puisse, en principe, arriver aux mêmes résultats. Cela signifie que les objectifs doivent être clairement fixés, la stratégie pour la recherche de littérature documentée et compréhensible et le cheminement intellectuel qui combine les résultats des études individuelles pour aboutir à une évidence générale doit être clairement explicité.

13.3. Les étapes [27]

Le Manuel Cochrane propose huit étapes générales pour préparer une revue systématique:

1. Définition de la question de recherche et l'élaboration des critères d'inclusion.
2. Recherche d'études
3. Sélection d'études et la collecte de données
4. L'évaluation du risque de biais dans les études incluses
5. Analyse des données et réalisation de la méta-analyse
6. Résolution de biais propre à l'étude même.
7. Présentation des résultats et des tables des "Résumé des résultats"
8. Interprétation des résultats et formulation des conclusions

METHODOLOGIE :

1. Cadre d'étude .

1.1. L'organisation universitaire du Mali .

Le Mercredi 28 septembre 2011, le gouvernement a adopté en conseil des ministres quatre projets d'ordonnance portant sur la création des « Universités de Bamako » . c'est ainsi que l'ancienne Université de Bamako a été substituée par 4 universités : l'université des sciences sociales et de gestion de Bamako (U.S.S.G.B), l'université des lettres et des sciences humaines de Bamako (U.L.S.H.B), l'université des sciences juridiques et politiques de Bamako (U.S.J.P.B) et l'université des sciences, des techniques et des technologies de Bamako (U.S.T.T.B) [28].

Par ailleurs en 2012, l'Université de Ségou a été ouverte et officiellement inaugurée le 27 janvier 2012. Cette dernière est constituée de quatre facultés (agroéconomie et médecine animale, sciences sociales, sciences de la santé, génies et sciences) et d'un institut universitaire de formation professionnelle [28].

▪ Les Facultés de l'U.S.T.T.B

Les différentes facultés que comporte l'U.S.T.T.B sont : la Faculté des Sciences et Techniques (FAST), La Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) et la Faculté de Pharmacie (FAPH). Ces deux dernières facultés étaient anciennement regroupées sous le nom de FMPOS (faculté de médecine de pharmacie et d'odonstomatologie)

▪ La bibliothèque de la FMOS/FAPH. [29]

Créée en 1969, la bibliothèque de la FMOS/FAPH est dotée d'un grand nombre de documents pour l'approfondissement et la diversification des connaissances des étudiants. Ici les documents sont mis à la disposition des étudiants de 3 manières :

❖ Les prêts sur place.

- ❖ Les prêts à domicile pour un délai d'une semaine renouvelable uniquement pour les étudiants rédigeant leur document de thèse.
- ❖ Mise à disposition de documents numériques soit au niveau des locaux de la bibliothèque ou au travers de son portail numérique.

D'autres prestations aussi diverses et variées sont à la portée des étudiants au niveau de la bibliothèque. Ce sont entre autres.

- ❖ La recherche en ligne (connexion sur l'internet) ;
- ❖ La photocopie/ le scanner et les microfilms ;
- ❖ La production documentaire ;
- ❖ L'enseignement de la bibliographie médicale.

1.2. Lieu d'étude .

Notre étude s'est effectuée à la bibliothèque de la FMOS/FAPH.

2. Type et période d'étude

Il s'agissait d'une revue systématique des thèses sur le paludisme soutenues à la FMOS/FAPH entre Janvier 2003 et Décembre 2012 (10ans).

3. Questions de recherche de l'étude des tendances

Deux questions ont guidé notre revue. A savoir :

- L'évolution des tendances des paramètres épidémiologiques du paludisme chez les enfants de moins de 16ans au sein des communautés du Mali.
- L'évolution des tendances dans les connaissances attitudes et pratiques des mères d'enfants de moins de 5ans au sein des communautés du Mali vis-à-vis du paludisme.

4. Recherche des études (constitution du répertoire de thèses.)

- **Répertoire de thèses de la bibliothèque de la FMOS/FAPH. (répertoire de base)**

Nous avons effectué une consultation sur place des thèses répertoriées au niveau de la bibliothèque de la FMOS/FAPH. Les thèses y étaient classées par année de publication. Après avoir systématiquement recherché pour chaque année les titres des thèses inventoriées, nous avons noté les références bibliographiques de toutes celles dont le titre incluait les termes « paludisme » et/ou « palustre ».

- **Répertoire de thèses du site internet de la bibliothèque de la FMOS/FAPH. (répertoire secondaire)**

Une recherche sur la bibliothèque virtuelle (internet) de la FMOS/FAPH a été faite. Elle utilisait les termes « paludisme » et/ou « palustre » comme mot du titre, descripteur et/ou mot clé. Cette recherche a permis de répertorier les thèses sur le paludisme de 1998 à 2010. Celles appartenant à notre période d'étude ont été recensées pour constituer un deuxième répertoire de thèses.

- **Répertoire final de thèses pour notre étude.**

Il résultait de la consolidation des deux répertoires suscités. Il s'agissait lorsqu'il y a lieu, d'ajouter au répertoire de base les thèses manquantes et de supprimer les thèses doublons. Tout ceci après comparaison des références recueillies dans les deux répertoires.

5. Critères de sélection des études.

Nous avons adopté des critères de sélection en raison des objectifs spécifiques préalablement fixés.

5.1. Les critères d'inclusion .

Nous avons inclus, toutes les thèses de doctorat de la FMOS et de la FAPH portant sur le paludisme de 2003 à 2012 qui répondaient aux critères suivants :

- **Pour l'étude méthodologique générale :**

Il s'agissait des thèses qui étaient présentes dans le registre de thèses de la bibliothèque de la FMOS/FAPH et dont le titre incluait les termes « paludisme » et/ou « palustre ». Mais aussi, celles indexées lors de la recherche sur le site internet de la bibliothèque avec les termes « paludisme » et ou « palustre » soit comme mot du titre ou comme descripteur ou comme mot clé. C'est donc l'ensemble des thèses du répertoire final de thèses.

- **Pour l'étude méthodologique approfondie (focus-groupe)**

Ces thèses qui appartenaient au notre répertoire final de thèses tel que décrit plus haut et qui abordaient les domaines clinique ou épidémiologique ou CAP au 1^{er} plan

- **Pour l'étude des tendances des paramètres épidémiologiques (sous-groupe focus 1)**

Ce sont les thèses qui appartenaient à notre répertoire final, portaient sur le paludisme simple et grave et abordaient le domaine épidémiologique au premier plan. Elles étaient de type prospectif et avaient été réalisées chez les enfants de moins de 16ans au sein de communautés au Mali.

- **Pour l'étude des tendances des CAP (sous-groupe focus 2)**

Ces thèses appartenaient à notre répertoire final, portaient sur le paludisme simple et grave et abordaient le domaine CAP au premier plan. Elles étaient du type prospectif et avaient été réalisées chez les mères d'enfants de 0 à 5ans au sein de communautés au Mali.

5.2. Les critères de non-inclusion ,

N'étaient pas inclus dans notre étude :

- Les thèses soutenues en dehors de notre période d'étude.
- Les thèses Ne répondant pas à un ou plusieurs des critères d'inclusion spécifiques tel que sus- cités.
- Les thèses, mémoires et rapports de stages traitant du paludisme dans les structures autres

que la FMOS/ FAPH.

6. Détermination du domaine d'étude de la thèse.

Nous avons lu les objectifs, le résumé et/ou les résultats de chaque thèse de notre répertoire final pour déterminer le domaine du paludisme étudié par celle-ci.

6.1. Détermination du domaine du paludisme étudié.

Dans un souci de systématisation, nous avons adopté les critères suivants pour préciser la nature du domaine de l'étude. Ainsi les thèses ont été classées dans :

- **Le domaine épidémiologique** lorsque les résultats portaient sur la distribution du paludisme au sein d'une population.
- **Le domaine clinique** lorsque les résultats portaient sur les manifestations cliniques associées au paludisme.
- **Le domaine CAP** lorsque les résultats traitaient des questions de connaissances, attitudes et pratiques d'une population cible vis-à-vis du paludisme. Aussi de l'impact de ces conduites et connaissances sur l'épidémiologie du paludisme au sein d'une population.
- **Le domaine entomologique** lorsque les résultats portaient sur la distribution du vecteur et son poids dans la transmission du paludisme. Un autre point ici était l'efficacité des méthodes de lutte anti vectorielle.
- **Le domaine thérapeutique** lorsque les résultats portaient sur la sensibilité de l'agent pathogène de la maladie à différents produits (pharmaceutiques comme traditionnels). Mais aussi de l'efficacité de stratégies de traitement tant prophylactique que curatif et de la résistance parasitaire à différents principes actifs de thérapie.
- **Le domaine diagnostic** lorsque les résultats portaient sur la sensibilité, de la spécificité de tests biologiques utilisés pour le diagnostic du paludisme. Elle traite aussi du temps, de

l'équipement et du personnel nécessaire pour l'exécution du test diagnostic.

- **Le domaine hématologique** lorsque les résultats portaient sur l'effet du paludisme sur d'autres hémoglobinopathies ou inversement. Mais aussi des conséquences sur le plan hématologiques de l'infection palustre.
- **Le domaine immunologique** lorsque les résultats portaient sur la susceptibilité de groupes immunologiques particuliers au paludisme, mais aussi des conséquences immunologiques du paludisme au sein d'une population.
- **Le domaine bibliographique** : lorsque les résultats faisaient un point ou bilan de la situation du paludisme en explorant les revues et documents disponibles sur le sujet.

Toutes thèses ne pouvant pas être classée dans l'un de ces domaines a été répertoriées comme appartenant au domaine « **autre** ».

6.2. Détermination du plan du domaine d'étude.

▪ **Domaine au premier plan** :

A été considéré comme domaine au premier plan, celui présenté par l'auteur comme objectif principal de l'étude et majoritairement présenté dans le résumé et/ou les résultats.

▪ **Domaine au deuxième plan** :

Le domaine au deuxième plan, correspondait à celui présenté au travers des objectifs spécifiques. Il s'agit en d'autres termes du domaine apportant une valeur ajoutée et ou un contexte à l'objectif principal de l'étude.

7. Extraction des données :

▪ **Les données méthodologiques générales** :

Elles concernaient toutes les thèses du répertoire final. Nous avons exploité le chapitre

« méthodologie » de chaque thèse. Les données ont été recueillies sur une fiche d'enquête générale à partir de l'identification de la thèse. *Voire annexe*

- Les **données approfondies sur le focus-groupe**. *Voire annexe.*

Grâce aux données de la fiche d'enquête générale, les thèses traitant au premier plan des questions épidémiologiques, cliniques ou CAP ont été identifiées. Ces dernières ont fait l'objet d'une seconde enquête dont les données ont été recueillies sur la fiche d'enquête secondaire. Pour ce faire nous avons exploitées le chapitre du résumé ou des résultats de ces dernières thèses.

- Les **données sur les sous-groupes focus**.

Elles ont été recueillies sur des fiches d'enquête des tendances. *Voire annexe.*

- Fiche d'enquête des tendances 1 (étude des tendances épidémiologiques)

Elle concernait les thèses répondant aux critères d'inclusion du sous-groupe focus 1. Nous avons exploité le chapitre du résumé ou des résultats de ces thèses.

Les variables recherchées étaient : l'indice plasmodique (**IP**), l'indice splénique (**IS**) et enfin l'indice gamétocytaire (**IG**)

- Fiche d'enquête des tendances 2 (étude des tendances CAP)

Elle concernait les thèses répondant aux critères d'inclusion du sous-groupe focus 2. Nous avons exploité le chapitre du résumé ou des résultats de ces thèses.

Les variables recherchées étaient :

- La proportion de la population qui connaissait le moustique comme vecteur de la maladie.
- Le taux d'utilisation des moustiquaires et des moustiquaires imprégnées.
- le taux de recours en première intention à l'automédication, aux tradi-praticiens et aux centres de santé

8. Gestion et synthèse des données .

8.1. Gestion des données.

- La saisie des données a été réalisée sur le logiciel C.S.Pro 4.1.
- L'analyse des données a été faite sur le logiciel S.P.S.S. 17.0
- La mise en graphique a été réalisée sur le logiciel Microsoft Excel 2013
- La saisie et le traitement de texte ont été réalisés sur le logiciel Microsoft Word 2013.

8.2. Synthèse des données.

Seules les données recueillies pour l'étude des tendances ont fait l'objet d'une synthèse statistique.

Pour chaque variable recherchées, les données ont été réparties en deux grands groupes, celui des zones urbaines et celui des zones rurales.

Nous avons calculé la moyenne arithmétique des valeurs de chaque variable recueillie lorsque la condition suivante a été observée :

« Pour une même variable et une même communauté, plusieurs valeurs ont été recueillies par différentes thèses pendant une même période. »

Des tableaux ont été réalisées pour présenter ces résultats *voire tableaux 33, 34, 35 et 36 des Résultats.*

Notons aussi qu'une moyenne arithmétique a été calculée pour chaque variable par année.

9. Aspects éthiques .

▪ Valeurs sociales

La société et les décideurs bénéficieront des résultats de notre étude au moment où la thèse sera approuvée par le jury de la FMOS.

▪ Valeurs scientifiques

Cette étude permettra aux experts et aux étudiants de :

- ❖ Cerner dans un laps de temps toutes les études réalisées sur le paludisme durant notre période d'étude.
- ❖ Localiser les zones d'ombre et de prendre des décisions pour lutter efficacement contre cette maladie.

- **Droit d'auteur**

L'exercice des droits d'auteur en milieu universitaire est intimement lié à la probité intellectuelle.

Dans le cadre de notre étude, l'appropriation de connaissances d'un pair comme la nôtre sera évité.

En annexe, toutes les références bibliographiques ont été mentionnées de façon complète.

RESULTATS

1^{ère} partie : Résultats qualitatifs

- **Inventaire des thèses et classification selon le domaine étudié au premier plan.** *Voire Fiche 6 de l'annexe.*
- **Synthèse des études du focus-groupe :**
 - ✓ Etudes traitant du domaine épidémiologique du paludisme.
 - ✓ Etudes traitant du domaine clinique du paludisme.
 - ✓ Etudes traitant du domaine CAP du paludisme.

1. Synthèse des études du focus-groupe

1.1. Etudes abordant le domaine épidémiologique du paludisme :

Tableau 3. Synthèse des résultats de thèses portant sur les domaines épidémiologiques du paludisme.

Auteurs	Objectifs	Méthodologie	Résultats
ANNEE DE SOUTENANCE 2003			
Hamadou H. [30] Thèse de Pharmacie	Evaluer les risques transfusionnels dus au paludisme.	Lieu : CNTS Bamako Période d'étude : Septembre – Octobre 2002 Population : Donneurs de sang Type : étude transversale prospective	L'indice plasmodique chez les donneurs était de 25,49%. La tranche de 18 à 25 ans était la plus affectée par le paludisme. L'espèce la plus répandue est <i>P. falciparum</i> (86,15%). Il n'y a pas de relation entre l'importance de la charge parasitaire et la survenue d'un accès palustre. La densité parasitaire est très variable, cependant 80,95% des participants ont une parasitémie inférieure à 1000 parasites/microlitre.
ANNEE DE SOUTENANCE 2004			
DIARRA H.Y. [31] Thèse de médecine	Estimer la prévalence de l'infection à <i>Plasmodium falciparum</i> .	Lieu : Missira Période d'étude : Octobre 2001. Population : population générale Type : étude transversale	La prévalence de l'infection palustre était de 51,5 % avec un indice plasmodique à 51 %. La fréquence de la splénomégalie était de 10,8 % et celle de l'anémie de 58,2%. La souche K1 est la plus polymorphique avec 35,7 % alors que la souche RO33 est monoclonale. Une

			égalité proportionnelle est notable entre les porteurs d'un seul allo type (36,1 %) et ceux portant plus d'un allo type (32,5 %). L'anémie se caractérisait par un faible polymorphisme.
BOUGOUMA E.C. O [32] Thèse de pharmacie	Etudier les caractéristiques cliniques et épidémiologiques du paludisme en zone à paludisme hyper endémique.	<u>Lieu</u> : Tensobentenga (Burkina Faso) <u>Période d'étude</u> : Septembre – Novembre 2002 <u>Population</u> : chez les enfants de 0–10 ans et adultes de 18–40 <u>Type</u> : étude transversale	Le TIE était d'environ 1,7 piqure infectée par personne et par nuit. Le nombre moyen d'accès palustres chez les adultes et chez les enfants était respectivement de 0,15 et de 1,21 ($p < 0,001$). Le taux d'incidence du paludisme était de 3,1‰ pers/jr chez l'adulte et de 19,5‰ pers/jr chez l'enfant ($p < 0,001$). IP global était de 61,2 % ; La DPM était de 1309 parasites/ μ l et diminuait significativement avec l'âge ($p < 0,001$). Le taux de portage des gamétocytes était 12 %, et diminuait avec l'âge jusqu' à 30 ans ($p < 0,001$).
ANNEE DE SOUTENANCE 2005			
MAIGA S. M. [33] Thèse de Médecine	Déterminer les paramètres épidémiologiques de la transmission du	<u>Lieu</u> Cercle de Ménaka <u>Période d'étude</u> : Mai 2004	La prévalence des porteurs de gamétocytes estimée à 0,48%. La fréquence de la splénomégalie est plus

	paludisme.	<p><u>Population</u> : enfants de 0 à 9ans et adultes</p> <p><u>Type</u> : étude transversale prospective</p>	<p>élevée à Tin–Abaw (13,9%) contre Tabangout (0,88%). Le taux d’hématocrite était sup à 30% dans tous les sites. Les sujets mélanodermes sont les plus exposés au paludisme. Le paludisme est hypoendémique avec une prévalence de 4,9%. La formule parasitaire pendant la saison sèche est <i>P. falciparum</i> (84,9%) + <i>P. ovale</i> (7,6%) + <i>P. vivax</i> (3%).</p>
<p>SISSOKO K. [34]</p> <p>Thèse de médecine</p>	<p>Etudier l’impact de la schistosomose a <i>S. haematobium</i> sur les indices paludométriques.</p>	<p><u>Lieu</u> : Ecoles de Dialakorodji</p> <p><u>Période d’étude</u> : Juillet – Décembre 2003</p> <p><u>Population</u> : Enfants de 4 à 14 ans</p> <p><u>Type</u> : étude cohorte avec passages transversaux.</p>	<p>La schistosomose était hyperendémique tandis que le paludisme était hypo – endémique. Les indices plasmodiques et la parasitémie ne variaient pas significativement entre le groupe des sujets infectés et non infectés par <i>S. haematobium</i>. L’incidence des accès palustres était significativement plus élevée chez les enfants non infectés par <i>s. haematobium</i>. L’incidence des accès palustres était inversement proportionnelle à la charge d’excrétion ovulaire de <i>S. haematobium</i>.</p>

IBRAH M. [35] Thèse de Pharmacie	Etudier l'effet des radiations solaires Ultra violettes B sur le paludisme chez l'homme.	<p><u>Lieu</u> : Bamako (Centre hospitalier Mère-Enfant, LBMA et CRES)</p> <p><u>Période d'étude</u> : Septembre 2000 – Octobre 2001</p> <p><u>Population</u> : Patients diagnostiqués de paludisme.</p> <p><u>Type</u> : Etude prospective longitudinale.</p>	<p>Les valeurs les plus élevées de radiation ultra violette B sont observées au mois de Septembre e de Mars. Ces derniers précèdent un grand pic de morbidité palustre (Octobre) et un petit pic de morbidité (Avril). Les radiations étaient corrélées a la pluviométrie et à la température de façon significative (respectivement $p=0.028$ et $p=0,015$). Nous n'avons pas trouvé de relation statistiquement significative entre l'intensité des radiations et le paludisme.</p>
ANNEE DE SOUTENANCE 2006			
MOMO N.A [36] Thèse de médecine	Comparer les paramètres épidémiologiques de la transmission du Paludisme de la saison sèche chaude à ceux de la saison sèche froide.	<p><u>Lieu</u> : l'aire de santé du cercle de Ménaka.</p> <p><u>Période d'étude</u> : mai 2004 et février 2005.</p> <p><u>Population</u> : enfants de 0 à 10 ans et adultes.</p> <p><u>Type</u> : étude comparative transversale</p>	<p>la prévalence générale de l'infection palustre était élevée en saison sèche froide (34,2% contre 6,3% en saison sèche). A Tagalalt. La prévalence du portage des gamétocytes était de l'ordre de 0,48% pour la saison chaude et de 1% pour la froide. Contrairement l'indice splénique était plus élevé en saison sèche chaude (5%) que froide (3%). La prévalence</p>

			générale d'accès palustre était plus élevée en saison sèche froide 25,61% que chaude 3,46%. L'anémie et la fièvre était sensiblement égale lors des 2 passages.
DIASSANA M. [37] Thèse de médecine	Evaluer la morbidité proportionnelle du paludisme dans les étiologies des fièvres.	<u>Lieu</u> : CSREF de la Commune VI du District de Bamako <u>Période d'étude</u> : octobre 2004 à février 2005. <u>Population</u> : patients fébriles <u>Type</u> : étude prospective et longitudinale	La prévalence du paludisme était de 76,8 %. Prédominant chez les enfants de 0 – 5 ans (47,6%) La prévalence de splénomégalie était de 7,96 % et celle du neuropaludisme de 4,1% La prévalence des autres affections fébriles en dehors du paludisme était de 23,2%
TRAORE H. [38] Thèse de médecine	Evaluer l'impact de la schistosomose à <i>S. haematobium</i> sur les paramètres paludométriques.	<u>Lieu</u> : Village de Dialakorodji <u>Période d'étude</u> : Juillet 2004 – Janvier 2005 <u>Population</u> : Enfants de 4–14 ans <u>Type</u> : étude cohorte avec passages transversaux	La prévalence de la schistosomose à <i>S. haematobium</i> était de 70,85%. L'indice plasmodique était significativement plus élevé chez les enfants infectés par <i>S. haematobium</i> (32%) que les non infectés (11,4%). L'IP et la splénomégalie étaient d'autant plus élevés que la charge d'excrétion ovulaire était importante. L'incidence de l'accès palustre et la parasitémie ne variaient en fonction de la

			Co=infection quel que soit l'Age et le sexe.
DIARRA S.D. [39] Thèse de médecine	Etudier la mortalité et la morbidité dues au neuro paludisme.	<u>Lieu</u> : service de pédiatrie de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou <u>Période d'étude</u> : juin à décembre 2005. <u>Population</u> : les enfants de 6 mois à 15 ans <u>Type</u> : étude prospective longitudinale	On a enregistré 80,30% de guérison complète ; 2,42% de sortie contre avis médical ; 17,28% de mortalité. les enfants de 0 à 5 ans étaient les plus touchés (77,96%). Le paludisme était le premier motif de consultation (38,26%) et d'hospitalisation (70%). Le paludisme grave et compliqué était la première étiologie des urgences pédiatriques (70,5%). Les symptômes les plus représentés étaient : - <u>Dans les formes non compliquées</u> : la fièvre (100%), l'hépto-splénomégalie 68,42%, et les céphalées (54,77%). - <u>Dans les formes graves et compliquées</u> : la fièvre (99,45%), l'hypotonie (79,05%), les convulsions (57,92%).
BOUBACAR G. [40] Thèse de	Etudier les variations temporelles des fréquences de trois	<u>Lieu</u> : les CSCOM de Molodo et de Boh <u>Période d'étude</u> :	le paludisme reste la première cause de consultation, suivi des IRA

médecine	principales maladies cibles de la PCIME (Paludisme, IRA basses et diarrhées).	juillet 2004. <u>Population</u> : Enfants de 0-4 ans <u>Type</u> : étude rétrospective	basses et des diarrhées. Les moyennes mensuelles ont montré un pic plus marqué pour le paludisme et les IRA basses, au mois de Septembre à Molodo ; tandis que qu'à Boh le pic est marqué pour le paludisme au mois d'Octobre et aux mois de Mars- Avril.
KOLI D. L. A. [41] Thèse de pharmacie	Etudier la prévalence des consultations de paludisme.	<u>Lieu</u> : CSCOM de Koulouba <u>Période d'étude</u> : Janvier - Décembre 2005. <u>Population</u> : Patients diagnostiqués du paludisme <u>Type</u> : étude transversale rétrospective	Le paludisme était l'affection la plus rencontrée au CSCOM. Les femmes adultes étaient les plus affectées du paludisme avec un sex-ratio de 1,13. Le diagnostic de paludisme simple était le plus élevé. 29,5% des patients utilisaient des moustiquaires.
DIABATE S. D. [42] Thèse de pharmacie	Etudier l'effet du portage de <i>Schistosoma hæmatobium</i> sur les indicateurs paludométriques.	<u>Lieu</u> : Village de Bandiagara <u>Période d'étude</u> : juillet 2002 à Mars 2003 <u>Population</u> : Enfants de 4-14ans <u>Type</u> : étude cohorte appariée selon l'âge le sexe et le lieu de résidence	L'indice plasmodique était de 63% dans l'échantillon. Les enfants de 4-9 ans étaient plus touchés (64%). L'incidence du paludisme était plus élevée chez les enfants non infectés par S. hæmatobium (7,614‰ personnes par jour) que chez ceux infectés (5,606‰ personnes par jour)

			($p < 10^{-6}$). Il en était de même de l'incidence du premier accès chez les enfants coinfecteds (56,8%) contre 69,1% chez les non infectés [RR=0,82 IC 95% (0,35-0,98) $p=0,028$]. Le portage chronique de <i>S. hæmatobium</i> constituait un facteur de protection contre le paludisme dans l'étude.
ANNEE DE SOUTENANCE 2007			
KEITA M. [43] Thèse de médecine	Evaluer les variations de l'épidémiologie du paludisme entre les années.	<u>Lieu</u> : Missira (Kolokani). <u>Période d'étude</u> : Mars 2004 – Décembre 2005. <u>Population</u> : enfants de 1 à 9 ans <u>Type</u> : étude longitudinale avec passage transversaux.	<i>Plasmodium falciparum</i> était l'espèce prédominante. L'IP par mois variait de 26,94 à 90,97%. La prévalence de l'infection plasmodiale chez les patients était de 77,95% en 2004 et 84,47 en 2005. Les fortes parasitémiés ($>10000/\text{mm}^3$) représentaient 40,29% en 2005 contre 23,59% en 2004 et cette différence n'était pas significative ($p=0,06$). Une relation statistiquement significative entre la splénomégalie et la forte parasitémie avec une probabilité $p=0,01$ est à noter. Aussi une augmentation significative

			de la splénomégalie fébrile avec une probabilité $p=0,0002$ est observée.
DOUMBIA S. [44] Thèse de médecine.	Etudier l'impact de la schistosome à <i>S. haematobium</i> sur les indices paludométriques à Dialakorodji.	<u>Lieu</u> : Dialakorodji. <u>Période d'étude</u> : juillet 2005 à janvier 2006. <u>Population</u> : enfants de 4 à 14 ans. <u>Type</u> : étude prospective de cohorte et longitudinale	La prévalence de <i>S. haematobium</i> était de 67,3%. La prévalence du paludisme était de 8,23%. Incidence moyenne du paludisme chez les enfants infectés par <i>S. haematobium</i> : 13,33% Incidence du paludisme chez les enfants non infectés par <i>S. haematobium</i> 24,12% le portage chronique de <i>S. haematobium</i> constitue un facteur de protection contre le paludisme maladie.
KETTA P. [45] Thèse de médecine.	Décrire les aspects cliniques et biologiques du paludisme au cours du VIH /SIDA.	<u>Lieu</u> : CHU Point G (service de maladie infectieuse) <u>Période d'étude</u> : Mai 2006– Février 2007 <u>Population</u> : Patients VIH positifs. <u>Type</u> : étude longitudinale	La prévalence du paludisme au cours du VIH est de 21,69%. La proportion de patients sidéens ayant fait un paludisme compliqué est de 56,1%. Le risque d'exposition au paludisme grave et compliqué au cours de l'infection VIH était plus important chez les patients au stade SIDA que ceux séropositifs avec un test significatif $p= 0,04$ Fisher. La létalité hospitalière était de 34 %. Le paludisme a été

			plus létal chez le sujet au stade SIDA que chez le sujet VIH +.
TOLO Y. [46] Thèse de pharmacie.	Décrire la relation anémie/paludisme chez les Dogon et Peulh vivant au Mali.	<u>Lieu</u> : Nantéourou, Dinsogou, Naye, Anakadié. <u>Période d'étude</u> : Novembre 2003 à décembre 2005. <u>Population</u> : enfants et adultes. <u>Type</u> : étude longitudinale +passage transversaux.	- L'IS est plus élevé chez les Peulh. - La DPM est plus élevée chez les Dogons. Nous avons noté une association significative entre la splénomégalie et anémie ainsi qu'une absence d'association anémie et portage des parasites dans les deux ethnies.
TEMBINE I. [47] Thèse de médecine.	Etudier la fréquence du paludisme en post op immédiat.	<u>Lieu</u> : CHU Point G (chirurgie A et B). <u>Période d'étude</u> : Juillet à Décembre 2005. <u>Population</u> : patients opérés. <u>Type</u> : étude prospective.	La fréquence du paludisme est de 1 ,67%. Et l'incidence de 0,8%. La fréquence de la fièvre était de 20,8% dans l'échantillon étudié dont 4% étaient liés au paludisme Les principaux signes cliniques sont la fièvre, l'asthénie et les courbatures. Les motifs d'intervention chirurgicale chez les deux malades ayant une goutte épaisse positive étaient le cancer surinfecté du sein et la hernie de la ligne blanche.

ANNEE DE SOUTENANCE 2008			
TAPILY A. [48] Thèse de médecine.	Etudier les facteurs associés à la splénomégalie et la différence de susceptibilité liée au paludisme pour deux ethnies.	<p><u>Lieu</u> : les villages de Mantéourou ; de Naye ; Dinsogou ; Binédama et Anakédié</p> <p><u>Période d'étude</u> : juillet 1998 à septembre 2005.</p> <p><u>Population</u> : deux groupes ethniques (Dogon, Peulh).</p> <p><u>Type</u> : étude prospective avec suivi longitudinal, transversal</p>	<p>Chez les Peulh : les indices spléniques étaient plus élevés ; par contre les indices plasmodiques et le taux de clones polymorphiques étaient plus faibles.</p> <p>– Chez les Dogon : Les indices spléniques étaient moins élevés alors que les indices plasmodiques et les clones polymorphiques étaient plus élevés.</p> <p>Les taux d'allèle H étaient plus élevés chez les Peulh que chez les Dogon, contrairement aux taux d'allèle R.</p> <p>Dans tous les deux groupes ethniques une association significative entre la splénomégalie et l'infection plasmodiale a été observée</p>
BAMBA K. [49] Thèse de médecine.	Etudier l'importance des cas de paludisme et le rôle de la polyclonalité sur le phénotype clinique de l'infection à <i>P. falciparum</i> .	<p><u>Lieu</u> : service de pédiatrie du CHU Gabriel Touré</p> <p><u>Période d'étude</u> : De janvier à Décembre 2006.</p> <p><u>Population</u> : les enfants de 0 à 15 ans.</p> <p><u>Type</u> : étude prospective</p>	<p>La fréquence du paludisme est de 12,6%. Les enfants de 13-36 mois ont été les plus touchés (44,3%). Le phénotype neurologique est le plus fréquent (55,3%). La polyclonalité est retrouvée dans 43,3% des cas; et la monoclonalité dans 56,7%. Le marqueur m_{sp}1 a été plus</p>

			polymorphe (65,5%).
KONE S.M. [50] Thèse de pharmacie	Etudier l'impact sur la protection contre le paludisme grave chez les sujets présentant une association du trait drépanocytaire et le déficit en G6PDA.	<u>Lieu</u> : les villages de Kangaba et Kéla. <u>Période d'étude</u> : Juin 2001 – Janvier 2004 <u>Population</u> : les patients drépanocytaires ayant un déficit en G6PDA <u>Type</u> : étude cas-témoin non appariée.	La fréquence de l'hémoglobine AS est de 10% dans l'échantillon. Parmi les sujets porteurs de l'Hb AS, 8,3% ont développé le paludisme grave contre 14% chez les sujets AA ($p=0,01$). La fréquence du déficit en G6PDA a été de 14%. Parmi les sujets déficitaires 10,53% ont développé le paludisme grave contre 14% chez les sujets non déficitaires ($p=0,04$). La fréquence de l'hémoglobine S dans la population déficiente en G6PDA est de 19%.
ANNEE DE SOUTENANCE 2009			
IBRAHIM M. [51] Thèse de médecine	Etudier la place du paludisme dans les étiologies des accès fébriles.	<u>Lieu</u> : Baco-djicoroni en Commune V du District de Bamako. <u>Période d'étude</u> : 1er juillet 2007 au 31 Décembre 2007. <u>Population</u> : patient fébrile <u>Type</u> : étude transversale	La prévalence de l'infection palustre est de 75,8% parmi les affections fébriles. La concordance entre la goutte épaisse et le diagnostic clinique était bonne avec un kappa de 79%.
NIANGALY A. [52]	Etudier la population anophélienne et le	<u>Lieu</u> : Village de Pongono.	Les indices plasmodiques, gamétocytiques et

Thèse de médecine	risque de transmission du paludisme.	<p><u>Période d'étude :</u> Octobre 2005– Juillet 2007</p> <p><u>Population :</u> Enfants et population vectrice.</p> <p><u>Type :</u> étude transversale prospective et étude expérimentale.</p>	<p>spléniques étaient respectivement de 52,1%, 7.4% et 11,2%. Parmi les deux espèces trouvées (<i>An. Gambiae s.l</i> et <i>An. funestus</i>) seule <i>An. Gambiae s.l</i> était infecté avec un IAS de 8,6% et un TIE d'une piqure infestante par personne et par mois en Octobre. Après correction moléculaire, nous avons obtenu 72,56% et 67,8% de RCPA respectivement en 2006 et 2007. La prévalence des génotypes mutant était respectivement en 2006 et 2007 de 32,4% et 32%.</p>
DIARRA V. [23] Thèse de médecine	Etudier les paramètres épidémiologiques du paludisme.	<p><u>Lieu :</u> Mantéourou Naye, Binédama et Anakédié.</p> <p><u>Période d'étude :</u> Juillet 1998 à Novembre 2008.</p> <p><u>Population :</u> deux ethnies (Dogon, Peulh)</p> <p><u>Type :</u> Études longitudinales et passages transversaux</p>	<p>Une réduction significative de l'incidence du paludisme et du taux de mortalité palustre dans la localité d'étude a été notée. L'indice splénique était plus élevé chez les Peulh comparé au Dogon, par contre l'indice plasmodique et gamétocytaire étaient plus faibles chez les Peulh par rapport au Dogon. Les taux d'anticorps anti-plasmodiaux (d'IgE et d'IgG) et les anti-AMA-1 et anti</p>

			MSP-1 étaient plus élevés chez les Peulh.
BARRY A. [53] Thèse de médecine	Evaluer la morbidité palustre pendant une année.	<u>Lieu</u> : CS et CSCOM des villages de Nossoumbougou et Didien (cercle de Kolokani) <u>Période d'étude</u> : Avril 2007 – Mars 2008 <u>Population</u> : patients en consultation au CSCOM <u>Type</u> : Étude transversale prospective	Le paludisme représente la première cause de consultation dans les centres de santé avec 34% à Nossoumbougou et 27% à Didiéni. Plus de 89% des cas de paludisme arrivent entre Aout et Novembre. Les enfants de moins de 5ans totalisent 54% des cas de paludisme à Nossoumbougou et 43% à Didiéni
KONATE M. [54] Thèse de médecine	Evaluer la comorbidité du paludisme, et la fièvre typhoïde.	<u>Lieu</u> : CSREF de Niono. <u>Période d'étude</u> : mai à octobre 2008. <u>Population</u> : Patients symptomatiques soit du paludisme soit de la fièvre typhoïde. <u>Type</u> : étude prospective	La fréquence de la coinfection est de 41,21%. Plus de décès ont été constatés quand ces deux infections sont associées dans notre étude. Aussi plus d'échec thérapeutique a été observé dans lors de coinfection (9,61%).
ANNEE DE SOUTENANCE 2010			
DIALLO M. [55] Thèse de médecine.	Etudier les caractéristiques de la transmission du paludisme dans trois villages riverain du fleuve Niger.	<u>Lieu</u> : Trois villages (Kenieroba, Fourda, Bozokin) <u>Période d'étude</u> : Juin 2007 – Avril 2008 <u>Population</u> : Enfants de 6mois à 17ans et	Le vecteur majeur était An. Gambiae s.l avec une fréquence relative moyenne entre 96,9% et 100%. Le TIE était surtout élevé en saison de pluie. Le maximum est retrouve à Kenieroba (5,3

		<p>moustiques</p> <p><u>Type</u> : Etude longitudinale prospective avec passage transversaux.</p>	<p>piqures /homme/mois).L' IP variait en fonction de la localité : -Kenieroba (19,9% à 0,6%) -Fourda (16,4% à 41,2%) -Bozokin (0,8% à 47,0%). Tout ceci était dans un contexte de variation mensuelle significatives ($p < 0,001$ dans les trois localités). Le paludisme est mésoendémique à Kenieroba et Fourda alors qu'il est hyperendémique à Bozokin. Dans l'ensemble, le niveau de transmission du paludisme était faible quelque soit la localité en dépit de la notion de proximité au fleuve.</p>
<p>DOUMBIA S. [56] Thèse de médecine.</p>	<p>Evaluer l'effet du changement climatique sur l'incidence du paludisme.</p>	<p><u>Lieu</u> : Structures nationales du Mali (SLIS et DNM) <u>Période d'étude</u> : 1998 à 2007. <u>Population</u> : population générale <u>Type</u> : étude retro-prospective</p>	<p>Une hausse du taux d'incidence de façon concomitante avec la pluviométrie et l'humidité relative est notée. Les régions situées dans la zone soudanienne et soudano-guinéenne (Sikasso, Bamako, Kayes, Ségou) ont enregistré les taux d'incidence les plus élevés. Par contre ceux de la zone saharienne et sahélienne (Mopti, Gao,</p>

			Tombouctou, Kidal) étaient les plus bas.
SAMASSA F. [57] Thèse de médecine.	Caractériser la prévalence paludisme à <i>Plasmodium falciparum</i> dans le district de Bamako.	<u>Lieu</u> : LBMA de Bko <u>Période d'étude</u> : 2004 et 2008 <u>Population</u> : population générale <u>Type</u> : étude analytique et rétrospective	Le taux d'infection du paludisme est de 13,3%. Les prévalences les plus élevées sont notées entre Juin et Octobre, allant de 21 à 38% avec un pic en Septembre prévalences les plus basse pendant la saison sèche froide (2 à 6%)
KONE M.O. [58] Thèse de médecine.	Etudier la prévalence du paludisme au cours des consultations médicales.	<u>Lieu</u> : CSREF de la commune IV du district de Bamako. <u>Période d'étude</u> : Janvier – Décembre 2009. <u>Population</u> : Patients reçus en consultations <u>Type</u> : étude prospective transversale	Sur 4494 consultations, 23,08% était des cas de paludisme. Ce dernier prédominait chez les plus de 27ans (52,07%) et les ménagères (32,9%). La proportion d'infection palustre était supérieure en saison de pluie par rapport à la saison sèche (87,07% contre 12,93%). 79,07% des patients avaient une charge parasitaire inférieure à 1000 trophozoïtes par microlitre de sang. La proportion de paludisme simple était supérieure à celle de paludisme grave (75,51% contre 24,49%).

			Les signes cliniques les plus rencontrés sont la fièvre (58,63%), les céphalées (27,37%) et les courbatures (16,98%)
SIDIK K. [59] Thèse de médecine.	Evaluer le poids du paludisme et l'application des mesures de prévention pendant la grossesse.	<u>Lieu</u> : CSREF de Fana <u>Période d'étude</u> : Novembre 2005 à février 2006 <u>Population</u> : femmes enceintes <u>Type</u> : étude prospective transversale	La prévalence du paludisme est de 25,13% en CPN et de 16,08% à l'accouchement. La fréquence d'anémie maternelle est de 74,37%. La prévalence de l'infection placentaire était de 13,57%. La prévalence des FPN était de 11,50 %. La chloroquine et la SP étaient presque utilisées dans les mêmes proportions. Les MII étaient utilisées tant en CPN qu'en salle d'accouchement dans plus 75% des cas.
SAMAKE Y. [60] Thèse de médecine.	Evaluer la charge de la morbidité du paludisme dans le village périurbain de Sotuba et le village rural de Kollé pendant la saison de transmission.	<u>Lieu</u> : villages de Sotuba et Kollé <u>Période d'étude</u> : Juillet à décembre 2009 <u>Population</u> : population générale <u>Type</u> : étude transversale prospective	L'incidence du paludisme était plus élevée à Kollé (0,208 épisodes par personne par saison de transmission) qu'à Sotuba (0,0776 épisodes par personne par saison de transmission). La prévalence du paludisme à Kollé était moins élevée en début de saison (19,2%) qu'en fin de saison de

			<p>transmission (33%). A Sotuba elle était comparable au début (5,7%) et à la fin de la saison de transmission (5,2%).</p> <p>Les facteurs de risque de transmission du paludisme (type de maison, type de toit, présence d'eau, présence des animaux) étaient plus fréquents à Kollé qu'à Sotuba</p>
<p>BALAM A. [61] Thèse de Médecine</p>	<p>Evaluer le poids du paludisme sur les scolaires à Doneguebougou durant l'année scolaire 2007- 2008.</p>	<p><u>Lieu</u> : Ecole de Doneguebougou <u>Période d'étude</u> : Novembre 2007 – Juin 2008 <u>Population</u> : Elèves de la 1ere année à la 6ieme année. <u>Type</u> : étude de cohorte longitudinale avec passages transversaux</p>	<p>Les paramètres épidémiologiques du paludisme (IS, IG, IP) trouvaient leur valeur maximale en Janvier, Décembre et Novembre et leurs valeurs minimales en Mars, Avril et Juin.</p> <p>L'incidence de l'infection palustre était maximale en 5^{ème} année. Elle oscillait entre 2,8 et 4,3 avec une moyenne globale de 3,4. La prévalence de l'infection palustre était légèrement plus importante chez les grands élèves (35,3% en 1ere année contre 54,2% en 6^{ème} années). Cependant, la prévalence du paludisme clinique concernait plus les jeunes élèves (8,4% en 1^{ère}</p>

			<p>année) que les grands (2,3% en 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} années).</p> <p>Le paludisme est responsable de 34,3% des absentéismes.</p>
DOUMBIA M.S.B. [62] Thèse de médecine.	Etudier la fréquence des consultations pour paludisme.	<p><u>Lieu</u> : CSREF Commune I du district de Bamako</p> <p><u>Période d'étude</u> : Janvier à Avril 2010.</p> <p><u>Population</u> : âgés de plus 15 ans.</p> <p><u>Type</u> : étude prospective transversale</p>	<p>Le paludisme est la pathologie la plus rencontrée soit un taux de 40,58%.</p> <p>La proportion de paludisme simple était de 57,30%.</p> <p>Les femmes sont beaucoup plus exposées au paludisme (70,1 %)</p>
MBASSI J.J.C. [63] Thèse de médecine.	Evaluer et comparer les indices paludométriques et cliniques.	<p><u>Lieu</u> : LBMA de Bamako, Missira, Dioro et Ménaka</p> <p><u>Période d'étude</u> : 2004 à 2006</p> <p><u>Population</u> : population générale.</p> <p><u>Type</u> : étude rétrospective</p>	<p>La prévalence palustre est plus élevée à Dioro (67,20%) et plus basse à Ménaka (4,80%).</p> <p>L'indice gamétocytaire le plus élevé était retrouvé à Bamako (24,24%) et plus faible, à Ménaka (2,88%). Le taux d'anémie le plus élevé était à Dioro (39,80%); Ménaka quant à elle avait le taux le plus bas (7,21%)</p>
ANNEE DE SOUTENANCE 2011			
SANOGO A.B. [64] Thèse de	Etudier les aspects épidémiolo-cliniques du paludisme chez	<p><u>Lieu</u> : Unité pédiatrique du CSREF Commune IV du</p>	<p>Le paludisme simple était 3fois plus fréquent que le paludisme grave.</p>

médecine.	les enfants de 5 à 12 ans.	district de Bamako <u>Période d'étude :</u> février 2009 au février 2010. <u>Population :</u> enfants de 5 à 12 ans. <u>Type :</u> étude retro-prospective	Les CTA avec 74,8% étaient les molécules les plus utilisées ; suivies par la quinine (19,9%). Le traitement du paludisme simple et grave était conforme aux normes du P.N.L.P
ZE P.A. [65] Thèse de médecine.	Etudier la co-infection paludisme- VIH/SIDA chez les détenus à la Maison d'Arrêt et de Correction de Kati.	<u>Lieu :</u> Maison d'Arrêt et de Correction de Kati <u>Période d'étude :</u> Janvier- Décembre 2010 <u>Population :</u> Détenus de la prison. <u>Type :</u> Etude transversale prospective	Parmi 51 détenus volontaires au dépistage du VIH : 4 avaient une sérologie VIH positive aux tests rapides. Sur 100 détenus volontaires au prélèvement pour la goutte épaisse, 62 étaient positive. La prévalence de la coïnfection était de 5,88 %. 100% des détenus n'utilisaient pas de moyens préventifs contre le paludisme.
KONE A.A. [66] Thèse de médecine	Evaluer le nombre de cas de paludisme diagnostiqué chez les scolaires reçus en consultation à Daoudabougou.	<u>Lieu :</u> CSCOM et ADASCO de Daoudabougou <u>Période d'étude :</u> Janvier 2006 à Décembre 2009 <u>Population :</u> élèves de 6 ans et plus et les étudiants <u>Type :</u> étude transversal	La prévalence du paludisme est de 40,5%. La goutte épaisse a été réalisée dans 78,4% des cas. Tous ces élèves et étudiants ont reçu un traitement

		rétrospective	
DIA S. [67] Thèse de médecine	Décrire l'épidémiologie du paludisme à Kambila mai 2006 à décembre 2009	<u>Lieu</u> : village de Kambila <u>Période d'étude</u> : Février 2009 à Janvier 2010 <u>Population</u> : enfants de 2 à 10 ans et adultes de 18 à 25 ans <u>Type</u> : étude longitudinale	La prévalence de l'anémie était de 50,36% Un indice plasmodique est de 16, 8% avec un pic en fin des saisons des pluies (Octobre). L'incidence des cas graves de paludisme était de 0,5% avec un taux létalité de 0,7‰.
LASSANE I. [68] Thèse de médecine	Etudier le paludisme au 1 ^{er} trimestre de la grossesse	<u>Lieu</u> : CSREF de la Commune I <u>Période d'étude</u> : Avril 2008 à Mars 2009 <u>Population</u> : femmes enceintes du premier trimestre en CPN <u>Type</u> : étude transversal prospective	L'infection a prédominé en saison post-hivernale avec 48,75%. Les primi-secondigestes étaient les plus infectées, représentant 77,5% des gestantes impaludées et les charges parasitaires très élevées ont été surtout observées chez les primi-secondigestes L'anémie a été retrouvée chez 51,25% des gestantes parasitées.
DEMBELE A.A. [69] Thèse de médecine	Evaluer l'incidence du paludisme dans une population d'enfants de 0 à 6 ans	<u>Lieu</u> : ville de Bandiagara <u>Période d'étude</u> : juin 2009 à mai 2010 <u>Population</u> : enfants de 0 à 6 ans <u>Type</u> : étude	Le taux de portage des plasmodies a été plus élevé au mois de Décembre (15%) et plus faible en Mai (4,1%). Les enfants de 5-6 ans ont fait 142 cas de

		longitudinale et passages transversaux	paludisme-infection sur 268 cas détectés. Les enfants de 0-4 ans ont fait le plus grand nombre d'épisodes (192). Le taux d'incidence global a été 1,1 accès clinique par enfant et par an.
TRAORE C. [70] Thèse de médecine	Etudier la morbidité du paludisme chez les enfants de 1 à 10 ans.	<u>Lieu</u> : service de pédiatrie de l'hôpital de Sikasso. <u>Période d'étude</u> : juillet à décembre 2010 <u>Population</u> : enfants de 1- 10 ans <u>Type</u> : étude transversale	Le taux de paludisme clinique est de 97,7%. Celui du paludisme biologique était de 87,3%. La tranche d'âge 1- 4 ans est la plus touchée avec une prévalence d'infection palustre à 89,1%.
TRAORE B.Y. [71] Thèse de médecine	Etudier les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques du paludisme dans le CS de Gakoura sur 10ans	<u>Lieu</u> : CS de Gakoura <u>Période d'étude</u> : Février 2000- Décembre 2009 <u>Population</u> : Patients traités pour paludisme. <u>Type</u> : étude descriptive rétrospective	Les femmes adultes sont les plus affectées par le paludisme. Les pics de paludisme sont observés pendant la saison des pluies. Les cas de paludisme simple sont majoritaires. L'ethnie Soninké est la plus affectée. La majorité des cas provient de l'aire de santé. Le paludisme sur grossesse représente

			1,9% des cas de paludisme. Le taux de prévalence global du paludisme est de 14,83%.
CISSE K.B. [72] Thèse de pharmacie	Evaluer l'incidence du paludisme chez les enfants de 1 à 5ans à Bandiagara.	<u>Lieu</u> : Bandiagara. <u>Période d'étude</u> : Juin 2008– Février 2009 <u>Population</u> : enfants de 1– 5 ans. <u>Type</u> : étude cohorte avec passages transversaux.	L'incidence était de 0,69 épisode par enfant par an. Ceci est une amélioration par rapport au chiffre en 1997 (1,7 épisode par enfant et par an). Le nombre maximum d'épisode du paludisme par enfant était de 4. Nous n'avons pas observé de paludisme grave ni de décès liés au paludisme.
ANNEE DE SOUTENANCE 2012			
DIALLO M. [73] Thèse de médecine	Déterminer la place du paludisme dans les syndromes fébriles.	<u>Lieu</u> : Service d'urgence de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou <u>Période d'étude</u> : juin 2010 à juin 2011 <u>Population</u> : patients fébriles d'âge supérieur à 16 ans <u>Type</u> : étude transversale prospective	Le paludisme représenté la première cause de fièvre avec une prévalence de 88%. Son taux de létalité est de 2,23%.
DIARRA M.N. [74]	Etudier la place du paludisme dans les	<u>Lieu</u> : CSCOM de Yirimadio en	Le paludisme est responsable de 64,2% des

Thèse de médecine	étiologies des accès fébriles.	Commune VI du District de Bamako. <u>Période d'étude</u> : Aout 2010 à juillet 2011 <u>Population</u> : Patient en consultation au CSCOM pour accès fébrile. <u>Type</u> : étude transversale prospective descriptive.	affections fébriles. Les enfants de moins de 5ans sont les plus affectés par le du paludisme (38%). Le taux de prévalence de splénomégalie est de 5,1%. Les autres affections en dehors du paludisme représente 35,8% des accès fébriles avec par ordre d'importance : les IRA, la fièvre typhoïde et les gastro-entérites.
BONCANE A. [75] Thèse de médecine	Etudier les modalités de prise en charge du paludisme grave.	<u>Lieu</u> : service des urgences de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou <u>Période d'étude</u> : juin 2011 à novembre 2012 <u>Population</u> : les enfants de 0-5 ans <u>Type</u> : étude prospective	Le paludisme a représenté le premier motif de consultation avec une prévalence de 39,81%. Le maximum d'admissions est noté au mois d'Octobre (34,4%). La tranche d'âge de 0- 2 ans était la plus touchée (24,1%)
YACOUBA S.S. [76] Thèse de médecine	Evaluer la morbidité proportionnelle du paludisme dans les étiologies des affections fébriles.	<u>Lieu</u> : CSREF de la Commune IV du district de Bamako <u>Période d'étude</u> : juillet à septembre 2011 <u>Population</u> : patients fébriles	La prévalence de l'infection palustre est de 58,0% ; la fréquence de la splénomégalie était de 17,0% et celle de l'anémie 12,0%. une relation entre les fortes fièvres et les

		<u>Type</u> : étude longitudinale prospective	parasitémiées élevées est observée.
OUEDRAGO D.S. [77] Thèse de médecine	Evaluer le nombre réel de cas de paludisme diagnostiqués parmi toutes les maladies fébriles enregistrées.	<u>Lieu</u> : CSCOM de Baco-Djicoroni <u>Période d'étude</u> : Juillet à Novembre 2011 <u>Population</u> : Tout patient fébrile <u>Type</u> : étude prospective	La tranche d'âge 0 – 5 ans est la plus touchée (39,18%) La prévalence du paludisme était de 81,71 %. La prévalence du paludisme clinique était de 62,87 % La prévalence du paludisme biologique était de 37,13 %.

1.2. Etudes traitant du domaine clinique du paludisme.**Tableau 4 : Synthèse des résultats de thèses portant sur le domaine clinique du paludisme.**

Auteurs	Objectifs	Méthodologie	Résultats
ANNEE DE SOUTENANCE 2004			
BIAPO K. [78] Thèse de médecine	Comparer la gravité du paludisme chez les sujets VIH positifs et chez les sujets VIH négatifs.	<u>Lieu</u> : les services de médecine interne et de maladies infectieuses de l'hôpital national du Point G <u>Période d'étude</u> : Février 1997 à Octobre 2003 <u>Population</u> : patients souffrant de paludisme <u>Type</u> : étude rétrospective	Il n'y a pas eu de différence statistiquement significative entre les patients VIH+ et VIH- sur les plans de la guérison, les signes cliniques, la létalité ou les complications. Les résultats cliniques et biologiques montrent qu'il n'existe aucune différence statistiquement significative entre les patients souffrant de paludisme qu'ils soient VIH séropositifs ou séronégatifs.
BAGAYOKO W. M. [79] Thèse de pharmacie	Etablir la relation entre le profil génétique du <i>Plasmodium falciparum</i> et la sévérité du paludisme.	<u>Lieu</u> : Centre hospitalier Mère-Enfant : le « Luxembourg » <u>Période d'étude</u> : Octobre 2000- Septembre 2001 <u>Population</u> : Patients en consultation et les enfants de la famille du malade. <u>Type</u> : étude longitudinale prospective comparative	Toutes les souches décrites de <i>Plasmodium falciparum</i> ont été retrouvées (K1, MAD20, RO33, et l'hybride MAD20-RO33). La souche RO33 est beaucoup plus impliquée dans les infections graves de P. falciparum. La souche MAD20 est plus impliquée dans la survenue de l'hypoglycémie. La souche K1, elle est associée à l'anémie. La variation de la masse allotypique de RO33 dans les différents types d'infections nous fait dire que c'est le parasite le plus en cause

			des manifestations cérébrales.
ANNEE DE SOUTENANCE 2005			
DJEUMEN N. M. A. [80] Thèse de médecine	Etudier la problématique liée au diagnostic du paludisme et de la fièvre typhoïde dans les CSCOM.	<u>Lieu</u> : CSCOM de Medina-Coura <u>Période d'étude</u> : Janvier à Juin 2004 <u>Population</u> : Patients symptomatique du paludisme et de la fièvre typhoïde <u>Type</u> : étude transversale prospective descriptive	33,9% des patients atteints de paludisme présentent aussi un gargouillement de la FID (probable fièvre typhoïde). La fréquence de la splénomégalie était élevée chez les patients atteints de fièvre typhoïde (61%). Les deux pathologies semblent avoir une incidence élevée chez les enfants d'âge scolaire et les adultes jeunes. Les signes les plus fréquents par ordre décroissant sont : – <u>Pour le paludisme</u> : la fièvre, les céphalées, les frissons, les vomissements, la splénomégalie. – <u>Pour la Fièvre typhoïde</u> : la fièvre, les céphalées, le gargouillement de la FID, la dissociation pouls/ température.
ANNEE DE SOUTENANCE 2006			
SISSOKO C.H. [81] Thèse de médecine	Etudier l'incidence du paludisme grave et compliqué.	<u>Lieu</u> : unité de réanimation de l'Hôpital Gabriel Touré <u>Période d'étude</u> : Janvier à Décembre 2003 <u>Population</u> : chez l'adulte. <u>Type</u> : étude	La majorité de nos patients avait un âge supérieur à 35 ans, soit 51% avec un sexe ratio de 1,425 en faveur du sexe masculin l'atteinte neurologique : Coma et convulsion a été prédominante avec respectivement avec 40% et 13% des cas. Le taux de mortalité était de 40%(18/45).

		rétrospective	
BATHILY T. [82] Thèse de médecine	Evaluer la relation entre le portage de l'HbS et le paludisme grave et Complicqué	<u>Lieu</u> : CSREF de Kangaba, et case de santé de Kéla <u>Période d'étude</u> : Juin 2001 à Janvier 2005 <u>Population</u> : âgés de 3 mois à 5 ans <u>Type</u> : prospective cas- témoins non appariés	<p>Le signe clinique de paludisme grave le plus fréquemment observés a été les convulsions (52,7%). La prévalence de l'hémoglobine S dans la population était de 9,7%.</p> <p>Le portage du gène S à l'état hétérozygote AS était associé à une réduction significative du risque de paludisme grave et compliqué [$\chi^2=4,97$, $p=0,02$, $OR=0,45$ ($0,22<IC<0,92$)]. La prévalence des sujets homozygotes SS était plus faible que celle attendue. Nous n'avons pas trouvé de cas de paludisme grave chez les sujets homozygotes SS ou hétérozygotes SC.</p>
DJOUFACK F.J.P. [83] Thèse de médecine	Evaluer le poids du paludisme durant la grossesse	<u>Lieu</u> : CSREF Commune VI du District de Bamako <u>Période d'étude</u> : d'octobre 2004 à février 2005. <u>Population</u> : parturientes <u>Type</u> : étude prospective et longitudinale	<p>L'indice plasmodique était estimé à 22,22%,</p> <p>La prévalence des petits poids de naissance était de 9,09%</p> <p>Chloroquino-prophylaxie était encore largement utilisée (90,4%).</p>

SALL H.A. [84] Thèse de médecine	Etudier l'incidence et les modalités de prise en charge du paludisme grave et compliqué	<p><u>Lieu</u> : le service de pédiatrie du CHU-Gabriel Touré.</p> <p><u>Période d'étude</u> : janvier 2004 à Décembre 2004.</p> <p><u>Population</u> : les enfants de 6 mois à 14 ans.</p> <p><u>Type</u> : étude rétrospective</p>	<p>Une prédominance des enfants de moins de 5 ans a été notée (63,4%).</p> <p>L'incidence du paludisme grave et compliqué a été de 9,14%.</p> <p>Le phénotype neurologique a été la plus fréquente (57,9%).</p> <p>Une létalité hospitalière de 14,6% a été observée. Le phénotype clinique mixte a été le plus létale (21,4%). Le coma (32,2%) et la détresse respiratoire (30,6%) ont été les principales causes associées au décès.</p> <p>3,9% des enfants survécus ont développés des séquelles neurologiques.</p> <p>La quinine et les dérivés de l'artémisinine utilisés donnent des bons résultats (85,6% de guérison).</p>
DIARRA J. P. [85] Thèse de médecine	Etudier cliniquement la mortalité et la morbidité liées au paludisme chez les enfants de 0 à 15 ans	<p><u>Lieu</u> : le service de pédiatrie de l'hôpital régional Nianankoro FOMBA –Ségou</p> <p><u>Période d'étude</u> : Juin à Décembre 2005</p> <p><u>Population</u> : Enfants de 0 à 15 ans</p> <p><u>Type</u> : étude transversale prospective.</p>	<p>Les enfants de 0 à 5 ans étaient les plus touchés (77,96%)</p> <p>Le paludisme était le premier motif de consultation (38,26%) et d'hospitalisation (70%), le paludisme grave et compliqué était la première étiologie des urgences pédiatriques (70,5%)</p> <p>Le Plasmodium falciparum était la seule espèce retrouvée. Les états cliniques les plus représentés dans les formes simples étaient : Fièvre</p>

			<p>(100,00%), hépato splénomégalie (68,42%), céphalées (54,77%), vomissements (47,70%) et diarrhée (17,11%) ; Dans les formes graves et compliquées : Fièvre (99,45%), adynamie (79,05), convulsions (57,92%), céphalées (32,24%).</p> <p>Selon le devenir, on a enregistré 89,54% de guérison, 8,73% de décès, 1,64% de Séquelles. Le coma avec hypoglycémie est la première cause de décès (42,57%).</p>
ANNEE DE SOUTENANCE 2007			
<p>KANOUTE B. [86]</p> <p>Thèse de médecine.</p> <p>.</p>	<p>évaluer l'impact du paludisme chez les femmes enceintes en consultation prénatale et à l'accouchement</p>	<p><u>Lieu</u> : CSCOM de Banconi.</p> <p><u>Période d'étude</u> : Décembre 2004 à mars 2005</p> <p><u>Population</u> : gestantes et parturientes.</p> <p><u>Type</u> : étude transversale descriptive et analytique</p>	<p><u>En CPN</u> : Prévalence de l'anémie est de 44,5%, l'indice plasmodique à 8,7% Parasitémie périphérique 13,3%</p> <p><u>En salle d'accouchement</u> : IP est de 2,5%. La prévalence d'infection placentaire est de 2%. La prévalence des FPN est de 22,4%. La prévalence de prématurité est de 34,4%</p> <p>L'anémie, la prématurité, le faible poids à la naissance sont les conséquences palustres prédominantes. La prévalence des FPN est liée à la prématurité.</p>

GUINDO N. [87] Thèse de pharmacie.	Evaluer l'impact du paludisme chez les femmes enceintes dans les zones de faible transmission du Mali.	<u>Lieu</u> : Tombouctou, Nianfunké. <u>Période d'étude</u> : décembre 2004 à mars 2005. <u>Population</u> : 207 femmes enceintes et parturientes. <u>Type</u> : étude prospective	– Taux d'infection maternelle : 9,1%. – Taux d'infection placentaire : 10,3%. – Taux de FPN : 14,1% – Prévalence d'anémie chez les femmes enceintes : 34,8% – Taux de Prématurité : 8,5%. Les femmes utilisaient les MI dans 43% des cas en CPN et 48,8% en unité d'accouchement
DEMBELE H. [88] Thèse de médecine.	Etudier le paludisme au cours de la gravidité-puerpéralité.	<u>Lieu</u> : CSREF de la commune V. <u>Période d'étude</u> : 2000 à 2005. <u>Population</u> : 7010 femmes enceintes. <u>Type</u> : étude rétrospective descriptive et transversale	Paludisme : 5,03% L'infection prédominait en saison pluvieuse (55,0 % des cas) Les primipares étaient les plus infectées (47,3 % des cas) 50,7 % des femmes avaient une charge parasitaire moyenne, Anémie : 46,15%. Fièvre : 86,7%. Ouverture du col : 64,0%. MAP : 17,6%. Avortement : 5,9%. Décès : 1,1%.
ANNEE DE SOUTENANCE 2008			
DICKO M.I. [89] Thèse de médecine	Améliorer la prise en charge du paludisme grave dans le service de pédiatrie de l'hôpital de	<u>Lieu</u> : Service de pédiatrie de l'hôpital de Sikasso. <u>Période d'étude</u> : Aout 2005 – Décembre 2006 <u>Population</u> : patients	Les taux de létalité étaient de 8,2% en 2003, 17,5% en 2004 et 16,8% en 2005. L'anémie sévère et l'hypoglycémie ont été les facteurs majeurs de risque de létalité au cours de ces années. Le fait de venir de la ville ou de la

	Sikasso.	suspectes pour paludisme grave. <u>Type</u> : étude rétrospective, étude cas-témoins et étude expérimentale.	périphérie, d'avoir été référé ou même d'user de la médecine traditionnelle ne constitue pas un facteur de mauvais pronostic. 85% des décès sont survenues dans les premiers 24heures. L'administration du sucre en sublingual tend à sortir les patients du coma plus rapidement que la perfusion.
KODIO N. [90] Thèse de médecine	Etudier l'incidence du paludisme grave et compliqué.	<u>Lieu</u> : CSCOM de Sangha <u>Période d'étude</u> : juin 2006 à février 2007. <u>Population</u> : les femmes enceintes et leurs nouveau-nés <u>Type</u> : étude transversale	une prévalence de l'anémie est de 69,7%. L'indice plasmodique était de 19,4%. La parasitémie périphérique était plus fréquemment retrouvée chez les primigestes et les secondigestes (33,3%) $p < 0,001$. Elle était liée à la chimio prévention ($p < 0,001$). A l'accouchement nous avons obtenu un indice plasmodique de 11,4%. Le taux d'infection placentaire était de 10,5% et associé à la parasitémie périphérique. La prévalence du FPN était de 17,4%. Le faible poids était lié à la gestité ($P = 0,002$). La prévalence de la prématurité était de 3%. Elle était associée au faible poids de naissance ($P = 0,001$).
TRAORE A. [91] Thèse de	Etudier le couple paludisme et	<u>Lieu</u> : CSREF de la commune I du district Bamako	nous avons trouvé une morbidité de 13% et une mortalité de 0,5%. L'anémie était l'incident le plus

médecine	grossesse	<p><u>Période d'étude</u> : de janvier à décembre 2006.</p> <p><u>Population</u> : femmes enceintes</p> <p><u>Type</u> : étude longitudinale descriptive</p>	fréquent avec 12,5% dans la population d'étude et 58,3% par rapport à la population cible. La chloroquino-prophylaxie a permis de négativer l'examen parasitologie du sang et du placenta de nos patientes et de ramener la prévalence de l'anémie gestationnelle de 58,3% à 33,3%.
KOLOGA M. [92] Thèse de médecine	Etudier les aspects épidémiologiques et cliniques du paludisme grave	<p><u>Lieu</u> : service d'anesthésie réanimation du CHU Gabriel Touré</p> <p><u>Période d'étude</u> : de Juin 2006 à Mai 2007.</p> <p><u>Population</u> : Patients symptomatiques du Paludisme grave</p> <p><u>Type</u> : étude transversale prospective</p>	<p>La fréquence du paludisme grave est de 8,2% avec un sexe ratio était de 1,57 en faveur des femmes</p> <p>Le coma associé à une hyperthermie a été le tableau clinique le plus observé (46%)</p> <p>L'évolution a été favorable dans la plupart des cas. Cependant 33% de décès furent constatés.</p>
TCHIEGUE T.T. [93] Thèse de médecine	Etudier le paludisme au 1 ^{er} trimestre de la grossesse	<p><u>Lieu</u> : CSREF de la Commune II</p> <p><u>Période d'étude</u> : août 2006 à Juillet 2007</p> <p><u>Population</u> : femmes enceintes</p> <p><u>Type</u> : étude prospective, descriptive et</p>	La prévalence de l'infection palustre est de 23,7%. Les moins de 30 ans ont totalisé 89,6% des cas. la charge parasitaire très élevées prédomine chez les 15 à 19 ans (40%). 68,7% n'utilisaient pas les MII. Une charge parasitaire très élevée a été retrouvé chez 24% d'entre celles

		transversale	<p>qui n'utilisaient pas cette technique contre 12,5% chez celles qui en utilisaient tous les jours.</p> <p>L'infection a prédominé en saison post hivernale (37,3%)</p> <p>Les primigestes étaient les plus infectées, elles ont représenté 71,6%</p> <p>Le signe clinique le plus fréquent a été la fièvre, présente chez 41,8%</p> <p>Les frissons ont été présents</p> <p>L'anémie a été retrouvée chez 56,7% des gestantes parasitées</p>
KOITA M. [94] Thèse de médecine	Evaluer la morbidité et la mortalité du paludisme grave	<p><u>Lieu</u> : le service de réanimation du CHU du Point G</p> <p><u>Période d'étude</u> : 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2007</p> <p><u>Population</u> : les cas de paludisme grave hospitalisés en réanimation.</p> <p><u>Type</u> : longitudinale prospective</p>	<p>La fréquence globale du paludisme grave est de 4,6%. le taux de mortalité de 35%. L'âge moyen était de 35,2±22,6 ans. Le sexe masculin a été prédominant avec un sex ratio de 1,1. Les troubles de la conscience prédominaient le tableau clinique. (56,5%). 35% avaient un score de Glasgow inférieur ou égal à 9. La détresse respiratoire était présente chez 21,7% des patients.</p> <p>L'automédication a été le premier recours en cas de paludisme.</p>
DEMBELE B. [95]	Etudier la place du paludisme	<u>Lieu</u> : centre de santé de référence de	La tranche d'âge de 14-19ans était la plus représentée, soit

Thèse de médecine	dans les menaces et accouchements prématurés.	<p>Koutiala</p> <p><u>Période d'étude</u> : 1er janvier 2007 au 31 décembre 2007.</p> <p><u>Population</u> : femmes enceintes</p> <p><u>Type</u> : étude prospective et descriptive</p>	<p>71,11%. 42,3% des parturientes avaient une température comprise entre 38°6 C-39°5 C. fréquence du paludisme dans les accouchements prématurés est de 58,44%. la rupture prématurée des membranes, la métrorragie, petit poids de naissance et l'anémie ont représentés successivement 20%, 8,9%, 42,2% et 44,44%.</p> <p>Le taux de mortalité s'élève à 51,06%. 46,7% des parturientes de notre étude n'ont fait aucune CPN.</p>
<p>NYANGUI B. [96]</p> <p>Thèse de pharmacie</p>	Etudier la prévalence du paludisme.	<p><u>Lieu</u> : le service de néphrologie et d'hémodialyse de l'HPG</p> <p><u>Période d'étude</u> : janvier 2007 à décembre 2007.</p> <p><u>Population</u> : Les insuffisants rénaux chroniques.</p> <p><u>Type</u> : étude rétro prospective transversale</p>	<p>La prévalence du paludisme au cours de l'année 2007 était de 32,7%. Chez les sujets urémiques, l'asthénie et la pâleur conjonctivale étaient les signes cliniques les plus fréquents. La thrombopénie était plus marquée chez les patients GE+</p> <p>L'hyperphosphorémie et l'hypocalcémie, fréquentes au cours de l'IRC ne sont pas majorés au cours de l'infection palustre. La charge parasitaire n'était pas élevée chez les insuffisants rénaux chroniques présentant le paludisme. Le Quinimax était l'antipaludique de choix et la voie parentérale était la plus utilisée. L'évolution</p>

			était généralement favorable mais nous avons noté 6 décès.
ANNEE DE SOUTENANCE 2009			
BANE A. M. [97] Thèse de Médecine	Etudier les manifestations cliniques et épidémiologiques du paludisme au cours de l'infection à VIH/SIDA.	<u>Lieu</u> : Service de dermatovénérologie et de Médecine de l'HFD à Kayes. <u>Période d'étude</u> : Juillet 2006 à février 2007. <u>Population</u> : patients avec accès palustre <u>Type</u> : étude prospective descriptive	L'expression clinique du paludisme était plus prononcée chez les séropositifs au VIH. L'incidence du paludisme grave était plus importante chez les patients profondément immunodéprimés. La fréquence du paludisme était moindre chez les patients sous ARV.
DEMBELE M.Z. [98] Thèse en Pharmacie	Evaluer la Co-infection avec le paludisme chez les enfants souffrant de "Suspensions d'Infections Bactériennes Invasives".	<u>Lieu</u> : laboratoire d'analyses médicales du CHU Gabriel TOURE <u>Période d'étude</u> : juin 2007 à mai 2008. <u>Population</u> : les enfants âgés de 0 à 15 ans traités au service de pédiatrie de l'HGT <u>Type</u> : étude rétrospective	La tranche d'âge des enfants de 0 à 6 mois est la plus touchée soit 26.00%. Les principaux pathogènes impliqués ont été : – <i>Haemophilus influenzae</i> type b (Hib) 2 cas soit 1,00%, – <i>Streptococcus pneumoniae</i> 4 cas soit 1,90%, – <i>Shigella spp</i> 1 cas soit 0,50% et – <i>Salmonella spp</i> 3 cas soit 1,40% qui est responsables de Co-infections. Ils constituent des facteurs de risques importants aggravant un état palustre.
DOUMBIA M.S. [99]	Etudier l'impact de	<u>Lieu</u> : La ville de Kangaba et le village	La fréquence du portage de l'alpha-thalassémie était de

Thèse en Médecine	l'alpha-thalassémie sur le paludisme chez les enfants de 0 à 5ans.	de Kéla. <u>Période d'étude</u> : Juin 2005– Décembre 2007 <u>Population</u> : Enfants de moins de 5ans <u>Type</u> : étude cas-témoins	36,1% dans la population. Ce portage ne conférait aucune protection contre les formes graves ou compliquées de paludisme à <i>P. falciparum</i> . La fréquence de l'anémie était de 68%. Ce taux est beaucoup plus élevé chez les sujets homozygotes et hétérozygotes pour l'alpha-thalassémie comparé aux sujets normaux. Cette différence n'était pas statistiquement significative ($p=0,06$ et $0,13$). Le portage de l'alpha-thalassémie n'était pas associé à la survenue de l'anémie au cours de l'infection palustre à <i>P. falciparum</i> .
ANNEE DE SOUTENANCE 2010			
TRAORE S.S. [100] Thèse de médecine.	Etudier l'incidence et les modalités de prise en charge du paludisme grave	<u>Lieu</u> : l'unité médecine du CSREF de Bougouni <u>Période d'étude</u> : Août 2008 au janvier 2009 <u>Population</u> : enfants de 6 mois à 14 ans <u>Type</u> : étude prospective	La tranche d'âge de 6 mois à 59 mois était la plus touchée (79,6%). L'incidence du paludisme grave et compliqué était de 46,6%. Le phénotype neurologique a été plus fréquent (57,9%). La létalité hospitalière est de 10,4%. La détresse respiratoire (32,1%) et le coma fébrile (28,6%) ont été les principales causes associées au décès. La quinine a été le médicament le plus utilisé
SANOGO F. [101]	Etudier l'ampleur du	<u>Lieu</u> : Missira. <u>Période d'étude</u> : Mars	Il n'existe pas une relation entre anémie et infection palustre chez

Thèse de médecine.	paludisme gestationnel à Missira et de ses conséquences.	2004 <u>Population</u> : Femmes en âge de procréer. <u>Type</u> : étude prospective transversale	les femmes du village. 18,18% représente la prévalence globale du paludisme chez les femmes ; le taux d'anémie est de 31,9%. L'anémie est plus fréquente dans les six derniers mois de la grossesse. Les primigestes et les secondés étaient les plus affectées par le paludisme.
DIARRA E.D. [102] Thèse de médecine.	Déterminer les facteurs cliniques et biologiques liés au décès au cours du paludisme grave et compliqué et évaluer le coût du traitement du paludisme grave	<u>Lieu</u> : Service de pédiatrie du CHU Gabriel Touré. <u>Période d'étude</u> : Novembre 2006 à Février 2007 <u>Population</u> : enfants de 3 mois à 14 ans <u>Type</u> : étude prospective de cohorte.	L'échantillon était dominé par les enfants de moins de 5 ans (70,3%), le phénotype anémique (48,7%) et l'état de coma profond à l'admission (51,3%). La létalité hospitalière était de 17%. 72,5% des décès ont été observés dans les 24 premières heures Le risque de décéder était 4 fois plus élevé en cas de neuropaludisme comparé à l'anémie sévère. L'âge >60 mois a été le principal facteur du risque de décès. Le coût moyen du traitement a été 15000FCFA.
AMBASSOM Y.T. [103] Thèse de pharmacie.	Etudier la fréquence des co-infections paludisme/infections bactériennes invasives en milieu pédiatrique.	<u>Lieu</u> : Le service de pédiatrie et le laboratoire de l'Hôpital Gabriel TOURE <u>Période d'étude</u> : juin 2007 – décembre 2008 <u>Population</u> : Sujets de	Ont été retrouvés 25 cas de co-infections, 607 cas de gouttes épaisses positives et 648 flacons positifs avec 656 germes pathogènes. les plus touchés sont les enfants de moins de 5 ans. Les principaux agents pathogènes impliqués dans les co-infections sont :

		moins de 16 ans <u>Type</u> : rétro- prospective	<i>Streptococcus pneumoniae</i> 9 cas soit 36% et <i>Salmonella</i> spp 9 cas soit 36%.
BERTHE S. [104] Thèse de pharmacie	Etudier la place du paludisme dans la survenue de l'anémie dans une zone d'endémie palustre.	<u>Lieu</u> : CSREF de Bougouni <u>Période d'étude</u> : Mars – Octobre 2009 <u>Population</u> : enfants âgés de 0 à 5ans <u>Type</u> : étude transversale prospective	La tranche d'Age des moins de 2ans était la plus touchée par le paludisme (74,9%) et 41,7% présentait un paludisme grave et compliqué contre 58,3% de paludisme simple. Chez les enfants souffrant de paludisme, l'anémie concernait 85,3% des cas était associée à la coloration pâle des conjonctives. la mortalité spécifique au paludisme chez les enfants a été de 11,7%
KONE T.Z. [105] Thèse de pharmacie	Etudier le paludisme transfusionnel chez l'insuffisant rénal chronique	<u>Lieu</u> : Service de néphrologie et d'hémodialyse du CHU Point G <u>Période d'étude</u> : Janvier – Décembre 2009 <u>Population</u> : Insuffisant rénaux chronique et malade du paludisme. <u>Type</u> : étude prospective longitudinale	Les principaux signes cliniques sont les vomissements et la pâleur conjonctivale. Les céphalées ne constituaient pas un critère diagnostic en raison de l'HTA fréquente. L'hyperphosphorémie, l'hypocalcémie n'étaient pas plus prononcés chez les paludéens. Par contre l'hypercalcémie était plus marquée chez eux. La prévalence du paludisme post transfusionnel était de 16,4%. Le Quinimax était l'antipaludique de choix.
ANNEE DE SOUTENANCE 2011			
OMBOTIMBE A. [106]	Etudier les séquelles du	<u>Lieu</u> : Service de pédiatrie du CHU	La fréquence des séquelles du neuropaludisme est de 6,97%.

Thèse de médecine	neuropaludisme chez les enfants de 0-15ans	<p>Gabriel Touré de Bamako</p> <p><u>Période d'étude :</u> Février 2009 à Janvier 2010</p> <p><u>Population :</u> enfants âgés de 0 à 15ans hospitalisés pour neuropaludisme</p> <p><u>Type :</u> étude transversale</p>	<p>L'hypotonie axiale est la plus fréquente (60/92 cas).</p> <p>Les séquelles mineures sont plus observées que les séquelles majeures (59/92 contre 33/92cas). La récupération de l'état neurologique était meilleure à moyen terme (73,91%).</p>
<p>ALKASSANE A.I. [107]</p> <p>Thèse de médecine</p>	Etudier les co-infections paludisme et infections bactériennes invasives.	<p><u>Lieu :</u> Service de pédiatrie du CHU</p> <p>Gabriel Touré de Bamako</p> <p><u>Période d'étude :</u> janvier 2007 à décembre 2008</p> <p><u>Population :</u> enfant âgé de 0 à 15 ans</p> <p><u>Type :</u> étude transversal prospective</p>	<p>Tranche des moins de 5 ans était la plus affectée. Les germes pathogènes significativement impliqués dans cette co-infection sont: <i>Streptococcus pneumoniae</i>, <i>Salmonella non typhi</i> et <i>Haemophilus influenzae type b</i>.</p> <p>Le taux de guérison est de 70,3% et le taux de décès de 23,5%.</p>
<p>COULIBALY Y.T. [108]</p> <p>Thèse de médecine</p>	Etudier la place du paludisme dans la menace d'accouchement s prématurés.	<p><u>Lieu :</u> Centre de Santé de Référence de la Commune V</p> <p><u>Période d'étude :</u> janvier à juin 2010</p> <p><u>Population :</u> parturientes ayant accouché en prématurité</p> <p><u>Type :</u> étude</p>	<p>La fréquence du paludisme au cours des accouchements prématurés est de 26,84%. Les complications du paludisme sur grossesse sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> -La RPM (37%) -L'anémie (25%) -L'hémorragie du post-partum (30%). <p>Le taux de décès maternel s'élève</p>

		transversal prospective	à 1%. la quinine injectable ou comprimé est le médicament majoritaire administré. L'inhibiteur calcique associé à la corticothérapie était utilisé dans les cas de MAP.
ANNEE DE SOUTENANCE 2012			
TRAORE B.M. [109] Thèse de médecine	Etudier la morbidité et la mortalité hospitalières du paludisme grave	<u>Lieu</u> : Service de pédiatrie du CHU Gabriel Toure <u>Période d'étude</u> : Janvier 2006 à décembre 2010 <u>Population</u> : enfants âgés de 3 mois à 15 ans <u>Type</u> : étude retro prospective	La tranche d'âge des enfants de moins de 5 ans était la plus touchée (47,7%) Le neuropaludisme a été le phénotype le plus fréquent (58,9%). La fréquence du paludisme grave et compliqué a été de 15%, La convulsion fébrile a été le motif de consultation le plus fréquemment rencontré (52,55%). La létalité hospitalière a été de 16,8%.

1.3. Etudes traitant du domaine CAP du paludisme.

Tableau 5. Synthèse des résultats de thèses portant sur les questions CAP du paludisme.

Auteurs	Objectifs	Méthodologie	Résultats
ANNEE DE SOUTENANCE 2003			
KONE A. [110] Thèse de médecine	Evaluer les connaissances, attitudes et pratiques du personnel sanitaire et des parents des enfants de moins de 5 ans sur la prise en charge des cas de paludisme présumé simple.	<u>Lieu</u> : les centres de santé du District de Bamako. <u>Période d'étude</u> : juin à novembre 2001. <u>Population</u> : enfants de moins de 5 ans, Parents, personnel de santé <u>Type</u> : étude prospective	Les parents connaissaient la fièvre et le vomissement comme des signes du paludisme dans plus de 70%. Les parents faisaient recours au personnel sanitaire dans plus de 60% des cas. 87% des parents pratiquaient la chimio-prophylaxie à la chloroquine. Plus de 40% des parents savait que l'anophèle, seule était la cause du paludisme. Le diagnostic était clinique (52,6%), clinique et biologique (47,4%). La chloroquine était le médicament première intention dans 63,2%
ANNEE DE SOUTENANCE 2004			
DIABATE K. [111] Thèse de médecine	Déterminer la fréquence du neuropaludisme et les modalités de prise en charge.	<u>Lieu</u> : Service de réanimation de l'hôpital du point-G <u>Période d'étude</u> : janvier à Décembre 2003 <u>Population</u> : enfants de moins de 5 ans. <u>Type</u> : étude prospective.	La fréquence du neuropaludisme est de 61.5% L'état de coma était le signe le plus fréquent (92.3%), suivi des convulsions (38.5%). 93% des patients ont reçu un traitement antipyrétique. 43% des cas de convulsion ont reçu un anticonvulsivant en IV. Le Piracetam ou la citocoline a été utilisé chez 74% des patients. la corticothérapie a été faite chez 68,1% des patients. 93.4% des patients ont bénéficié d'une

			antibiothérapie. Le taux de décès est de 18.7%, l'optimal IT a un intérêt dans le diagnostic associé à la GE et frottis mince.
MAIGA S. [112] Thèse de médecine	Etudier le comportement des populations face au paludisme simple, et grave	<u>Lieu</u> : l'aire de santé de Kendié <u>Période d'étude</u> : Juillet 2002 à Février 2003. <u>Population</u> : sujets âgés de 0 à 16 ans <u>Type</u> : étude rétrospective.	<p>Le « Corps chaud » a été le principal symptôme évoqué au cours des deux types de paludisme (98,5%). Le principal recours thérapeutique a été l'automédication (86,07% au cours du paludisme simple et 57,26% au cours du paludisme grave).</p> <p>Au cours du paludisme grave les populations font trois fois plus recours à la médecine traditionnelle (30,76%) qu'à la médecine moderne (11,11%).</p> <p>Au cours du paludisme grave les moustiques ne sont incriminés que dans 2,40% des cas. 34,16% de population utilise de façon régulière les moustiquaires. Dans 98,96% des cas, les populations ignoraient l'existence des supports imprégnés.</p>
DIARRA O.B. [113] Thèse de médecine	Evaluer les connaissances, attitudes et pratiques des mères sur la prise en charge à domicile des	<u>Lieu</u> : commune de Baya dans la zone sanitaire de Sélingué. <u>Période d'étude</u> : Février 1997 à Octobre 2000. <u>Population</u> : Les mères	<p>La prise en charge du paludisme simple se fait dans 51,25% des cas à domicile. 35% des cas ont reçu un traitement moderne dont le médicament le plus utilisé est la chloroquine. 56% ont appliqué un traitement traditionnel. 57% des</p>

	cas de paludisme simple	d'enfants de 6 mois 59 mois, mères. <u>Type</u> : étude transversale	mères s'approvisionnent au niveau des structures formelles de vente de médicaments. 51% des mères fréquentent les centres qui sont proches de leurs habitations. Les difficultés financières sont la principale raison de non fréquentation des centres de santé (35,75%).
SANGARE D. [114] Thèse de pharmacie	Evaluer la prise en charge des malades atteints de paludisme par les thérapeutes traditionnels.	<u>Lieu</u> : aires de santé de Kendié <u>Période d'étude</u> : janvier-février 2003. <u>Population</u> : les thérapeutes traditionnels. <u>Type</u> : étude retro-prospective	Le diagnostic du paludisme se fait essentiellement sur observation de symptômes. Pour le paludisme simple, les symptômes recherchés sont la fièvre, les maux de tête et les vomissements. Par contre les convulsions sont le principal symptôme recherché pour le paludisme grave. Les composés chimiques les plus fréquemment usités dans nos échantillons ont été les saponosides, les coumarines, les hétérosides cardiotoniques et les tanins. Sur les 58 extraits testés sur le <i>Plasmodium falciparum</i> avec la chloroquine comme témoin, seulement un seul n'a pas montré d'activité à 20µg/ml. Les extraits organiques ont donné une activité plus élevée. <i>Argémone mexicana</i> a été la plante la plus active avec une concentration inhibitrice 50% de 1µg/ml pour l'extrait

			méthanolique et 1.22 pour l'extrait dichlorométhane.
ANNEE DE SOUTENANCE 2005			
DAFFE S. [115] Thèse de médecine	Etudier le comportement des populations face au paludisme.	<p><u>Lieu</u> : Aire de santé de Finkolo.</p> <p><u>Période d'étude</u> : Janvier à février 2003.</p> <p><u>Population</u> : enfants âgés de 0 à 16 ans, mères.</p> <p><u>Type</u> : étude rétrospective</p>	<p>L'automédication a été le principal recours thérapeutique (77,40 au cours du paludisme simple et 46,20% au cours du paludisme grave) .En cas de paludisme grave les populations font en première intention plus recours au tradi-praticien (15,80%). Le centre était sollicité dans 15,1% des cas dans le traitement de première intention et dans la moitié des cas comme traitement de seconde intention. Seulement 9,56% incriminent les moustiques comme vecteur au cours du paludisme grave. 17,34% des patients utilisaient de façon régulière les moustiquaires.</p>
KONE I. A. [116] Thèse de médecine	Evaluer les niveaux actuels et l'évolution des indicateurs de base dans la lutte contre le paludisme.	<p><u>Lieu</u> : structures sanitaires du district de Bamako</p> <p><u>Période d'étude</u> : Janvier 1998 – Décembre 2002</p> <p><u>Population</u> : Personnel de santé, femmes enceintes et les enfants de moins de 5ans</p> <p><u>Type</u> : étude</p>	<p>27,4% des enfants avaient été correctement pris en charge. Les fièvres palustres ont représenté 75,8% des maladies des enfants de moins de 5ans de la communauté. 60,9% des ménages disposaient de moustiquaires. Le taux d'imprégnation des moustiquaires était de 33%. 12,8% des enfants ont dormi sous moustiquaire la veille de l'enquête. Le taux de mortalité spécifique chez les</p>

		transversale rétrospective	moins de 5ans est de 37% dont 15% attribuable au paludisme.
KANTE N. [117] Thèse de médecine	Etudier le paludisme grave et compliqué.	<u>Lieu</u> : CSCOM de N'Tomikorobougou <u>Période d'étude</u> : Juin - Novembre 2004. <u>Population</u> : les adultes. <u>Type</u> : étude prospective	La tranche d'âge de 18 à 40 ans était la plus touchées avec 83.33%. Le sexe ratio de 1.45 en faveur du sexe féminin. 80.45% de nos patients utilisaient la MI.
ANNEE DE SOUTENANCE 2006			
RASSOUL M.O.E. [118] Thèse de médecine	Evaluer la qualité de la prise en charge du paludisme grave.	<u>Lieu</u> : Services de Médecine et de Pédiatrie de L'hôpital régional de Kaédi Mauritanie <u>Période d'étude</u> : mars à juin 2003. <u>Population</u> : patients hospitalisés pour paludisme <u>Type</u> : étude rétrospective descriptive et comparative	La confirmation du diagnostic par le frottis demeure faible bien qu'elle a été plus fréquente des techniques de diagnostic. La température a été prise dans 50,5 % des cas en 2000 contre 63 % en 2002. Le poids n'est contrôlé qu'en pédiatrie (96,5 % en 2000 contre 82 % en 2002). Le traitement fait appel à la quinine injectable (97 % des cas en 2000 et 100 % en 2002) mais les doses sont inadéquates. La durée du traitement par la quinine est inférieure à 5 jours dans 85 % des cas en 2000 et 70 % en 2002. 14 % en 2000 et 11 % en 2002 ont reçu la chloroquine en relais. Les antipyrétiques, les antiémétiques et les antibiotiques sont les médicaments les plus

			fréquemment associés.
TRAORE B.O. [119] Thèse de médecine	Evaluer l'acceptabilité de la voie d'administration intra rectale du Quinimax® dans la prise en charge du paludisme grave.	<p><u>Lieu</u> : 6 CSCOM du cercle de Mopti, hôpital régional de Mopti et CSREF de Sévaré.</p> <p><u>Période d'étude</u> : août 2003 à janvier 2004.</p> <p><u>Population</u> : Enfant de poids compris entre 5 et 25 kg.</p> <p><u>Type</u> : étude d'intervention clinique.</p>	<p>Chez les parents 8,2% avaient réagi suite à la 1^{ère} dose. Ceci majoritairement par l'étonnement. 1 seul parent a réagi à la 2^{ème} administration. Aucun enfant n'avait présenté de complications locales. L'évènement indésirable (EI) le plus fréquent est l'émission de selles molles. Ce dernier est passé de 75,7% des cas après la 1^{ère} dose à 44,7% des cas à la 2^{ème} dose. Les selles sont redevenues normales dans les 12-24 heures après une seconde administration. La proportion de rejet précoce à la 2^{ème} dose avait doublé mais dans tous les cas, l'enfant et sa famille ont accepté le ré administration. La proportion de patient souffrant de coma avant QIR (54,6%) au CSCOM a baissée après la 1^{ère} dose (20,8%).</p>
MOUSSA C. [120] Thèse de médecine	Etudier la prise en charge du paludisme par les agents de santé.	<p><u>Lieu</u> : CSCOM de l'ASACOLA I.</p> <p><u>Période d'étude</u> : juin à Août 2005</p> <p><u>Population</u> : Agents de santé.</p> <p><u>Type</u> : étude prospective transversale descriptive</p>	<p>La fréquence des examens biologiques était faible (33,5 %). La goutte épaisse a été l'examen le plus demandé (78,1 % des examens demandés). Les prescriptions fréquentes sont la quinine injectable + SP (en relais) et la SP seule avec respectivement 41,7% et 32,5% des cas.</p>

SAMAKE O. [121] Thèse de pharmacie	Evaluer l'impact de la chimio prévention anti-paludéenne à travers une intervention de santé publique et la disponibilité des médicaments antipaludiques pendant l'intervention.	<u>Lieu</u> : CSCOM et le CSREF du Cercle de Baraouéli <u>Période d'étude</u> : Mars à Juin 2004 <u>Population</u> : Agents de santé et femmes enceintes <u>Type</u> : étude prospective transversale comparative	Le taux d'infection placentaire est élevé dans la zone (17,7%). 29% seulement des femmes ont utilisé le TPI à la SP et 43,5% ont observé la chimioprévention. Les parturientes qui pendant leur grossesse, ont utilisé la chimioprévention par la SP, étaient moins infectées que celles qui avaient fait recours à la chloroquine ($p < 3.10^{-5}$). Notre étude a aussi révélé une fréquence plus élevée de cas de fièvre pendant la grossesse ($p < 2.10^{-3}$).
TANGARA A. [122] Thèse de pharmacie	Etudier la prescription et la disponibilité des antipaludiques dans les centres de santé communautaires urbains de Kati.	<u>Lieu</u> : CSCOM et le CSREF du Cercle de Baraouéli <u>Période d'étude</u> : Octobre 2005 à Mars 2006 <u>Population</u> : Patients sous prescription d'antipaludiques <u>Type</u> : étude prospective transversale descriptive	La quinine a été l'antipaludique le plus prescrit avec 506 prescriptions soit 45,67 %. Les formes galéniques les plus utilisées étaient les injectables et les comprimés (83,66 %). Dans 928 prescriptions soit 83,75 %, les antipaludiques prescrits étaient disponibles au niveau des CSCOM.
ANNEE DE SOUTENANCE 2007			
TRAORE M. [123] Thèse de	Evaluer la prise en charge de la femme enceinte	<u>Lieu</u> : CSREF de Bougouni. <u>Période d'étude</u> :	La goutte épaisse était le seul examen biologique utilisé et cela dans 67,90% des cas. Les

médecine.	atteinte de paludisme.	janvier 2006 à décembre 2006 <u>Population</u> : femmes enceintes. <u>Type</u> : prospective et évaluative.	traitements curatifs prescrits par les prestataires étaient jugés adéquats par 95% cas quant au choix du médicament mais inadéquat dans 100% des cas quant à la posologie et à la durée du traitement. La Prise en charge est en majorité faite par les sages-femmes (61,70%) et les infirmières (31,92).
DIOP M. [124] Thèse de médecine.	Evaluer les différentes classes pharmacologiques usitées au sein d'une population cible de la région de Sikasso lors d'une étude de faisabilité d'une mutuelle de santé.	<u>Lieu</u> : région de Sikasso. <u>Période d'étude</u> : septembre 2005 à mars 2006 <u>Population</u> : population générale <u>Type</u> : rétrospective transversale.	80,13 % des patients avaient comme plainte principale la fièvre. Le paludisme était le diagnostic de présomption le plus retenu (37,82 % des cas). Les antipaludiques représentaient la classe pharmacologique la plus retrouvée (40,22 %). La quinine injectable était la molécule thérapeutique la plus prescrite (62,56 %). 66,8% ne savait pas ce qu'une mutuelle de santé était. 78,7 % n'excluait pas d'adhérer à une mutuelle dans l'avenir.
ANNEE DE SOUTENANCE 2008			
OUATTARA B. [125] Thèse de médecine	Etudier la prise en charge des cas de paludisme forme neurologique.	<u>Lieu</u> : Service de pédiatrie à l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou. <u>Période d'étude</u> : Janvier à Décembre 2006.	<ul style="list-style-type: none"> - 44% des hospitalisées étaient des cas de neuropaludisme. - 30,54% des participantes ont transité chez les tradi-thérapeutes - Les enfants de 0-5 ans étaient les plus touchés (77,83%) avec un sex-ratio de 1,31 à prédominance

		<p><u>Population</u> : les enfants de 0 – 15 ans.</p> <p><u>Type</u> : une étude prospective et longitudinale</p>	<p>masculine.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Les états cliniques les plus fréquents étaient les anorexies (98,77%) et les convulsions (94,09%). – parmi les formes cliniques, les formes neurologiques isolées ont été prédominantes (71,43%). – Le taux de guérison a été de 82,27%. – La mortalité globale est de 15,52% dont la plupart causée par le collapsus (31,75%). <p>La majorité des patients ont dépensé entre 5005–10000 francs CFA pour le coût de la prise en charge direct total (51,23 %) avec une moyenne de 9 000 francs CFA.</p>
<p>DIALLO M.K. [126] Thèse de médecine</p>	<p>Étudier les dynamiques communautaires et institutionnelles liées à la prévention et au contrôle du paludisme.</p>	<p><u>Lieu</u> : Les cercles de Bougouni, Kolondiéba, Yanfolila.</p> <p><u>Période d'étude</u> : 11 juillet au 2 août 2004.</p> <p><u>Population</u> : les femmes enceintes et enfants de moins de 5 ans</p> <p><u>Type</u> : étude prospective</p>	<p>La prise en charge des cas de paludisme est quasi effective dans les trois localités (supérieur à 90%). L'utilisation des services prénataux est très satisfaisante dans les trois localités (supérieur à 80%). La fréquentation des centres de santé varie de 13,8% à Bougouni à 51,7% à Yanfolila. Plus de 80% n'observe pas l'utilisation des MII dans les trois cercles.</p>

COULIBALY S. [127] Thèse de médecine	Etudier les relations entre paludisme, faible poids de naissance et la Chimio prophylaxie antipaludéenne.	<u>Lieu</u> : Cercle de Bla Ségou <u>Période d'étude</u> : Février à Juin 2004. <u>Population</u> : Les femmes parturientes et leurs nouveau-nés <u>Type</u> : étude descriptive transversale	La prévalence des FPN est de 13,02%. 34,3% des parturientes ne pratiquaient aucune méthode de prévention anti palustre. De celles utilisant la chimio-prophylaxie, 41,8% utilisaient la chloroquine. 54,09% des parturientes utilisaient les MI. 80% ont une infection placentaire. Parmi ces dernières 69,04% ont fait la fièvre.
DIARRA O. [125] Thèse de médecine	Identifier les facteurs sociaux (culturels et économiques) et environnementaux qui favorisent ou entravent la bonne intégration du TPII au PEV+ dans le cadre du contrôle du paludisme.	<u>Lieu</u> : Aire de santé de Monzombala <u>Période d'étude</u> : Novembre 2006 – Novembre 2007, <u>Population</u> : les mères et tuteurs d'enfants de moins de 2 ans ; les chefs de ménages ; les grands-parents ; les relais communautaires ; les leaders d'opinion et les agents de santé. <u>Type</u> : étude enquête descriptive et transversale	39,5% des mères ne connaissent rien sur les maladies prioritaires aux quelles l'enfant doit être vacciné. 59,3% des mères affirment avoir entendu parler du TPII et 64,2% de ces mères connaissent son importance. La voie majoritaire d'acquisition d'information sur le TPII a été les causeries débats au centre de santé (88,7%). 47,2% ont déclarées ne pas connaître le nombre de fois que l'enfant doit recevoir le TPII. 96,2% des mères d'enfants de moins de 2 ans trouvent que le TPII est efficace et 73,3% ont affirmé que leurs enfants ont reçu le TPII.
DIABY L. M. [126] Thèse de médecine	Identifier les facteurs sociaux (culturels et économiques) et	<u>Lieu</u> : Aire de santé de Sonkenié (Kolokani) <u>Période d'étude</u> : Novembre 2006 –	Le taux d'enfants de moins de 2ans ayant reçu une TPII est de 46,15%. 44,2% des mères avait fait recours à l'automédication

	environnements qui favorisent ou entravent la bonne intégration des TPII au PEV+ dans le cadre du contrôle du paludisme.	<p>Novembre 2007.</p> <p><u>Population</u> : Personnes en charge d'enfants de moins de 2ans et agents de santé.</p> <p><u>Type</u> : étude prospective transversale et descriptive.</p>	<p>aux comprimés. 74% des mères ignorent le TPII comme moyen de prévention du paludisme. Les causeries au CS s'est révélé le moyen par prédilection d'acquisition d'information sur le TPII (80,7%). 12,82% des mères affirmaient que le TPII doit être administré 4fois. 24,4% des mères trouvaient que le TPII efficace.</p>
DIARRA M. [127] Thèse de médecine	Evaluer la prise en charge du paludisme dans le milieu du foot Ball.	<p><u>Lieu</u> : commune III</p> <p><u>Période d'étude</u> : Octobre 2006 à Septembre 2007)</p> <p><u>Population</u> : Les joueurs des clubs ASB et le COB.</p> <p><u>Type</u> : étude transversale</p>	<p>La prévalence du paludisme était de 54,54%. Les cas diagnostiqués cliniquement et biologiquement étaient de 20,17%. 16,67% des cas de paludisme a été confirmé par un prélèvement sanguin (GE/FM). La majorité des participants ne savaient pas leur résultat (83,33%). Les traitements ont été réalisés par les agents médicaux des clubs dans 33,33% des cas. L'automédication était pratiquée dans 8,33% des cas. Le traitement à base de la SP était dominant. La chloroquine était utilisée chez 12,5% des cas.</p>
BAKAYOKO O. [131] Thèse de médecine.	Etudier la morbidité et la mortalité liées au paludisme et au niveau de l'utilisation des supports	<p><u>Lieu</u> : structures sanitaires et communautés de Bamako</p> <p><u>Période d'étude</u> : janvier 2001 à décembre 2005.</p>	<p>6,20% de la population utilisait des MII. Le taux de mortalité spécifique au paludisme est estimé à 20,8%. Le paludisme est l'une des principales causes de mortalité au niveau des structures sanitaires.</p>

	imprégnés chez les enfants et les femmes enceintes.	<u>Population</u> : enfants de 0 à 5 ans et les femmes enceintes. <u>Type</u> : étude rétrospective	
KAMATE P. [132] Thèse de médecine	Évaluer l'impact du Traitement Préventif Intermittent infantile (TPIi) du paludisme sur la couverture vaccinale du Programme Elargi de Vaccination "Plus"	<u>Lieu</u> : cercle de Kolokani <u>Période d'étude</u> : Mai 2007. <u>Population</u> : les enfants de moins de deux ans. <u>Type</u> : étude transversale	Elle a montré que six mois après la mise en œuvre des TPIi la couverture vaccinale pour l'ensemble des antigènes était similaires dans les deux zones ou plus élevée en zone TPIi+. La couverture en Polio 2 et HB 1 sont ici l'exception (baisse). La baisse de couverture du vaccin contre l'hépatite B pourrait s'expliquer par une rupture en stock du dit vaccin en Janvier 2007 et en Avril et Mai 2007.
DEMBELE K.P. [133] Thèse de médecine	Etudier la fréquence de prescription des antipaludiques.	<u>Lieu</u> : CSREF de Kati <u>Période d'étude</u> : Décembre 2006 à Mai 2007. <u>Population</u> : les patients symptomatique du paludisme. <u>Type</u> : étude prospective	La quinine a été l'antipaludique le plus prescrit (45,4%). Les formes galéniques les plus utilisées étaient les comprimés (47,3%). 45,4% des prescriptions étaient des DCI. 74% de la prescription était faite par les Techniciens de Santé.
DAMTARE N. [134] Thèse de pharmacie	Apprécier l'utilisation de la chloroquine en cas de paludisme	<u>Lieu</u> : une officine de Bamako <u>Période d'étude</u> : Juin à Octobre 2007	Les enfants de 0-5 ans, les sujets de sexe masculin et généralement les commerçants/vendeuses sont les principaux consommateurs de

	non compliqué depuis la mise en place des CTA.	Population : les patients demandeurs de chloroquine sans ordonnance. <u>Type</u> : étude prospective	chloroquine par automédication. 79,2% des pratiquants d'automédication à la chloroquine n'étaient pas informés de son retrait - Les dispensateurs connaissaient l'antipaludique de substitution seulement dans 5% des cas d'automédication. - Le plus grand nombre de prescription à la chloroquine a été établi par les sages-femmes (47.4% des cas).
DEMBELE K. [135] Thèse de pharmacie.	Analyser les prescriptions des dérivés de l'artémisinine dans le traitement du paludisme simple.	<u>Lieu</u> : CSREF de Kati. <u>Période d'étude</u> : Mars à Décembre 2007. <u>Population</u> : enfants âgés de 0 à 15 ans et adultes et sujets âgés. <u>Type</u> : étude prospective.	La fréquence de prescription des génériques est de 59,36% ; dont 83,33% sous formes de comprimés. 1,59 % d'ordonnances médicales était incorrectement délivrées. L'association Artésunate + Amodiaquine représente 44,22% des prescriptions.
EYENI B. [136] Thèse de pharmacie.	Evaluer les prescriptions dans le traitement du paludisme.	<u>Lieu</u> : centre de santé de référence de la commune IV. <u>Période d'étude</u> : janvier à décembre 2007. <u>Population</u> : patients vu en consultation. <u>Type</u> : prospective.	Par rapport aux médicaments : Les spécialités représentent 75,7% des prescriptions tandis que les DCI constituent 24,3%. Par rapport aux prescripteurs : 10,3% des prescriptions sont faites par médecins. 43,6% par les infirmiers et 46,1% par les internes.
SYLLA H. [137]	Etudier les pratiques de	<u>Lieu</u> : les officines du district de Bamako	La SP était le médicament le plus délivrée en automédication

thèse de pharmacie.	l'automédication dans le cadre du traitement du paludisme.	<p><u>Période d'étude</u> : juillet à décembre 2007</p> <p><u>Population</u> : population générale</p> <p><u>Type</u> : étude prospective transversale</p>	<p>(41,0%). Dans 66,4% des cas d'automédication, la dispensation était faite sur demande verbale. 25,4% des clients ont préféré demander conseils au dispensateur. La posologie n'était pas donnée dans 40,3% des achats lors de la dispensation. 20% des clients ont trouvé inutile de se rendre dans un centre de soins sanitaire parce qu'ils pensaient connaître les signes et traitements du paludisme. 92% des dispensateurs approuvent la délivrance des antipaludiques à la clientèle en automédication.</p>
COULIBALY B.F. [138] Thèse de pharmacie	Etudier la prescription et la disponibilité des Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine (CTA).	<p><u>Lieu</u> : CSREF et CS catholique de Kati.</p> <p><u>Période d'étude</u> : novembre 2007 à avril 2008.</p> <p><u>Population</u> : les patients ayant bénéficié de la prescription des CTA.</p> <p><u>Type</u> : étude prospective.</p>	<p>L'Artésunate + Amodiaquine (50mg/153mg) a été la CTA la plus prescrite (77,38%). La forme galénique la plus utilisée était les comprimés (95,45 % des prescriptions). 77,38 % des CTA prescrites étaient disponibles au niveau des deux centres de santé. Des troubles gastro-intestinaux ont été constatés, pendant le traitement, chez 583 patients soit 55,15%. Nous avons obtenu 99,53% de satisfaction, pour un effectif de 1052 patients.</p>
ADEDJOU-MAN Y. [139] Thèse de	Evaluer la prescription et l'utilisation	<p><u>Lieu</u> : CSREF de la commune V.</p> <p><u>Période d'étude</u> : mars</p>	<p>Le paludisme grave représente 25,76% des cas. la quinine est la molécule la plus utilisée. Le</p>

pharmacie.	clinique des antipaludiques.	2007 à février 2008. <u>Population</u> : enfants de 0 à 5ans. <u>Type</u> : rétrospective.	Traitement du paludisme simple est conforme aux recommandations du PNLP dans 7,42% des cas.
ANNEE DE SOUTENANCE 2009			
CISSE S. M. [140] Thèse de médecine	Etudier les déterminants de la non utilisation des MII.	<u>Lieu</u> : le District de Bamako. <u>Période d'étude</u> : Octobre 2008. <u>Population</u> : Les enfants de moins de 5 ans, Leur mère ou tuteur <u>Type</u> : Etude transversale prospective	Le taux de disponibilité des MII chez les enfants de moins de 5 ans était supérieur à 80%. Le taux d'utilisation des MII chez les moins de 5 ans est de 83,7%. 96,5% des mères ont jugées bon l'usage des MII. 83,1% des mères ont évoqué le moustique comme unique vecteur du paludisme.
SISSOKO S. [141] Thèse de médecine	Evaluer les connaissances et attitudes pratiques sur la prise en charge du paludisme présume simple chez les enfants de moins de 5ans.	<u>Lieu</u> : Commune urbaine de Kita <u>Période d'étude</u> : Juin – Décembre 2007 <u>Population</u> : Les enfants de moins de 5 ans. <u>Type</u> : Etude transversale prospective	Plus de 85% des enfants de l'échantillon avaient suivi la chimio prophylaxie à la chloroquine. Parmi les parents des enfants de moins de 5ans interrogés, 42% ont reconnu l'anophèle comme seule cause du paludisme. Parmi les prestataires interrogés 52,6% pensent que le diagnostic est clinique et 47,4% qu'il est clinique et biologique. La chloroquine est le médicament de première intention chez 63,2% de ces dispensateurs.
OUATTARA O. F. [142]	Evaluer la faisabilité de la	<u>Lieu</u> : CSCOM et les caisses	L'automédication par la chloroquine, est utilisée chez

Thèse de médecine	prise en charge des fièvres palustres par les CTA au niveau communautaire	pharmaceutiques de Kolondiéba, de Fakola, de Toutiala et de Zéguéré <u>Période d'étude</u> : juin 2006 à septembre 2007. <u>Population</u> : Enfants de 2 à 60 mois, parents <u>Type</u> : Études prospective	22.2% des cas étudiés dans les premiers 24heures. Le traitement reçu aux niveaux des structures sanitaires est dans 99.5% des cas l'Arsucam. 39.1% des parents ne connaissaient pas le nom d'un CTA.
ADEBO J.A.Y. [143] Thèse de médecine	Evaluer les itinéraires thérapeutiques et la prévention du paludisme chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5ans.	<u>Lieu</u> : Zone sanitaire de Tchaourou (Benin). <u>Période d'étude</u> : Avril 2007 –Mars 2008. <u>Population</u> : Enfants de moins de 5ans et gestantes. <u>Type</u> : Étude transversale rétrospective.	90,5% des mères connaissent les signes présomptifs du paludisme simple et 99,1% du paludisme grave. Le délai moyen de prise en charge après le début des premiers symptômes est de 41,94 heures avec une déviation standard de 25,89 heures. 30% des mères ont reçu leur première dose de SP et seulement 21% leur deuxième dose. Ceci est un taux de non observance de 30%. 75,7% des femmes enceintes ont déclaré avoir dormi sous MI la nuit précédant l'enquête. Les CS constituent pour la plupart des cas le premier recours des mères (68,8%).
KONATE A. M. [144] Thèse en	Evaluer la qualité de la prise en charge	<u>Lieu</u> : les CSCOM de la commune V. <u>Période d'étude</u> : mars	Le diagnostic a été correct dans près de 41% des cas Le traitement a été conforme aux

Médecine	du paludisme.	à juillet 2008. <u>Population</u> : Enfants de moins de 5 ans. <u>Type</u> : étude transversale prospective.	directives nationales dans 43,5% La CTA (AS+AQ) a été la molécule la plus utilisée pour le traitement du PS (42,8%), et la quinine en perfusion ou en IM dans 94,5% pour le traitement du PG. La qualité de la prise en charge des cas de paludisme a été correcte dans 22,5% des cas.
COULIBALY M. [145] Thèse en Médecine	Evaluer la qualité du diagnostic et du traitement du paludisme.	<u>Lieu</u> : CSCO M de la commune IV du district de Bamako. <u>Période d'étude</u> : mars à août 2008. <u>Population</u> : Enfants de moins de 5 ans. <u>Type</u> : étude transversale et prospective.	Le diagnostic a été correct dans 33,82% de cas de paludisme simple et 16,67% de cas de paludisme grave. Les Médecins ont effectué 37,23% de diagnostic correct, les internes 34,15%, Le traitement du paludisme simple a été correct dans 42,02% des cas et le paludisme grave dans 11,11%.
NIANGALY M. [146] Thèse en Médecine	Evaluer le niveau d'utilisation des MII et du TPI à SP sur les indicateurs de la morbidité paludométriques pendant la grossesse.	<u>Lieu</u> : Bougouni village <u>Période d'étude</u> : Septembre 2006– Mars 2007 <u>Population</u> : Femmes enceintes. <u>Type</u> : étude transversale prospective descriptive.	60% des femmes utilisaient les MII. La stratégie de prévention du paludisme recommandée pendant la grossesse a été peu utilisée par les gestantes soit 19,74%. La proportion des femmes ayant utilisé deux doses de SP en TPI était de 29,72%. L'utilisation de la stratégie de prévention du paludisme pendant la grossesse (2doses de SP+ MII) n'était associée ni à l'infection palustre périphérique, placentaire ni à la survenue de FPN. Les femmes

			ayant la chimio prophylaxie anti palustre faisaient moins d'anémie.
BARRY B. [147] Thèse en Médecine	Evaluer l'impact du niveau d'utilisation des MII et du TPI à la SP sur les indicateurs de morbidité paludométriques pendant la grossesse.	<u>Lieu</u> : structures sanitaires de Djenné. <u>Période d'étude</u> : Septembre 2006 à Avril 2007 <u>Population</u> : femmes enceintes : <u>Type</u> : étude transversale et prospective :	71,93% des femmes avaient bénéficié du TPI à la SP dont 35,38% avaient reçu deux doses La chloroquine continue d'être utilisée, ceci quatre années après l'introduction de la SP. 59,91% utilisaient des MII était de La stratégie recommandée était peu utilisée (23,37%). L'infection périphérique et placentaire était respectivement de 11,48% et 12,44%. La prévalence de l'anémie sévère était de 12,74%. Celle des FPN est de 6,48% et celle de la prématurité de 5,13%. La chimioprévention protégeait de l'anémie et de l'infection placentaire ($p < 0,02$ et $p = 0,05$ respectivement). Le FPN est lié statistiquement au nombre de CPN ($P = 0,01$).
COULIBALY M.E. [148] Thèse en Médecine	Etudier la prise en charge du paludisme par les agents de santé dans les structures sanitaires en milieu rural.	<u>Lieu</u> : Cercle de Niono. <u>Période d'étude</u> : Aout – Novembre 2008 <u>Population</u> : Personnel de santé <u>Type</u> : étude transversale prospective.	Chez les prestataires, les sels de quinine sont le traitement de première intention tandis que les CTA, le traitement de deuxième intention. Cependant l'Automédication constitue le premier recours des malades.
DJIRE A.	Etudier la	<u>Lieu</u> : Hôpital Gabriel	Les dérives de l'Artémisine ont été

[149] Thèse en Médecine	prescription des antipaludiques utilisés dans le service de pédiatrie de l'Hôpital Gabriel Toure.	Toure (service de pédiatrie) <u>Période d'étude :</u> Septembre 2008– Février 2009 <u>Population :</u> Registres du service. <u>Type :</u> étude transversale rétrospective	les plus utilisés soit 58,2%. Les formes injectables ont été les plus utilisés (77,3%). Les voies d'administration les plus utilisées étaient la voie intraveineuse (47,7%) et la voie intra musculaire (30%).
MAHMOUD A. [150] Thèse en Médecine	Evaluer le taux de couverture vaccinale avant et après la mise en œuvre du TPI et l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides chez les enfants de moins de 2ans.	<u>Lieu :</u> Cercle de Koulikoro. <u>Période d'étude :</u> Janvier 2006– Décembre 2007 <u>Population :</u> Enfants de moins de 2ans <u>Type :</u> étude transversale rétrospective	Les couvertures vaccinales sont restées comparables ou ont significativement augmenté en 2007 sauf pour la Polio0, DTC2 et HB2. Pour ces dernières des baisses statistiquement significatives ont été notées. Il n'y a pas d'évidence que la mise en œuvre du TPI pendant 12mois dans le système de santé du cercle de Koulikoro a eu un impact négatif sur la couverture des vaccins du PEV. Les couvertures en MII et en vitamines A ont significativement augmentée entre 2006 et 2007
TRAORE S. A. [151] Thèse en Médecine	Evaluer la qualité de prise en charge du paludisme simple et grave.	<u>Lieu :</u> CSREF de Kati <u>Période d'étude :</u> Mars à Juillet 2008. <u>Population :</u> enfants de moins de 5 ans. <u>Type :</u> étude transversale	Le paludisme a été correctement diagnostiqué dans 22.14% des cas pour le PS et 47.40% pour le PG. Dans 26.43% des cas, le traitement a été correct pour le PS et dans 89.87% des cas pour le PG. La prise en charge globale, elle a

		prospective	été correcte dans 23.47% des cas. Dans l'ensemble, la prise en charge des médecins a été bonne (81.58% des bonnes prise en charges).
DJOKO L.S.G. [152] Thèse en Médecine	Evaluer la prescription de l'Artésunate-Amodiaquine (AS/AQ) dans les formations sanitaires du district de Bamako.	<u>Lieu</u> : Formations sanitaires du district de Bamako <u>Période d'étude</u> : Aout – Novembre 2008 <u>Population</u> : Personnel de santé <u>Type</u> : étude transversale prospective	59,1% des prescriptions sont des CTA. Le taux d'échec thérapeutiques est de 61,4% et l'effectivité de la politique d'administration de cette molécule est de 22,7%. Elle est très peu acceptée par les prescripteurs et est très peu tolérée par les patients du fait des effets secondaires.
KOURESSI B. A. [153] Thèse en Pharmacie	Analyser la prescription rationnelle des médicaments utilisés dans le traitement du paludisme simple.	<u>Lieu</u> : communes I, II, III, et IV du district de Bamako. <u>Période d'étude</u> : octobre 2005 à février 2006. <u>Population</u> : ordonnances de paludisme simple. <u>Type</u> : étude descriptive transversale de type prospectif	47,5 % des prescriptions ne sont pas des DCI. 61,5% des ordonnances prescrites sont exécutées. 6,1 % ont fait l'objet d'une substitution par le dispensateur. Seulement 6,6% des prescriptions étaient en adéquation avec le nouveau schéma thérapeutique alors en vigueur. 71,3% des prescriptions ne correspondaient à aucun schéma thérapeutique. Le coût moyen d'une ordonnance selon le nouveau schéma thérapeutique est de 4525 francs CFA.
MAIGA H. Z. M. [154]	Analyser la prescription	<u>Lieu</u> : Communes V et VI du district de	77,4% des ordonnances n'était conforme à aucun schéma. 17,3%

Thèse en Pharmacie	rationnelle des médicaments utilisés dans le traitement du paludisme simple.	Bamako. <u>Période d'étude</u> : janvier 2006 à octobre 2007. <u>Population</u> : pharmacies privées <u>Type</u> : étude transversale prospective	l'était à l'ancien schéma et 5,3% au nouveau schéma. Le coût moyen des ordonnances achetées est de 3490 francs CFA. Le nombre moyen de médicaments prescrits est de 3,7. La substitution a concerné 4,8% des spécialités prescrites malgré la présence des pharmaciens dans 59, 4% des cas lors de la dispensation.
SINENTA F. [155] Thèse en Pharmacie	Etudier la prescription de combinaisons thérapeutiques à base d'Artémisinine chez les patients atteints de paludisme non compliqué.	<u>Lieu</u> : CSREF et d'un CSCOM (commune III de Bko). <u>Période d'étude</u> : Juillet à Décembre 2007. <u>Population</u> : patients soignés pour paludisme simple <u>Type</u> : étude transversale prospective	Les confirmations biologiques ont été demandées dans plus de la moitié des cas (55%). Les médicaments les plus prescrits sont les CTA (75,43% des prescriptions). La majorité des produits était disponible dans les centres (68%).
SANGARE E. [156] Thèse en Pharmacie	Etudier la qualité de la prescription et de la dispensation des CTA.	<u>Lieu</u> : centres de santé et des pharmacies du district de Bamako <u>Période d'étude</u> : avril 2008 à juillet 2008 <u>Population</u> : Patients et personnel de santé <u>Type</u> : étude transversale prospective	Les CTA recommandées par le PNLP étaient connues par 59,7% des dispensateurs et 73,1% des prescripteurs. 46,74% des patients ont compris la posologie des CTA Les CTA en DCI étaient prescrites/conseillées par plus de 85% des prescripteurs et des dispensateurs. Le coût moyen des ordonnances contenant les CTA était 750 FCFA

ANNEE DE SOUTENANCE 2010			
SOGODOGO T. [157] Thèse de médecine.	Etudier la prise en charge du paludisme au cours de la grossesse.	<u>Lieu</u> : CSREF de Nioro du Sahel <u>Période d'étude</u> : Octobre 2008 à Mai 2009 <u>Population</u> : femmes enceintes <u>Type</u> : étude prospective analytique	Seulement 21,21% des femmes n'avaient pas fait de CPN. La majorité de nos malades avaient été traitées selon les directives nationales. L'utilisation des moustiquaires imprégnées s'élevait à 71%.
SOW S. [158] Thèse de médecine.	Evaluer l'application des CTA chez les patients atteints de paludisme simple.	<u>Lieu</u> : formations sanitaires (Commune I, Bko) <u>Période d'étude</u> : Juillet à Décembre 2008 <u>Population</u> : patients soignés pour paludisme simple <u>Type</u> : étude transversale rétrospective	Les confirmations biologiques ont été effectuées dans 28,3 % des cas. L'examen diagnostique de prédilection était la GE. Les CTA étaient prescrites dans 60,63 % des cas. 82 % des CTA prescrites étaient des DCI. L'association la plus utilisée était Artesunate + Amodiaquine (83,91 % des CTA).
TRAORE K. N. [159] Thèse de médecine.	Etudier la prise en charge du paludisme chez les enfants de 0 à 5ans.	<u>Lieu</u> : CSCOM de Sabalibougou <u>Période d'étude</u> : Mai à juin 2009 <u>Population</u> : enfants de 0 à 5 ans et leur mère ou accompagnant <u>Type</u> : transversale descriptive	L'Amodiaquine sirop était le médicament le plus utilisé (28,2%) suivi de la quinine en injection IM ou en perfusion IV (22,22%). Les CTA ont été utilisés dans 23cas / 117soit 19,66%. Le diagnostic a été correct dans 33,33% des cas. La majorité de la prise en charge correcte a été faite par les médecins.

DIARRA B. [160] Thèse de médecine.	Evaluer les déterminants de la non observance au traitement du paludisme non compliqué et compliqué.	<u>Lieu</u> : CS de Kobiri et Diagala <u>Période d'étude</u> : d'avril 2009 à septembre 2009 <u>Population</u> : population générale sous traitement antipaludique <u>Type</u> : étude prospective	L'antipaludique le plus prescrit était AS/AQ (97%). Le taux d'observance pour l'AS/AQ était acceptable (>90%). Les sujets de moins de 15 ans étaient plus observant que les plus de 15 ans (94,4% contre 80%). Les raisons de non observance pour l'AS/AQ les plus évoquées par les patients étaient les effets secondaires, l'incompréhension de la prescription et les vomissements.
SIDIBE Y. [161] Thèse de médecine.	Evaluer les indicateurs de base du paludisme (MIS) et les connaissances, attitudes et pratiques des populations sur la schistosomose et les géo helminthiases.	<u>Lieu</u> : cercle de Kayes <u>Période d'étude</u> : mai 2009 à août 2009. <u>Population</u> : le chef de ménage en charge de l'enfant de moins de 5 ans, la femme enceinte et l'enfant de 7-14 ans et les enfants de moins de cinq. <u>Type</u> : étude prospective transversale	Le taux de couverture en moustiquaires était de 95,3% parmi lesquelles 70,1% étaient de type MILDA. seulement 54,5% des populations utilisaient les moustiquaires. 69,1% des femmes enceintes affirmaient avoir bénéficié d'au moins une dose de traitement préventif intermittent (TPI). Il apparaît en outre que les modes de contamination et de prévention de la schistosomose et des géo helminthiases soient méconnus par les populations du district de Bafoulabé.
FAMANTA A. [162] Thèse de médecine.	Evaluer la prévalence du paludisme au cours de l'accouchement.	<u>Lieu</u> : ASACOSAB I <u>Période d'étude</u> : Mars- Novembre 2009. <u>Population</u> : femme	Les prévalences de paludisme maternel, placentaire et néo-natal sont respectivement de 2,4%, 1,6% et 0,0%. La prévalence de petit poids de naissance est de 12,1%.

		enceinte <u>Type</u> : étude prospective longitudinale	Un très fort taux d'utilisation des MII (82,8%) et du TPI à la SP (71,2%) est observé.
SAGOUNTA G. [163] Thèse de médecine.	Etudier les modalités d'acquisition des médicaments antipaludiques sans prescription médicale.	<u>Lieu</u> : officines et /ou pharmacies de commune I du district de Bamako <u>Période d'étude</u> : Août à Novembre 2009 <u>Population</u> : clients des officines, des prestataires et les dispensateurs pharmaceutiques <u>Type</u> : étude prospective	La SP était l'antipaludique la plus demandée (36,3%). Le recours à l'automédication en cas de paludisme présumé était de l'ordre de 80% dont 49,7% sur propre avis. Les symptômes qui ont motivé l'achat d'antipaludiques chez les clients sont principalement la fièvre et les frissons. La non gravité de l'état clinique est la principale raisons du recours à l'automédication.
COULIBALY M. K. [164] Thèse de médecine.	Etudier les facteurs déterminant la transmission du paludisme.	<u>Lieu</u> : 4 villages du district de Niono : Niessoumana, et Tissana (irrigués,) Dogobougou et Toumakoro (non irrigués) <u>Période d'étude</u> : Août 2007 <u>Population</u> : ménages ayant au moins un enfant de 0 à 59 mois <u>Type</u> : étude transversale prospective	Les ménages ayant un niveau de vie socio-économique élevé avaient 21% de chance de posséder une MII contre les 38% pour ceux ayant un faible niveau de vie socio-économique. Pour les ménages n'ayant aucune MII, la présence d'un enfant positif à la GE est de 38,6% et de 12,2% respectivement selon que le ménage ait un niveau de vie socio-économique faible ou socio-économique élevé.

<p>DIAKITE H. [165] Thèse de médecine.</p>	<p>Evaluer l'efficacité du traitement préventif intermittent à la Sulfadoxine-Pyriméthamine et ou des moustiquaires imprégnées d'insecticide sur le paludisme pendant la grossesse.</p>	<p><u>Lieu</u> : ville de Koro <u>Période d'étude</u> : Septembre 2006 à Avril 2007 <u>Population</u> : femmes enceintes <u>Type</u> : étude prospective transversale</p>	<p>La proportion des femmes accouchées ayant utilisé une chimioprévention était de 73,3%. Parmi celles-ci 98,3%(306/311) avaient utilisé la SP. La presque totalité des femmes enceintes (99,2%) utilisaient la moustiquaire dont 42,7% seulement étaient imprégnées. L'anémie avait une prévalence de 56,3%. La proportion de femmes ayant reçu 2 doses est de 22,88%. taux de prévalence de l'infection maternelle était de 29,7%, celui de l'infection placentaire de 31,2% et 7,8% de petit poids de naissance.</p>
<p>GOITA A. [166] Thèse de médecine.</p>	<p>Etudier les connaissances, les attitudes et les pratiques comportementales des populations face au paludisme.</p>	<p><u>Lieu</u> : Aire de santé de Baguinéda <u>Période d'étude</u> : Décembre 2009 à Janvier 2010 <u>Population</u> : sujets âgés de 0 à 16 ans <u>Type</u> : étude prospective</p>	<p>Le centre de santé a été le principal niveau de recours thérapeutique (65,7% au cours du paludisme simple et 85,7% au cours du paludisme grave). L'automédication vient en deuxième position au cours du paludisme grave et du paludisme simple. Les populations reconnaissent relativement bien les symptômes du paludisme simple et du paludisme grave. La majorité de la population connaît la cause du paludisme. Au cours du paludisme grave les moustiques sont incriminés par 91% des</p>

			participants. Les moustiquaires sont très utilisées (85%). La notion d'imprégnation des moustiquaires est connue des participants.
KOROTIMI T. [167] Thèse de médecine.	Evaluer l'impact de la gratuité du traitement sur la fréquence du paludisme grave.	<u>Lieu</u> : CSREF Commune IV du district de Bamako <u>Période d'étude</u> : mai à juillet 2009 <u>Population</u> : enfants de 0 à 5 ans et leurs accompagnants. <u>Type</u> : étude prospective transversale	Les populations n'étaient pas bien informées de la gratuité du traitement antipaludique pour les enfants de 0 à 5 ans. La prise en charge des soins de l'enfant était assurée par le père dans 87% de cas. L'instauration de la gratuité du traitement n'a pas entraîné une diminution des cas de paludisme grave chez les enfants de 0 à 5 ans reçus en consultation.
TRAORE S. [168] Thèse de pharmacie.	Evaluer la prise en charge du paludisme simple chez les enfants de 2mois à 5 ans au niveau des caisses pharmaceutiques du cercle de Kolondiéba	<u>Lieu</u> : Caisses pharmaceutiques du cercle de Kolondiéba. <u>Période d'étude</u> : Janvier – Mars 2009. <u>Population</u> : Enfants de 2mois à 5ans et leurs parents ou tuteurs. <u>Type</u> : étude prospective transversale.	La prévalence du paludisme diagnostiqué par le TDR était de 44% contre 12% pour la goutte épaisse. 46% des enfants malades ont reçu une CTA dans les 24heures de la maladie. Le médicament a été prescrit à une posologie correcte dans 95,1% des cas. 86,2% des mères étaient informées du diagnostic de la maladie par les relais. 79,8% administrait une dose correcte de CTA. L'automédication était pratiquée par 41,2% des mères.
CISSE S. [169] Thèse de pharmacie.	Evaluer le traitement curatif du	<u>Lieu</u> : établissements secondaires (scolaires) de la	La quinine et la Co-arinate sont les médicaments les plus consommés par nos patients. La

	paludisme dans les établissements scolaires secondaires.	commune IV <u>Période d'étude :</u> novembre à mai 2009 <u>Population :</u> élèves <u>Type :</u> étude prospective transversale	moyenne de médicaments par ordonnance a été de 1,5. 54.9% des prescriptions était à des doses infra curatives. La durée du traitement était indéfinie dans 27% des cas. Les infirmiers et techniciens supérieurs ont prescrit la plupart des ordonnances.
FOFANA B. [170] Thèse de pharmacie.	Etudier la prescription des antipaludéens.	<u>Lieu :</u> CSREF Commune VI du district de Bamako <u>Période d'étude :</u> décembre 2008 à février 2009 <u>Population :</u> patients du CSREF <u>Type :</u> une étude rétrospective	Les quinines étaient les antipaludiques les plus prescrits 42 %. Les spécialités sont les moins prescrites (19 %). 72,4% de la prescription était faite par les internes en médecine.
DJIBRINE A. M. [171] Thèse de pharmacie.	Evaluer la prescription des antipaludiques dans le traitement du paludisme chez les enfants âgés de 0 à 14 ans.	<u>Lieu :</u> service de pédiatrie de l'hôpital régional d'Abéché TCHAD <u>Période d'étude :</u> avril à Octobre 2009. <u>Population :</u> enfants âgés de 0 à 14ans <u>Type :</u> prospective descriptive	Le Coarsucam était l'antipaludique le plus prescrit (29,2%). Les formes galéniques les plus utilisées étaient les sirops (25,5%). 75,2% des antipaludiques prescrits n'étaient pas disponibles au niveau de l'hôpital. Dans 95% des cas, les antipaludiques prescrits étaient conformes aux directives du PNLP. La prescription des antipaludiques portait davantage sur les spécialités. 50% des

			prescriptions étaient faites par des infirmiers.
KINDO M. [172] Thèse de pharmacie.	Evaluer le programme de prise en charge du paludisme dans les structures sanitaires du district de Koutiala.	<u>Lieu</u> : Formations sanitaires du district sanitaire de Koutiala <u>Période d'étude</u> : novembre- Décembre 2009 <u>Population</u> : Personnel de santé. <u>Type</u> : étude prospective transversale	La formation des prescripteurs est satisfaisante mais la formation des pharmaciens et des gérants des produits pharmaceutiques n'est pas toujours initié par le programme. Bien que les prescripteurs connaissent bien les produits recommandés par le programme, le diagnostic n'est pas systématique et le schéma thérapeutique recommandé n'est pas appliqué à hauteur de souhait. La majorité des prescripteurs et des dispensateurs adhèrent à la politique de santé cependant ils ne sont pas satisfaits pour la plupart du fait des effets secondaires soulignés par les patients.
DAKOUO O.M.A [173] Thèse de pharmacie.	Etudier les caractéristiques de la posologie des antipaludiques délivrés à l'officine Vigilpharma de Baco-Djicoroni.	<u>Lieu</u> : Officine Vigilpharma de Baco-Djicoroni à Bamako. <u>Période d'étude</u> : Août – Octobre 2009 <u>Population</u> : Clients sous prescription anti paludiques. <u>Type</u> : étude prospective transversale	94,2% des prescriptions sont correctes contre 5,8% incorrectes dans leur posologie. Ceci est noté plus fréquemment dans la forme sirop. La forme galénique «comprimé » est la plus prescrite. La quinine est l'antipaludique le plus prescrit cependant les CTA sont les plus représentés dans l'échantillon.

ANNEE DE SOUTENANCE 2011			
KONE I. K. D. [174] Thèse de médecine	Etudier le comportement des mères dans la prise en charge du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans.	<u>Lieu</u> : CSCOM de Boniaba <u>Période d'étude</u> : Juillet à Octobre 2010 <u>Population</u> : les enfants de 0 à 5 ans et leur mère <u>Type</u> : étude transversale	52% des mères connaissaient le vecteur du paludisme. 65,2% des mères savaient que le paludisme pouvait être prévenu. La moustiquaire était utilisée comme moyens de prévention chez les enfants dans 54,8% des cas. Dans 65,2% des cas, la décision d'amener l'enfant au centre venait du père.
ANNEE DE SOUTENANCE 2012			
CAMARA W. N. [175] Thèse de médecine	Evaluer la prise en charge du paludisme dans le milieu du foot Ball.	<u>Lieu</u> : Terrains d'entraînements de Real et de CSK, Bko <u>Période d'étude</u> : février à juillet 2010 <u>Population</u> : joueurs de football <u>Type</u> : étude prospective transversale.	La prise en charge était essentiellement faite par les CTA (96,4%). Les agents de santé responsable de ces clubs de la première division sont principalement infirmiers et faisant fonction d'interne.
DIARRA T.K. [176] Thèse de médecine	Evaluer les connaissances les attitudes et pratiques des mères de la commune V face au paludisme.	<u>Lieu</u> : Commune V du district de Bamako <u>Période d'étude</u> : Avril- Juin 2011. <u>Population</u> : Les mères d'enfants de moins de 16ans <u>Type</u> : étude transversale rétrospective et étude cas-témoins	82,30% des cas de paludisme était simple, contre 17,70% des cas de paludisme grave. Le recours au tradi-praticien et à l'automédication occupent la première place ; respectivement 37% des cas au cours du paludisme simple et 53% des cas au cours du paludisme grave. Les moustiques sont incrimines dans 63% des cas de paludisme grave.

			64% des mères utilisaient de façon régulière les moustiquaires. La prise en charge du paludisme grave coûte plus chère que celle du paludisme simple.
TOURE A.A. [177] Thèse de médecine	Etudier l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides et la survenue du paludisme	<u>Lieu</u> : Niamakoro dans le district de Bamako. <u>Période d'étude</u> : Mars- Juillet 2011. <u>Population</u> : personnes de la tranche 18 – 45ans. <u>Type</u> : étude transversale prospective.	Sur les 408 participants, 79 n'utilisent pas de MII. 33 indique le manque de moyens financiers comme le seul obstacle pour l'obtention des MII. 7 utilisaient les MII juste par pure plaisir.
KONE R. [178] Thèse de médecine	Etudier les obstacles liés à l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide.	<u>Lieu</u> : Darsalam et Badialan III de la commune III du district de Bamako <u>Période d'étude</u> : novembre à décembre 2011 <u>Population</u> : enfants de 0 à 5 ans et les femmes enceintes <u>Type</u> : étude transversale rétrospective	Plus de 90% les participants avaient déjà entendu parler du paludisme et des MII. L'usage des moustiquaires est la méthode de protection la plus connue et la plus pratiquée (50%). Eviter la pique des moustiques a été la raison la plus évoquée par les utilisateurs de moustiquaires. Plus de 95% des participants étaient favorable à l'utilisation des MII.
COULIBALY I. B. [179] Thèse de médecine	Comprendre la réalité de la santé en général et du paludisme	<u>Lieu</u> : Nanguilabougou, Kouroubabougou et Kénioroba	75,2% ont déclaré les médicaments accessibles. 58,4% trouvent les prestataires très disponibles. 42,5% des

	en particulier dans le site d'étude.	<u>Période d'étude</u> : mai à juillet 2011 <u>Population</u> : âgés de plus de 14ans <u>Type</u> : étude prospective	<p>participants avaient déclaré que l'accueil était chaleureux. 82,5% déclaraient que les prestataires étaient capables de diagnostiquer la maladie des patients mais 63% pensaient que le nombre de prestataires compétents n'était pas suffisant. 60,7% trouvent que le montant à payer dans le centre n'était pas à la portée des malades.</p>
COULIBALY I. H. [180] Thèse de médecine	Etudier les connaissances, les attitudes et les pratiques des mères sur le paludisme	<u>Lieu</u> : Aire de santé de Bancoumana <u>Période d'étude</u> : octobre à Décembre 2011 <u>Population</u> : mères d'enfants de 0 à 59 mois <u>Type</u> : étude transversale prospective	<p>Le nom Soumaya est l'appellation locale du paludisme. Les mères avaient une bonne connaissance des signes du paludisme simple et grave. Elles avaient aussi une bonne connaissance des causes possible, des moyens de prévention et des facteurs favorisant la reproduction des moustiques. 66,6% des mères ont identifiés les 2 groupes à risques du paludisme. La causerie au centre, la télévision et la radio ont été les principales sources d'informations. 36,7% des mères avaient recours au centre de santé et automédication en cas de paludisme simple. 94,7% des mères avaient recours au centre de santé en cas de paludisme compliqué. 40,9% utilisait des MII et 48,4% de ces dernières imprégnait leur MII à un rythme</p>

			de 1 fois tous les 6 mois.
DIABATE M. [181] Thèse de médecine	Evaluer les connaissances, la perception et les facteurs de vulnérabilité sur l'incidence du paludisme.	<u>Lieu</u> : Aire de santé de Dialakorodji <u>Période d'étude</u> : Décembre 2009 en Aout 2011 <u>Population</u> : femmes enceintes et les enfants de 0 à 5 ans <u>Type</u> : étude transversale prospective	<p>Les médias représentaient la principale source d'information (83,1%). 68,3% savaient que le paludisme est transmis par la piqure de l'anophèle femelle. 89,64% connaissaient que la prévention du paludisme chez la femme enceinte les permettaient d'éviter l'accouchement prématuré. 75, 30% des participantes pensaient que dormir sous MII était un moyen de protection. Les céphalées, les vomissements et la fièvre étaient les signes fréquemment cités. 90,44% savaient que la prise en charge précoce du paludisme chez l'enfant de 0 à 5 ans, leur permettait d'éviter le PG.</p>
DAO D. [182] Thèse de médecine	Evaluer les connaissances, la perception et les facteurs de vulnérabilité sur l'incidence du paludisme.	<u>Lieu</u> : l'aire de santé de Sirakoro MEGUETANA <u>Période d'étude</u> : Novembre 2009 à Aout 2011 <u>Population</u> : sujet âgé de 15 ans, <u>Type</u> : étude transversale prospective	<p>Les mesures d'hygiène ne se pratiquent que par 45,22% des participants. 39,3% affirmaient que le paludisme se transmettait par la piqure de n'importe quel moustique. Les accouchements prématurés constituaient la première conséquence du paludisme chez la femme enceinte pour 13, 8% des participants. Le centre de santé constituait le niveau de recours en première intention pour 74,34% des</p>

			participants. MILDA sont le moyen le plus efficace de prévention du paludisme pour 44,9% de nos participants.
GOTTA K.M. [183] Thèse de médecine	Evaluer les connaissances, la perception et les facteurs de vulnérabilité sur l'incidence du paludisme	<u>Lieu</u> : Ouélessébougou <u>Période d'étude</u> : Novembre 2009 à Aout 2011 <u>Population</u> : population générale <u>Type</u> : étude transversale prospective	Le CSCOM est le premier recours au traitement (87,6%). 54,4% de la population connaissait le mode de transmission du paludisme. 56,8% des ménages visités par les enquêteurs versaient de l'eau usée dans la cour.
KEITA A. [184] Thèse de médecine	Etudier les connaissances, attitudes, et pratiques du personnel de santé et le comportement des parents des enfants de moins de 5 ans sur la prise en charge des cas de paludisme présumé simple	<u>Lieu</u> : Cscm de Baco-djicoroni <u>Période d'étude</u> : juillet 2011 à janvier 2012 <u>Population</u> : enfants de 0 à 59 mois personnel de santé Parent des enfants de 0 à 59 mois <u>Type</u> : étude transversale prospective	23,75% des enfants étaient sous traitement en automédication. Les parents connaissaient la fièvre isolée comme signe de paludisme dans 42,4% des cas. Plus de 50% des parents savent que l'anophèle seul était la cause du paludisme. Le recours des parents au le centre de santé pour des problèmes de santé était de 32,18%. Une CTA était le médicament de première intention d'après la majorité des agents de santé interrogés (67%).
KONATE S. [185] Thèse de médecine	Entreprendre une évaluation finale des indicateurs du	<u>Lieu</u> : District sanitaire de Kayes <u>Période d'étude</u> : décembre 2011 à	Le taux de couverture en MILDA du district est de 95,8% pour un pourcentage d'utilisation de 99,4%. Parmi les personnes ayant

	paludisme dans la zone d'intervention du PGIRE de l'OMVS dans le district de Kayes.	<p>mars 2012</p> <p><u>Population</u> : enfant de moins de 5 ans, chef de ménage ou tuteur d'enfant de moins de 5 ans enfants et femmes enceintes</p> <p><u>Type</u> : étude prospective</p>	<p>dormi sous MILDA la nuit précédant l'enquête, 72,6% étaient des enfants de moins de cinq ans et 89,0% des femmes enceintes. 18,9% des femmes enceintes ont reçu 2 doses de traitement préventif intermittent.</p>
COULIBALY S. D. [186] Thèse de médecine	Evaluer les connaissances, attitudes et pratiques sur l'utilisation des TDR.	<p><u>Lieu</u> : District sanitaire de la commune V</p> <p><u>Période d'étude</u> : juin 2011 à juin 2012</p> <p><u>Population</u> : personnel sanitaire</p> <p><u>Type</u> : étude prospective</p>	<p>96,30% des prestataires avaient des connaissances sur le TDR (connaissances reçues au cours des formations). Les tests étaient largement disponibles dans des centres de santé (77,78%). 16,7% des prestataires prescrivaient l'ordonnance quel que soit le résultat du TDR. 91% de nos prestataires faisaient une différence entre le TDR et la Goutte-Epaisse. 37% des TDR étaient utilisés dans les cas d'urgence. La bonne qualité des TDR étaient appréciée dans 85%. Les TDR étaient effectués par les médecins dans 81,48% des cas.</p>
BABY T. F. [187] Thèse de médecine	Etudier la prise en charge des femmes enceintes.	<p><u>Lieu</u> : CSCOM de Magnambougou</p> <p><u>Période d'étude</u> : décembre 2011 à janvier 2012</p> <p><u>Population</u> : femmes enceintes</p>	<p>90% des gestantes connaissent le paludisme. Plus de 60% en connaissent les signes cliniques et savent que le moustique est le seul vecteur. Par contre, plus de la moitié (55%) ignorent son impact sur la grossesse. 81,8% des</p>

		<u>Type</u> : étude transversale prospective	femmes enceintes ne savent pas que la prise en charge du paludisme est gratuite au Mali 13,1% des gestantes n'ont pas eu de MII ; 30,6% ont acheté la SP et plus de 80% ont payé les antipaludéens lors de leur épisode paludique.
SOGOBA F. L.12M311 [22] Thèse de médecine	Evaluer la prise en charge des cas de paludisme diagnostiqués.	<u>Lieu</u> : 3 CSCOM du district de Douentza <u>Période d'étude</u> : janvier 2008 à décembre 2009 <u>Population</u> : patients ayant été consultés pour motif de paludisme <u>Type</u> : type rétrospectif	Dans plus de 90% des cas la méthode clinique a été utilisée pour diagnostiquer le paludisme simple comme le paludisme grave. L'usage des TDR pour le diagnostic du paludisme simple est de 4,8%. Les CTA sont couramment prescrits pour le traitement des cas de paludisme simple diagnostiqués (52%), et la quinine injectable pour des cas de paludisme grave (81%).
SANOGO S. [188] Thèse de pharmacie	Etudier la prescription des médicaments antipaludiques.	<u>Lieu</u> : deux officines privées de la commune IV et un établissement grossiste <u>Période d'étude</u> : mars à avril 2011 <u>Population</u> : commandes et prescriptions d'antipaludiques <u>Type</u> : étude rétrospective	<u>Dans les officines:</u> La quinine a été l'antipaludique la plus commandée, suivie de la SP et de l'Artémether + Luméfantrine. L'afridoxine® comprimé 500/25mg a été le médicament le plus utilisé des SP (50,37%). Le Coartem dispersible 20/120 a été le médicament le plus utilisé de l'Artémether + Luméfantrine. <u>Au grossiste Laborex:</u> l'Artémether+ Luméfantrine a été le médicament antipaludique

			<p>le plus utilisé, suivi de la quinine et de l'Amodiaquine. Le Coartem dispersible® 20/120 a été le plus utilisé de l'Artémether + Luméfantrine. Les comprimés ont été les plus utilisés (49,93%) suivis des injectables (20,13%).</p> <p>Une similitude de période de forte dispensation de médicaments antipaludiques entre les officines et la structure grossiste est notée (pic en Octobre).</p>
<p>YARANA-KORE S. [189] Thèse de pharmacie</p>	<p>Etudier la prescription des antipaludiques chez les enfants de moins de 5ans.</p>	<p><u>Lieu</u> : Pharmacie du CHU Gabriel Touré <u>Période d'étude</u> : Juin-Novembre 2011 <u>Population</u> : prescriptions <u>Type</u> : étude prospective</p>	<p>L'Artésun 60 (Artésunate) était le médicament le plus prescrit (40,8%). Le taux de disponibilité était satisfaisant (94,5%). La qualité de la prescription était mauvaise dans 70,2% des cas.</p>

2^{ème} partie : Résultats quantitatifs

- Résultats globaux.
- Résultats du focus-groupe.
- Résultats des sous-groupes focus.

1. Les résultats globaux.

Tableau 6 . Répartition des thèses soutenues a la FMOS/FAPH par année et par sections.

	Année									
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Médecine	83	106	253	369	298	613	859	606	447	353
pharmacie	64	71	89	85	61	95	94	99	50	47
Total	147	177	342	454	359	708	953	705	497	400

2009 est l'année ou nous recensons le plus grand effectif de thèses soutenues (**953**).

Tableau 7 . Evolution de la proportion des thèses portant sur le paludisme par rapport à l'ensemble des thèses soutenues par année.

Année	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Thèses sur le paludisme	13	12	15	30	15	38	43	38	23	32	259
Thèses Soutenues	147	177	342	454	359	708	953	705	497	400	4742
Proportion des thèses sur le paludisme (%)	8,84	6,78	4,39	6,61	4,18	5,37	4,51	5,39	4,63	8,00	5,46

En moyenne, **5,46%** des thèses soutenues portent sur le paludisme.

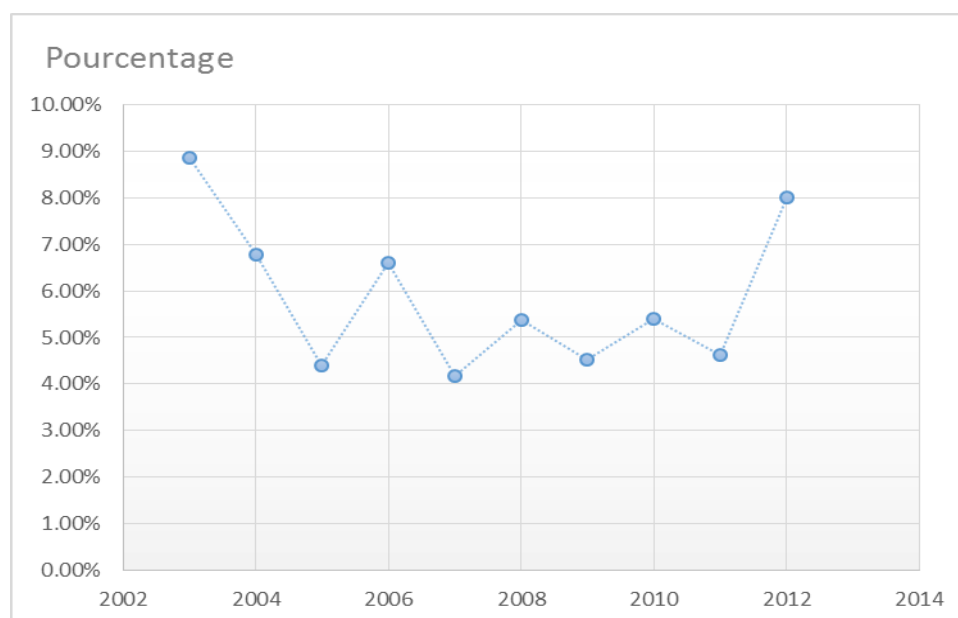


Figure 3: Evolution de la proportion de thèses sur le paludisme au fil des années.

Les plus grands taux d'intérêt pour les études sur le paludisme sont notées en 2003 (8,84%) et en 2012 (8,00%).

Tableau 8 : Evolution de la proportion des thèses portant sur le paludisme par rapport à l'ensemble des thèses soutenues par année dans la section médecine.

MEDECINE	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total
theses sur le paludisme	4	5	11	19	9	26	30	26	18	26	174
theses soutenues	83	106	253	369	298	613	859	606	447	353	3987
Proportion des theses sur le paludisme(%)	4,82	4,72	4,35	5,15	3,02	4,24	3,49	4,29	4,03	7,37	4,36

Chez les medecins, La plus grande proportin de theses sur le paludisme était en 2012 (7,37%).

Tableau 9: Evolution dans la section pharmacie de la proportion des thèses portant sur le paludisme par rapport à l'ensemble des thèses soutenues par année.

Pharmacie	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Thèses sur le paludisme	9	7	4	11	6	12	13	12	5	6	85
Thèses soutenues	64	71	89	85	61	95	94	99	50	47	755
Proportion des thèses sur le paludisme(%)	14,06	9,86	4,49	12,94	9,84	12,63	13,83	12,12	10,00	12,77	11,26

La plus grande proportion de theses sur le paludisme était retrouvée en pour les pharmaciens en 2003 (14,06%)

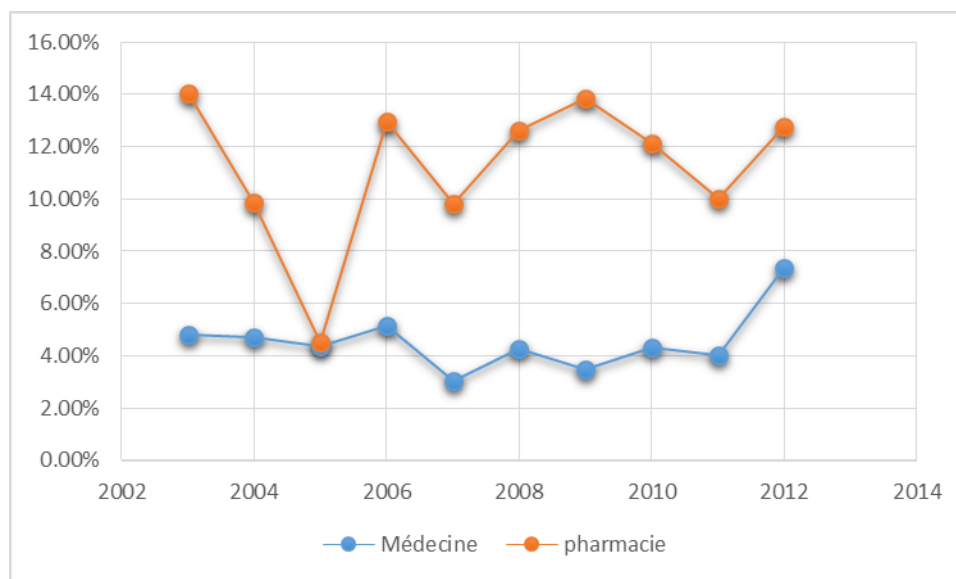


Figure 4: Evolution de la proportion de theses sur le paludisme en médecine et en pharmacie au fil des années.

En moyenne 11,26% des thèses de pharmacie portent sur le paludisme contre 4,36% en medecine.

Tableau 10. Répartition des thèses portant sur le paludisme selon leur présence à la bibliothèque de la FMOS/FAPH.

	Effectifs	Pourcentage
Non retrouvées	7	2,70%
retrouvées	252	97,30%
Total	259	100,00%

Environ **2,7%** des thèses portant sur le paludisme n'ont pas été retrouvées à la bibliothèque de la FMOS/FAPH.

Tableau 11. Répartition des thèses portant sur le paludisme selon le pays de réalisation.

PAYS DE REALISATION DE L'ETUDE	Effectifs	Pourcentage
Mali	242	96,02%
Niger	2	0,79%
Tchad	1	0,40%
Burkina-Faso	1	0,40%
Mauritanie	1	0,40%
Benin	1	0,40%
Togo	1	0,40%
combinaison de pays	3	1,19%
Total	252	100,%

La quasi-totalité des thèses sur le paludisme ont été réalisées sur le territoire malien (**96,02%**).

Tableau 12 : Répartition des thèses portant sur le paludisme en fonction de la zone d'étude.

ZONE DE L'ETUDE	Effectifs	Pourcentage
Urbaine	140	55,56%
Périurbaine	9	3,57%
Rurale	95	37,70%
Rurale et urbaine	6	2,38%
Rurale et périurbaine	2	0,79%
Total	252	100,00%

La zone urbaine et la zone rurale ont été les plus ciblées lors des études sur le paludisme avec respectivement 55,56% et 37,70%.

Tableau 13 : Répartition des études sur le paludisme en fonction du site d'étude.

SITE DE L'ETUDE	Effectifs	Pourcentage
HGT	14	5,6%
HPG	8	3,2%
Hôpital régional	11	4,4%
CSREF	29	11,5%
CSCOM	23	9,1%
CS/Clinique prive	3	1,2%
Officine/pharmacies	7	2,8%
Laboratoire d'analyse	19	7,5%
Région/ communauté	101	40,1%
Combinaison	23	9,1%
Autres	14	5,6%
Total	252	100,0%

La majorité des études sur le paludisme sont faite au sein d'une région ou communauté (40,1%).

Tableau 14 : Répartition des thèses portant sur le paludisme en fonction de la durée de l'étude.

DUREE DE L'ETUDE	Moins de 3mois	4-6mois	7-12mois	1-2ans	3-4ans	Plus de 4ans	Total
Effectifs	49	76	71	36	8	12	252
Pourcentage	19,44%	30,16%	28,17%	14,29%	3,17%	4,76%	100%

Les thèses s'étendant sur 4 à 6mois sont les plus fréquentes (30%).

Tableau 15 : Répartition des thèses portant sur le paludisme selon le type méthodologique d'étude.

TYPE DE L'ETUDE	Effectifs	Pourcentage
Transversale	147	58,33%
Longitudinale	18	7,14%
Cohorte	10	3,97%
Cas témoin	7	2,78%
Essai clinique randomisé	24	9,52%
Combinaison	26	10,32%
Expérimentale	20	7,94%
Total	252	100%

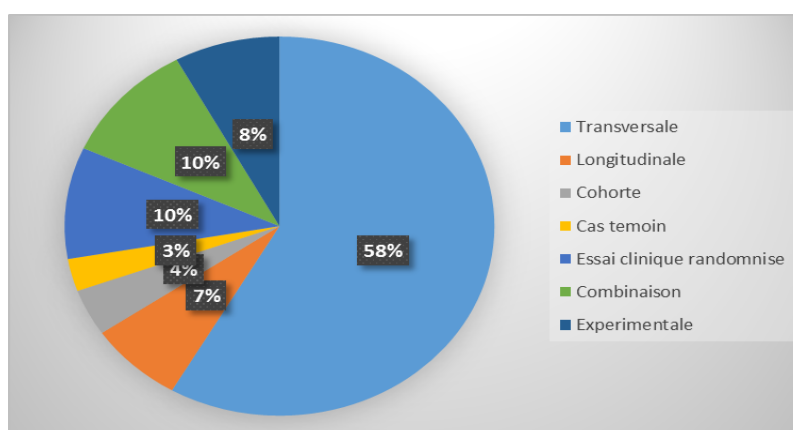


Figure 5: Répartition des études portant sur le paludisme en fonction du type d'étude.

La majorité des études sont de type transversal (58,33%).

Tableau 16 : Répartition des combinaisons de type d'études des thèses portant sur le paludisme.

	Transversale et longitudinale	essai clinique et étude transversale	longitudinale expérimentale	et transversale expérimentale	Total
Effectifs	23	1	1	1	26
Pourcentage	88,6%	3,8%	3,8%	3,8%	100,0%

La combinaison « étude longitudinale couplée de passages transversaux » représente **88,6%** des combinaisons de type d'étude.

Tableau 17 : Répartition des thèses portant sur le paludisme selon le sous-groupe d'étude.

SOUS-GROUPE DE L'ETUDE	Effectifs	Pourcentage
Descriptif	171	67,9%
Comparatif	63	25,0%
Non défini	18	7,1%
Total	252	100%

Les études descriptives représentent **68%** des thèses portant sur le paludisme.

Tableau 18: Répartition des thèses portant sur le paludisme selon le groupe d'étude.

GROUPE DU TYPE D'ETUDE	Effectifs	Pourcentage
Prospective	188	74,6%
Rétrospective	31	12,3%
Retro-prospective	15	6,0%
Non défini	18	7,1%
Total	252	100%

74,6% des thèses portant sur le paludisme sont du groupe prospectif.

Tableau 19: Répartition des thèses sur le paludisme selon le type de paludisme étudié.

	Effectifs	Pourcentage
Paludisme simple	28	11,11%
Paludisme grave	25	9,92%
Paludisme simple et grave	199	78,97%
Total	252	100%

L'infection palustre dans son sens général est plus étudiée dans **78,97%** des cas.

Tableau 20: Répartition des thèses sur le paludisme selon le domaine abordé au premier plan.

	EPI	CLI	CAP	ENTO	DIAG	THERA	HEMA	IMMU	BIBLIO	AUTRE	TOTAL
Effectifs	50	32	80	17	7	42	11	8	2	3	252
Pourcentage (%)	19,8	12,7	31,7	6,7	2,8	16,7	4,4	3,2	0,8	1,2	100

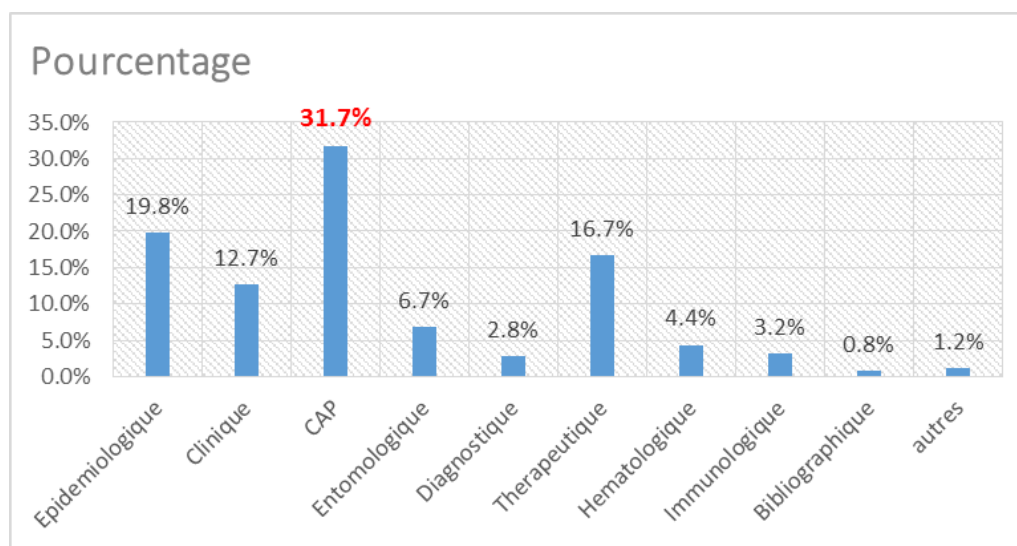


Figure 6: Répartition des thèses sur le paludisme selon le domaine abordé au premier plan.

Les études CAP prédominent les études sur le paludisme avec **32%** suivies par les études épidémiologiques (20%) et les études thérapeutiques (16,7%).

2. Les résultats du focus-groupe.

Tableau 21: Répartition des thèses sur le paludisme selon l'appartenance au focus-groupe.

	Effectifs	Pourcentage
NON	90	35,7%
OUI	162	64,3%
Total	252	100%

Les études appartenant au focus-groupe (épidémiologiques, cliniques et CAP) représentent **64,3%** des thèses sur le paludisme.

Tableau 22: Répartition des thèses du focus-groupe selon le domaine abordé au premier plan.

	Effectifs	Pourcentage(%)
Epidémiologique	50	30,9
Clinique	32	19,7
CAP	80	49,4
Total	162	100

Les études CAP et épidémiologiques sont les études prédominantes dans le focus-groupe avec respectivement 49,4% et 30,9%.

Tableau 23: Répartition des thèses du focus-groupe selon le domaine abordé au premier plan et selon l'année.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Epidémiologique	1	2	2	7	5	2	6	9	9	7	50
Clinique	0	2	1	5	3	8	3	7	3	0	32
CAP	1	4	3	5	2	15	18	15	1	16	80
Total	2	8	6	17	10	25	27	31	13	23	162

Tableau 24. Répartition des proportions par rapport aux thèses soutenues des études du focus-groupe selon l'année et le domaine abordé au premier plan

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Epidémiologique	8,3%	18,2%	13,3%	23,3%	33,3%	5,7%	13,6%	24,3%	39,1%	22,6%
Clinique	0,0%	18,2%	6,7%	16,7%	20,0%	22,9%	6,8%	18,9%	13,0%	0,0%
CAP	8,3%	36,4%	20,0%	16,7%	13,3%	42,9%	40,9%	40,5%	4,3%	51,6%

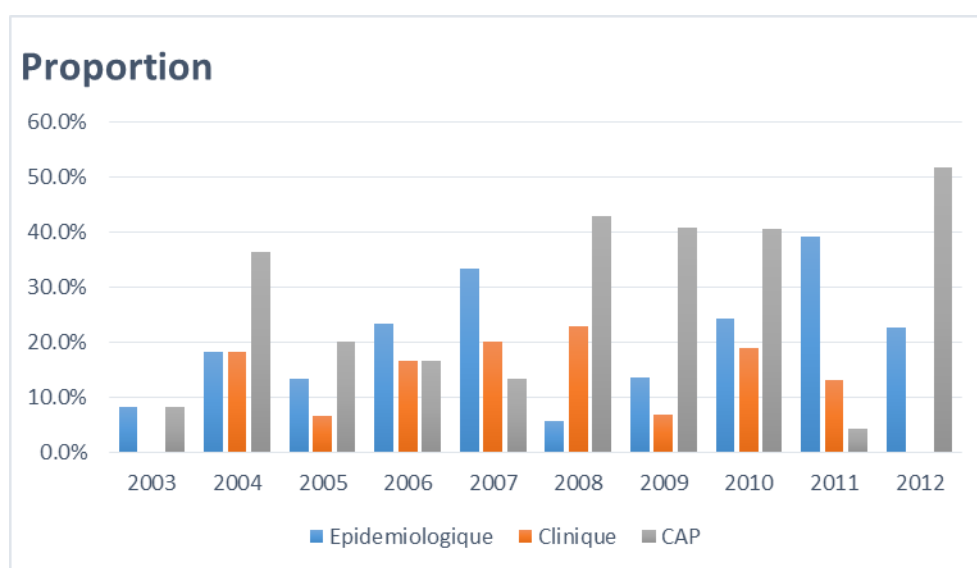


Figure 7. Evolution des proportions des études du focus-groupe par rapport à l'ensemble des thèses soutenues au fil des années.

La proportion des thèses a été maximale respectivement en 2008 pour les études cliniques, en 2011 pour les études épidémiologiques et en 2012 pour les études CAP.

Tableau 25: Répartition des études du focus-groupe selon l'existence d'un second domaine abordé.

	Effectifs	Pourcentage
OUI	77	47,5%
NON	85	52,5%
Total	162	100,0%

47,5% des études du focus-groupe abordaient secondairement un autre domaine.

Tableau 26: Répartition des études du focus-groupe selon le domaine abordé au premier plan et au second plan.

		Domaines au second plan							Total
		EPI	CLI	CAP	ENTO	THERA	HEMA	IMMU	
Epidémiologique	Effectif		10	11	2	0	1	3	27
	% du total	-/-	13%	14,3%	2,6%	0%	1,3%	3,9%	35,1%
Clinique	Effectif	11		11	0	0	2	1	25
	% du total	14,3%	-/-	14,3%	0%	0%	2,6%	1,3%	32,5%
CAP	Effectif	13	10		0	2	0	0	25
	% du total	16,9%	13%	-/-	0%	2,6%	0%	0%	32,5 %
Total	Effectif	24	20	22	2	2	3	4	77
	% du total	31,2%	26%	28,6%	2,6%	2,6%	3,9%	5,2%	100,0%

L'association de l'étude épidémiologique du paludisme à l'étude CAP est la combinaison plus fréquente (14,3% + 16,9%).

Tableau 27: Répartition des études du focus-groupe selon la technique de collecte de données.

Interview direct de la population cible	Interview du personnel de santé	Consultation de registres, dossiers malades ou ordonnances	Examen clinique ou	Prélèvement biologique	Interview du parent ou tuteur	Combinaison	Total
11	4	24	2	5	6	110	162
6,8%	2,5%	14,8%	1,2%	3,1%	3,7%	67,9%	100%

La majorité des études du focus-groupe ont procédé à une combinaison de plusieurs techniques de collecte de données (**67,9%**).

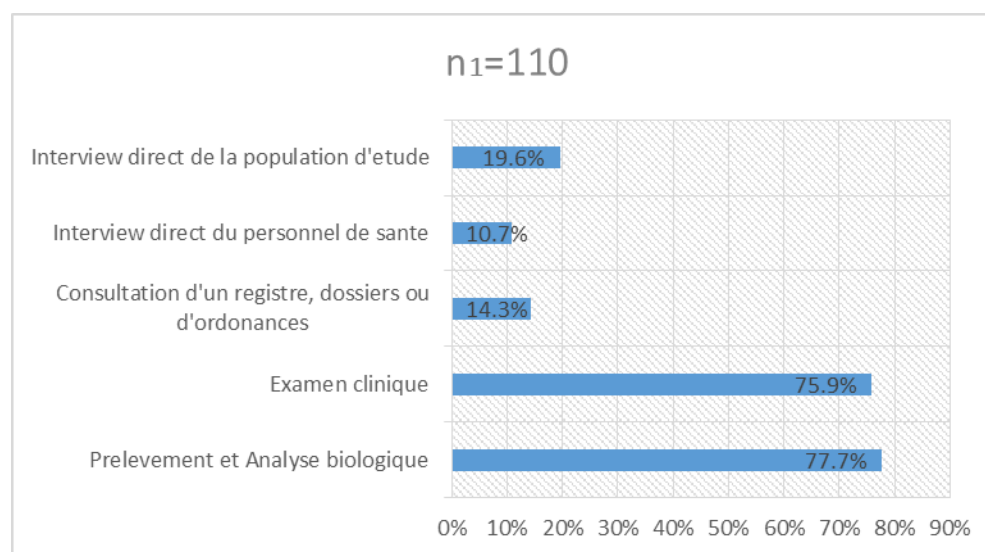


Figure 8: Répartition des techniques de collecte de données selon leur occurrence dans la combinaison de technique de collecte.

Des 110 cas de combinaison de techniques de collecte de données, l'examen biologique et clinique sont les techniques les plus objet de combinaison (respectivement 77,7% et 75,9%).

Tableau 28 : Répartition des études du focus-groupe selon la population d'étude.

	Effectifs	Pourcentage
Enfants (0-16ans)	38	23,46%
Femmes enceintes	17	10,49%
Personnel de santé	5	3,09%
Mères, parents ou tuteurs	5	3,09%
adultes	8	4,94%
Combinaison	46	28,40%
Autres*	43	26,54%
Total	162	100%

28,4% des études du focus-groupe ciblaient plusieurs groupes dans sa population d'étude. Les enfants (0-16ans) sont le groupe le plus spécifiquement ciblé (23,46%).

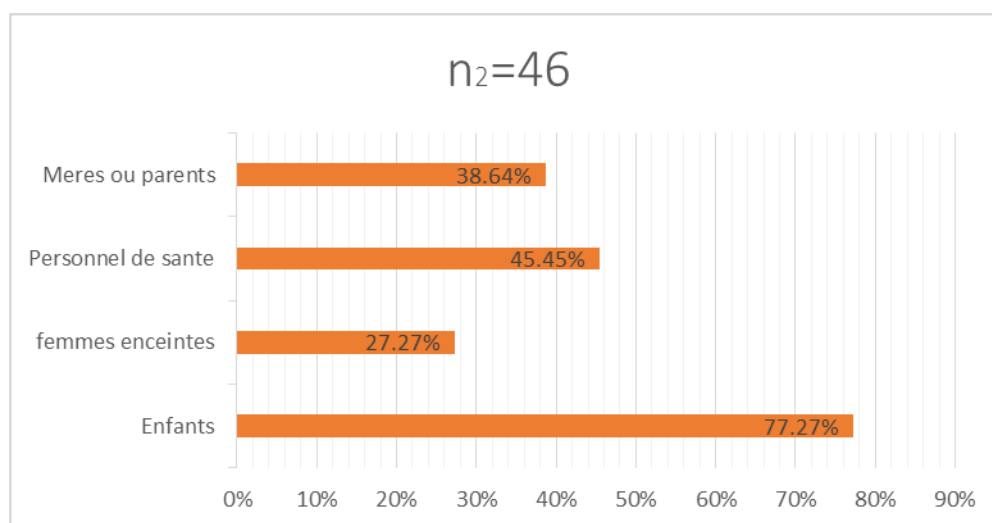


Figure 9: Répartition de la population d'étude selon leur occurrence dans la combinaison de population d'étude.

Les enfants, le personnel de santé et les mères ou parents sont les populations d'étude les plus sujettes à la combinaison avec respectivement 77,27%, 45,45% et 38,64% d'occurrences.

Tableau 29: Répartition des thèses du focus-groupe selon la possession d'un format numérique.

	Effectifs	Pourcentages
NON	36	22,2%
OUI	126	77,8%
Total	162	100%

Pour 22,6% des thèses du focus-groupe ne disposait pas d'un format numérique.

Tableau 30: Répartition des études du focus-groupe selon la possession d'un résumé en annexe.

	Effectifs	%
NON	15	9,3
OUI	147	90,7
Total	162	100,0

90,7% des thèses du focus-groupe disposaient d'un résumé en annexe.

Tableau 31: Répartition des thèses du focus-groupe selon la nature de la réponse apportée aux objectifs spécifiques dans le résumé.

	Effectifs	Pourcentage
vague	10	6,2%
Partielle	50	30,8%
complète	102	63,0%
Total	162	100,0

63% des thèses du focus-groupe ont apporté des réponses complètes aux objectifs spécifiques qu'elles s'étaient fixées.

3. Résultats des sous-groupes focus.

3.1. Résultats du sous-groupe focus1 : tendances épidémiologiques.

6 études ont répondues aux critères de sélections à ce niveau. Elles ont étudiées 8 localités distinctes.

Tableau 32. Répartition des tranches d'âges d'enfants les plus affectées par le paludisme.

Tranche d'Age	Effectifs	Pourcentage
0 à 5ans	6	75,0%
5 à 9ans	2	25,0%
Total	8	100,0%

Dans 75% des localités étudiées les enfants appartenant à la tranche d'Age 0- 5ans étaient les plus affectés par le paludisme.

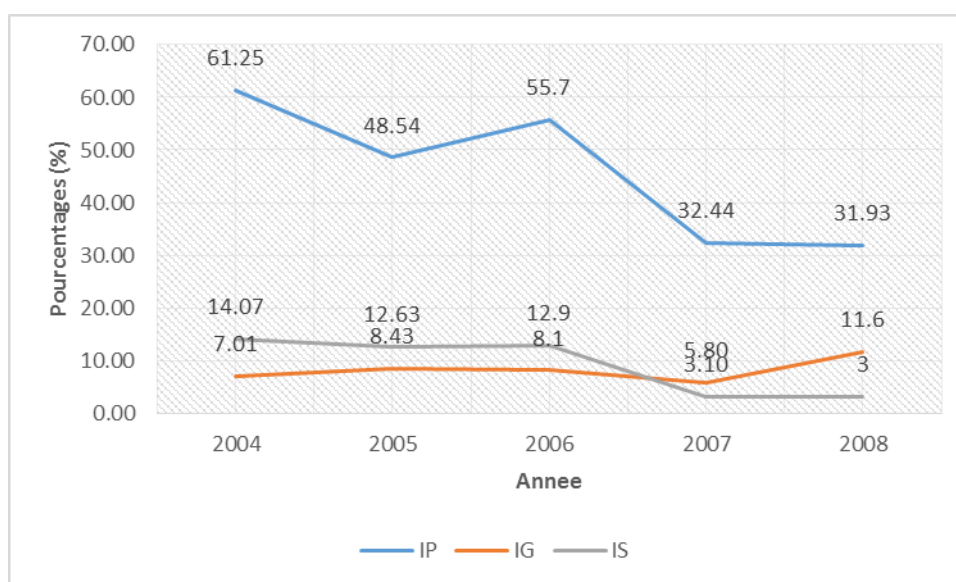


Figure 10 : Evolution en zone rurale, des valeurs moyennes des indices paludométriques chez les enfants de moins 16ans.

Les valeurs moyennes des indices paludométriques décroissent avec le temps. Seul l'IG moyen a augmenté par rapport à sa valeur en 2004 (7,01%) à 11,6% en 2008.

Tableau 33 : Répartition des indices paludométriques par passages dans les zones rurales au Mali.

REGIONS ^[Réf]	PASSAGES		IP (%)	IG (%)	IP (%)
	MOIS	ANNEE			
Missira/Kolokani ^[43]	Mai	2004	54,81	7,04	6,67
Méneka ^[33]	Mai		4,9	0,48	5
Missira/Kolokani ^[43]	Juin		50,63	4,35	8,86
	Juillet		64,23	4,03	10,08
	Aout		69,28	4,28	19,28
	Septembre		80,57	11,51	15,71
	Octobre		90,97	12,63	22,74
	Novembre		74,62	11,74	24,24
	MOYENNE EN 2004		61,25	7,01	14,07
Missira/Kolokani ^[43]	Mai	2005	58,64	4,94	9,42
	Juin		42,43	6,27	10,7
	Juillet		26,94	3,84	7,42
	Aout		29,25	5,1	9,56
	Septembre		55	11,78	17,44
	Octobre		61,09	12,77	13,14
Pongono ^[52]	Octobre		58,3	7,3	16,5
Missira/Kolokani ^[43]	Novembre		56,68	15,47	16,85
	MOYENNE EN 2005		48,54	8,43	12,63
Pongono ^[52]	Juin	2006	31,2	3,2	4,8
	Octobre		80,2	13	21
	MOYENNE EN 2006		55,7	8,1	12,9
Office du Niger/Kati ^[55]	Juin	2007	22,6	4,16	6,4
Pongono ^[52]	Juillet		38,6	5,2	2,5
Office du Niger/Kati ^[55]	Octobre		36,13	8,03	0,4
	MOYENNE EN 2007		32,44	5,80	3,10

Office du Niger/Kati ^[55]	Avril	2008	31,93	11,6	3
MOYENNE EN 2008			31,93	11,6	3

Les valeurs moyennes en zone rurale les plus basses d'IP et d'IS sont observées durant l'année 2008 avec respectivement **31,93% et 3%**.

Tableau 34. Répartition des indices paludométriques par période de passage dans les zones urbaines du Mali.

REGION ^[R&f]	PASSAGES				
	MOIS	ANNEE	IP (%)	IG (%)	IS (%)
Bandiagara ^[72]	Juin	2008	9,5	1,4	-/-
	Juillet		8,7	0,9	-/-
	Aout		12	1,5	-/-
	Septembre		8,5	2	-/-
	MOYENNE EN 2008		9,675	1,45	
Bandiagara ^[69]	Juin	2009	-/-	1,7	-/-
	Juillet		-/-	2	-/-
	Aout		-/-	1	-/-
	Septembre		-/-	0,3	-/-
	Décembre		-/-	3,05	-/-
	MOYENNE EN 2009			1,61	
Bandiagara ^[69]	Janvier	2010	-/-	1,04	-/-
	Février		-/-	2,2	-/-
	Mars		-/-	0	-/-
	Avril		-/-	0,7	-/-
	Mai		-/-	0	-/-
	MOYENNE EN 2010			0,79	

Les valeurs moyennes d'IP en 2008 et IG en zone urbaine en 2010 sont respectivement de **9,67% et 0,79%**.

3.2. Résultats du sous-groupe focus 2 : les tendances CAP.

11 études ont répondues aux critères de sélection à ce niveau. Elles ont étudié un total de 13 localités distinctes.

Tableau 35 , Evolution en zone rurale des connaissances des mères d'enfants de 0-5ans sur le vecteur de la maladie et de leur degré d'utilisation des moustiquaires par année d'étude.

Régions ^[Réf]	Année	Connaissance du moustique comme vecteur (%)	Proportion utilisant comme mesure de protection (%)	
			Les moustiquaires	Les MI
Kendié/Bandiagara ^[112]	2003	4,45	36,35	0,61
Finkolo/Sikasso ^[115]	2003	10,35	17,06	-/-
MOYENNE EN 2003		7,4	26,705	0,61
Bougouni, Kolondiéba et Yanfolila ^[126]	2004	-/-	-/-	16,43
MOYENNE EN 2004		-/-	-/-	16,43
Niono ^[164]	2007	-/-	81,6	32,87
MOYENNE EN 2007		-/-	81,6	32,87
Baguinéda/Kati ^[166]	2010	92,9	90,65	-/-
MOYENNE EN 2010		92,9	90,65	-/-
Bancoumana/Kati ^[180]	2011	-/-	-/-	40,9
Dialakorodji/Kati ^[181]	2011	68,3	-/-	56,59
MOYENNE EN 2011		68,3	-/-	48,75

En zone rurale, les plus forts taux de connaissance du moustique comme vecteur de la maladie, et d'utilisation des MI sont notés respectivement en 2010 (**92,9%**) et 2011 (**48,74%**).

Tableau 36 : Evolution en zone urbaine des connaissances des mères d'enfants de 0-5ans sur le vecteur de la maladie et de leur degré d'utilisation des moustiquaires par année d'étude.

Régions ^[Réf]	Année	Connaissance du moustique comme vecteur (%)	Proportion utilisant comme mesure de protection (%)	
			Les moustiquaires	Les MI
Bamako ^[140]	2008	83,1	-/-	83,7
MOYENNE EN 2008		83,1	-/-	83,7
Commune V/ Bko ^[176]	2011	63	45,5	-/-
Niamakoro ^[177]	2011	-/-	80,6	78,91
Commune III/ Bko ^[178]	2011	65,2	95,2	84,6
MOYENNE EN 2011		64,1	73,77	81,75

En zone urbaine, les plus forts taux de connaissance du moustique comme vecteur de la maladie, et d'utilisation des MI sont notés respectivement en 2008 (**83,1%**) et 2011 (**81,75%**).

Tableau 37 . Evolution en zone rurale, des attitudes des mères d'enfants de 0 à 5ans en premier recours devant le paludisme selon les études.

Régions ^[Réf]	Année	Attitude en premier recours devant le paludisme(%)		
		Automédication	Tradi-thérapeute	CS
Kendié/Bandiagara ^[112]	2003	71,66	18,79	17,12
Finkolo/Sikasso ^[115]	2003	61,8	10,45	13,05
MOYENNE EN 2003		66,73	14,62	15,085
Baguinéda/Kati ^[166]	2010	23,95	0,35	75,7
MOYENNE EN 2010		23,95	0,35	75,7
Bancoumana/Kati ^[180]	2011	11,35	4,65	58,9
MOYENNE EN 2011		11,35	4,65	58,9

En zone rurale, le plus grand taux de recours aux centres de santé en première intention est note en 2011 (**58,9%**). C'est aussi l'année de plus faible recours à l'automédication et aux tradi-pratients (11,35% et 4,65%).

Tableau 38 . Répartition en zone urbaine, des attitudes des mères d'enfants de 0 à 5ans en premier recours devant le paludisme selon les études.

Régions ^[Réf]	année	Attitude en premier recours devant le paludisme (%)		
		automédication	Tradi-thérapeute	CS
CommuneV/ Bko ^[176]	2011	42,5	27,5	30
MOYENNE EN 2011		42,5	27,5	30

En zone urbaine **42,5%** des mères font recours à l'automédication en première intention devant le paludisme.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Contraintes et limites.

Notre étude a été confrontée à un certain nombre de contraintes et limites dont la notification est indispensable.

- Les thèses non retrouvées et les thèses ne disposant pas de résumé.
- La Difficulté à déterminer le domaine au premier plan :
 - ❖ Thèses à plus de deux domaines abordées.
 - ❖ Les thèses portant sur la relation ou l'impact d'un domaine sur un autre.
- Le choix des variables et la disposition des résultats.

En effet différentes variables pouvaient être utilisées pour répondre à une même question générale. Ceci était fonction de l'objectif de l'auteur. Ainsi même si les résultats découlaient d'études ayant le même objectif, ils n'étaient pas systématiquement présentés d'une même manière. Rendait difficile l'exploitation.

- La faible taille de l'échantillon des sous-groupes focus.

Ceci du fait que des études pouvaient présenter des résultats vis-à-vis des variables recherchées mais ne pas respecter les autres critères de sélection (population cible, caractère prospectif de l'étude et/ ou lieu de l'étude).

2. Sur l'ensemble des études portant sur le paludisme

2.1. La proportion des thèses sur le paludisme ,

Par rapport à l'ensemble des thèses soutenues.

En moyenne, 5,46% des thèses soutenues portent sur le paludisme. Les taux maximum d'intérêt pour les études sur le paludisme sont notées en 2003 (8,84%) et en 2012 (8,00%). Nos résultats sont proches de ceux de PUEPI M.A. [21] qui trouva une proportion de 4,6 % de thèses réalisées sur le

paludisme par rapport à l'ensemble des thèses soutenues entre 2007 et 2008.

Par rapport à la section de l'étude.

Dans la section médecine, en moyenne, **4,36%** des thèses soutenues portent sur le paludisme, l'intérêt maximum est noté en 2012 (7.37%). Nos résultats sont proches de ceux de **PUEPI M.A. [21]** qui trouva une proportion de **3,5%** en médecine entre 2007 et 2008.

A l'opposé, en moyenne **11,26%** des thèses de pharmacie portent sur le paludisme avec un maximum en 2003 avec 14.06%. Nos résultats sont comparables à ceux de **PUEPI M.A. [21]** qui trouva entre 2007 et 2008 une proportion de **11,54%**.

2.2. Les caractéristiques méthodologiques des thèses sur le paludisme .

Selon les pays de l'étude :

La majorité des thèses ont été réalisées au Mali (**96,2%**). Les études de **PUEPI M.A. [21]** et de **SAADE O.H. [7]** corroborent ces résultats. Eux même ayant trouvé cette même prédominance d'études faites sur le territoire malien (respectivement 92% et 100%).

Selon la zone d'étude :

Les études réalisées en zone urbaine ont été les plus nombreuses soit **55,56%**. Suivies par les études en zone rurale (37,70%). **PUEPI M.A. [21]** trouve plutôt une prédominance d'études faite en zone rurale (54%). Ceci pourrait s'expliquer par le récent changement de cap quant aux domaines majoritairement abordés lors des études sur le paludisme mais surtout par le souci couvrir des zones peu étudiées.

Selon le site d'étude:

La majorité des études sur le paludisme sont faite dans zone géographique et/ou administrative (**40,1%**). **PUEPI M.A. [21]** obtint des résultats comparables avec une prédominance d'études réalisées dans les communautés (30 %), contrairement, **SAADE O.H. [7]** a trouvé que 80,5 % des thèses durant l'année 1985 à 2003 ont été réalisées au MRTC. Ceci pourrait s'expliquer par le souci des auteurs de récolter des résultats valable sur grande échelle.

Selon le type d'étude :

Dans la plupart des cas, les études s'étendaient sur 4 à 6 mois (30%) et étaient de type transversal (58,33%), descriptif (68%) prospectif (74,6%). PUEPI M.A. [21] obtint une prédominance d'étude prospectives (38%) s'étendant sur 7 à 1an (46%).

L'intérêt pour ce type méthodologique s'expliquerait par un certain nombre de facteurs.

- Le souci de fiabilité des résultats d'où l'intérêt d'étude prospective.
- Le souci évaluatif et les limites financières d'où l'intérêt pour les études descriptives et de moins d'un an.

Selon le type de paludisme :

La proportion des thèses traitant de l'infection palustre sans distinction de la forme clinique a été la plus élevée avec 78,97%. PUEPI M.A. [21] trouve des résultats comparables avec 64 % des thèses sur le paludisme traitant des 2 (deux) formes cliniques de paludisme.

Selon le domaine étudié au premier plan.

Les études CAP prédominent les études sur le paludisme avec une proportion de 31,7%. Elles sont suivies par les études épidémiologiques (19,8%) et les études thérapeutiques (16,7%). Le domaine thérapeutique avait été le plus étudié (34% des études sur le paludisme) d'après les travaux de PUEPI M.A. [21]. Comme ébauche d'explication nous évoquerons le nouvel intérêt pour l'étude de l'impact des connaissances, attitudes et pratiques des populations sur le succès des mesures mises sur pied dans la lutte contre la maladie.

3. Sur les études appartenant au focus-groupe.

3.1. Etude méthodologique.

Selon les domaines secondairement abordés.

47,6% des études du focus-groupe abordaient secondairement un autre domaine.

L'association de l'étude épidémiologique du paludisme à l'étude CAP est la plus fréquente (14,3% +

16,9%). Ceci s'expliquerait par l'intérêt des étudiants pour élucider la question de l'impact des comportements attitudes et pratiques de la population sur l'épidémiologie du paludisme.

Selon la population d'étude.

28,4% des études du focus-groupe ciblaient plusieurs groupes comme population d'étude. Les enfants sont le groupe le plus ciblé individuellement (23,46%). Ils sont suivis par les femmes enceintes (10,49%).

Lorsqu'on cumule les résultats individuels et ceux des occurrences en combinaison, la conclusion suivante peut être tirée : les enfants, les femmes enceintes, le personnel de santé et les mères ou parents sont par ordre décroissant, groupes les plus étudiés.

Ceci s'expliquerait en considérant certaines réalités :

- Les enfants et les femmes enceintes sont des couches vulnérables pour le paludisme.
- Le personnel de santé et les mères occupent une place importante dans le succès des mesures de lutte et de prise en charge des cas de paludisme.

3.2. Analyse des tableaux synthétiques.

Par rapport à l'épidémiologie générale du paludisme

Le paludisme reste la première cause de consultation au sein des structures sanitaires au Mali. Cette observation est particulièrement affirmée lorsque les patients consultent pour des accès fébrile [40, 51, 53, 62, 73, 74, 75].

La proportion de cas de paludisme simple est majoritaires par rapport à celle de paludisme grave [58, 62, 64, 71].

Le vecteur majeur était *An. Gambiae* s.l. [52, 55].

Les quatre espèces d'agents pathogènes ont été répertoriées sur l'étendue du territoire. Mais dans tous les cas *Plasmodium falciparum* était prédominant avec une proportion toujours supérieure à 80%. [31, 32, 33, 36, 43, 52, 55, 72].

- **Paludisme simple**

Le symptôme le plus représenté dans les formes simples était la fièvre. Les céphalées les courbatures, hépato splénomégalie constituent les autres symptômes du tableau clinique [58, 47]

- **Paludisme grave**

L'atteinte neurologique : Coma et convulsion a été le phénotype prédominant du paludisme grave. [111, 125, 48, 100, 109]

Le coma avec hypoglycémie est la première cause de décès (42,57%) [85]. La mortalité spécifique au paludisme grave au sein des structures hospitalières variait, selon les études entre 10% et 20%. [111, 102, 125]

Paludisme et saison.

L'étude de **MOMO N.A.** [36] montre que la prévalence générale de l'infection palustre et d'accès palustre était plus élevée en saison sèche froide (respectivement 34,2% et 25,61) qu'en saison sèche (respectivement 6,3% et 3,46%). **KONE M.O** [58] trouve que la prévalence d'infection palustre est maximale en saison de pluie. Les prévalences les plus élevées sont notées entre Juin et Octobre. Ces observations sont aussi affirmées par d'autres études. [53, 57, 61, 67, 75].

La hausse du taux d'incidence est concomitante avec la pluviométrie et l'humidité relative [56].

Paludisme et comorbidités.

- **Paludisme et schistosomose urinaire**

L'incidence des accès palustres était significativement plus élevée chez les enfants non infectés par *S. haematobium*. Elle était aussi inversement proportionnelle à la charge d'excrétion ovulaire de *S. haematobium*. [34]. Ce même résultat est corroboré par les études de **DIABATE D.** [42] et **DOUMBIA S.** [44]. Ils ajoutent d'ailleurs que le portage chronique de *S. haematobium* constituait un facteur de protection contre le paludisme.

▪ Paludisme et VIH

BIAPO K. [78] trouve qu'il n'existe aucune différence entre les patients souffrant de paludisme séropositifs et séronégatifs au VIH sur le plan des résultats cliniques et biologiques. Cette constatation sera affirmée par les études de **KEITA P.M. [43]** et **BANE A.M. [97]**.

KEITA P.M. [43] montre que l'expression clinique du paludisme était plus prononcée chez les séropositifs au VIH. Le risque d'exposition au paludisme grave et compliqué au cours de l'infection VIH était plus important chez les patients au stade SIDA que ceux séropositifs [43]. L'incidence du paludisme grave était plus importante chez les patients profondément immunodéprimés [97].

▪ Paludisme et hémoglobinopathies

Le portage du gène S à l'état hétérozygote AS était associé à une réduction significative du risque de paludisme grave et compliqué [$\text{Khi}^2=4,97$, $p=0,02$, $\text{OR}=0,45$ ($0,22<\text{IC}<0,92$)] [82]. Parmi les sujets porteurs de l'hémoglobine AS, 8,3% ont développé le paludisme grave contre 14% chez les sujets normaux AA ($p=0,01$) [50]. Par contre le portage de l'alpha-thalassémie ne conférait aucune protection contre les formes graves ou compliquées de paludisme à *P. falciparum*. Plus encore, elle n'était pas associée à la survenue de l'anémie au cours de l'infection palustre à *P. falciparum*. [99].

▪ Paludisme et IRC

La charge parasitaire n'était pas élevée chez les insuffisants rénaux chroniques présentant le paludisme [96]. L'hyperphosphorémie et l'hypocalcémie, fréquentes au cours de l'IRC ne sont pas majorées au cours de l'infection palustre [96, 105]

Paludisme et gestation

Les primigestes et les secondigestes étaient les plus affectées par le paludisme [90, 93, 101, 68].

Le paludisme joue une grande part dans la prématurité [95]. Les complications du paludisme sur grossesse sont la RPM, l'HPP [108] et l'anémie [91, 108].

▪ La chimio prévention chez la femme enceinte.

SAMAKE O. [121] trouve que 29% seulement des femmes ont utilisé le TPI à la SP et 43,5% ont observé la chimio prévention (SP). Ces résultats sont comparables à ceux de **ADEBO J.A.Y. [143]** (30% des mères ont reçu leur première dose de SP taux de non observance de 30%) et de **NIANGALY M. [146]** (29,72% des gestant ont reçu leurs deux doses de SP en TPI).

Ces chiffres se sont nettement améliorés lorsqu'on regarde les résultats de **BARRY B. [147]** et d'autres auteurs. **[161, 162, 165]** Ils trouvent des taux de participation à la chimio prévention (SP) supérieur à 65% et des taux d'observance au traitement supérieur à 30%. Ceci est un plus lorsqu'on considère que les gestantes ayant fait recourt à la chimio prévention par la SP pendant leur grossesse étaient moins infectées que celles qui avaient fait recourt à la chloroquine. **[121]** Aussi que les femmes participant à une chimio prophylaxie anti palustre à la SP faisaient moins d'anémie **[146, 147]**.

Paludisme et CAP des agents de santé

- **Antipaludique utilisé**

- ❖ Pour le paludisme simple.

DIARRA O.B. [113] montre que dans la majorité des cas de traitement moderne (35%) le médicament le plus utilisé est la chloroquine. Les CTA remplaceront la chloroquine et L'association Artésunate + Amodiaquine représente, dans les études récentes, la CTA de choix des prescriptions. **[23, 55, 135, 138, 142, 144, 149, 152, 160, 173, 184,].**

- ❖ Pour le paludisme grave.

Le traitement fait appel à la quinine sous forme injectable **[118 120, 122, 124, 133, 139, 144, 170, 23]**.

- **La prise en charge**

TRAORE M. [123] montre que la prise en charge est à 95% correct quant au choix du médicament. D'autres études ont des résultats soutenant cette conformité du médicament prescrit aux directives du PNLP en vigueur. **[126, 144, 171]**.

TRAORE M. [123] trouva aussi que la prescription était inadéquate dans 100% des cas quant à la posologie et à la durée du médicament. Ceci est corroboré par une autre thèse [144].

Les études plus récentes trouveront des résultats opposés à cette dernière observation (plus de 80% de prescriptions correctes) [135, 168, 173, 64].

La majorité de la prise en charge correcte a été faite par les médecins. [159]

Paludisme et examen complémentaire

Des différents types d'examen complémentaire, la goutte épaisse a été l'examen biologique le plus demandé [120, 123].

Dans moins de 30% des cas la confirmation biologique était demandée [158].

4. Sur les études appartenant aux sous-groupes focus

4.1. Le sous-groupe focus1 :

Paludisme et âge.

Dans 75% des localités étudiées, les enfants appartenant à la tranche d'âge 0- 5ans étaient les plus affectés par le paludisme. En 2004 déjà, l'étude de **BOUGOUMA E.C. [32]** montrait que les paramètres épidémiologiques du paludisme diminuaient avec l'âge. Aussi Le taux d'incidence du paludisme était de 3,1‰ pers/jr chez l'adulte et de 19,5‰ pers/jr chez l'enfant ($p < 0,001$). Dans la même lancée d'autres études montreront que la tranche d'âge de 0 – 5ans est la plus affectée par le paludisme. [37, 49, 69, 74, 75, 77, 107,109]

Le paludisme est aussi responsable de 34,3% des absentéismes scolaires. [61].

Paludisme et indices paludométriques :

Notre étude montre qu'en zone rurale comme en zone urbaine, les valeurs moyennes des indices paludométriques décroissent au fil des années. Seul l'IG moyen en zone rurale, a augmenté en 2008 à 11,6% par rapport à sa valeur en 2004 (7,01%).

Aussi les données comparables et les plus récentes(2008) des indices paludométriques (IP et IG), sont

plus élevées en zone rurale (**31,93% et 11,6%**) qu'en zone urbaines (**9,67% et 1,45%**). Ceci s'expliquerait premièrement par le succès des mesures de prévention et de traitement du paludisme dans les deux zones ; secondairement par la zone rurale qui constitue en général un biotope favorable aux anophèles. Et enfin par la forte densité en services sanitaires et de soins en zone urbaine.

4.2. Le sous-focus- groupe 2 : CAP des mères d'enfants de moins de 5ans.

- **Connaissance du vecteur du paludisme.**

Dans les zones rurales, on note chez les mères d'enfants de 0 à 5ans, une augmentation des connaissances du moustique comme vecteur de la maladie (évolution de **4,45%** en 2003 à **68,3%** en 2011). A l'opposé dans les zones urbaines, la connaissance chez les mères d'enfants de moins de 5ans du moustique comme vecteur de la maladie va décroissant au fil des années. Une évolution de **83,1%** en 2008 à **64,1%** en 2011.

Aussi les données les plus récentes (2011) montrent que de manière générale cette connaissance est plus élevée en zone rurale qu'en zone urbaine (respectivement **68,3%** contre **64,1%**). Ceci s'expliquerait par le succès des programmes d'information sur la maladie en zone rurale par rapport à la zone urbaine. Mais aussi par la petite taille de l'échantillon qui n'est pas assez représentatif.

- **Utilisation des moustiquaires.**

En zone rurale une augmentation de l'usage des moustiquaires chez les mères est à noter au fil des années. Ceci est particulièrement remarquable quant à l'usage des MI (**0,61%** en 2003 à **48,75%** en 2011). L'évolution est contraire dans les zones urbaines. Il s'agit de **83,7%** en 2009 à **81,75% en 2011**. Malgré tout le niveau d'utilisation des MI en zone urbaine demeure plus élevé que celui en zone rurale.

Ceci pourrait s'expliquer par le succès du programme de gratuité et de la promotion des MI pour les groupes vulnérables au paludisme.

- **L'automédication.**

Nos résultats en zone rurale montrent une baisse du taux de recours par les mères à l'automédication en première intention (de **71,66%** en 2003 à **11,35%** en 2011). Les taux les plus récents d'automédication en première intention sont plus élevés en zone urbaine qu'en zone rurale (respectivement **42,5%** contre **11,35%** en 2011). Des populations urbaines qui prétendent connaître les molécules du traitement du paludisme pourraient expliquer ces résultats.

- **Niveau de recours à la médecine moderne et/ ou traditionnelle.**

L'évolution du taux de recours en première intention aux tradi-praticien est inversée par rapport à celui des centres de santé en zone rurale. En effet le recours aux tradi-pratiens baisse (**18,79%** en 2003 à **4,65%** en 2011) alors que le recours au centre de santé par les mères augmente (**17,12%** en 2003 à **58,9%** en 2011).

En zone urbaine, les observations les plus récentes ne sont pas positives lorsque comparées à celles de la zone rurale. Le taux de recours aux tradi-praticien est plus élevé en zone urbaine qu'en zone rurale (respectivement en 2011, **27,5%** contre **4,65%**). Aussi le taux de recours en première intention aux centres de santé est plus bas en zone urbaine qu'en zone rurale (en 2011 respectivement **30%** contre **58,9%**).

Nos résultats s'expliqueraient par la faible taille des échantillons. Ils sont peu représentatifs de toutes les zones urbaines et rurales du Mali.

CONCLUSION ET SUGGESTIONS

1. Conclusion.

Au terme de ce travail, nous pouvons retenir qu'une proportion non négligeable de thèses soutenues à la FMOS/FAPH est consacrée au paludisme. Il s'agit en majorité d'études transversales, descriptives, prospectives s'étendant sur une période de 4 à 6 mois. L'étude de l'évolution de la proportion de thèses sur le paludisme, montre que les étudiants s'intéressent d'avantage du domaine des CAP par rapport aux autres domaines (épidémiologiques, thérapeutiques et cliniques). Les populations les plus souvent ciblées sont par ordre d'importance les enfants (0-16ans), les femmes enceintes, le personnel de santé, et les mères. Par ailleurs, c'est surtout en zone rurale que la diminution globale des indices paludométriques est appréciable. Cette nette diminution est concomitante à l'amélioration des connaissances et attitudes des populations rurales face au paludisme.

2. Suggestions.

- **Aux Autorités.**

Le financement d'études innovantes et de grande ampleur (longitudinales et de longue durée) sur le paludisme.

La pérennisation et l'augmentation des activités de lutte et de prévention du paludisme en zone rurale et en zone urbaine.

- **Décanat de l'U.S.T.T.B.**

Informatisation des registres de thèses et de soutenances.

Inclusion systématique d'un maître en santé publique au jury de chaque thèse ; pour améliorer la qualité du document et veiller à la rigueur dans la rédaction scientifique.

- **Au corps professoral**

La proposition de sujets de thèses abordant les domaines du paludisme non couverts ou relégués à un second plan.

La constitution de protocoles d'étude commun et fonction du domaine étudié. Pour permettre la comparaison fiable des variables et un suivi systématique et au long terme des populations vulnérables au paludisme.

- **Au personnel de la bibliothèque**

La mise à jour régulière du registre et catalogue de thèses soutenues tant au niveau des locaux de la bibliothèque que de son site internet.

La vérification de l'intégrité du fichier numérique de la thèse lors de son dépôt.

La constitution d'un serveur des bases de données des thèses.

- **Aux étudiants.**

La redistribution des documents de thèses à leur place après consultation.

Le dépôt au niveau de la bibliothèque de fichier numérique complet de leur thèse.

La précision systématique du domaine étudié parmi les mots clé pour une meilleure indexation.

L'apport dans le résumé, de réponses claires aux objectifs spécifiques fixés.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **OMS** <http://www.who.int/campaigns/malaria-day/2013/fr/index.html>; 03-09-2013 à 21h 40min
2. **OMS factsheet** <http://www.who.int/features/factfiles/malaria/fr/index.html>; 03-09-2013 à 21h30min
3. **SLIS 2011** Annuaire Statistique Sanitaire du Système Local d'Informations 2011
4. **Bkonews** <http://news.abamako.com/h/17708.html>; 03-09-2013 à 21h 00min
5. **SAYE R.** Intérêt de L'OptiMAL-IT dans le diagnostic du Paludisme et le suivi du Traitement aux Anti malariques au Mali. Thèse Pharm FAPH/Bko-Mali 2005 ; n°23.
6. **Ministère de santé OMS-DNS** Manuel de formation sur la prise en charge des cas de paludisme dans la formation sanitaire Mars 2005 P58
7. **SAADE H.O.** Le paludisme au mali: bilan de dix-huit années d'activités de recherche et de lutte (1985– 2003). Thèse Med FMOS/Bko 2005; n°92
8. **KONATE. S** Place du paludisme dans les manifestations fébriles au niveau du cscom de baco-djicoroni (Juillet à Novembre 2011). FMOS. Bko 2012;Thèse Med; n°279
9. **CARNAVALE et al** "Les vecteurs et la transmission" in paludisme Université franco UREF Edition Ellipses Paris 1991.
10. **Pays et territoires affectés par le paludisme en 2010**
<http://www.cfe.fr/pages/votre-sante/antipaludeens.php>; 03-09-2013 à 21h12min
11. **DOUMBO et al** Épidémiologie du paludisme au Mali. Étude de la chloroquino-résistance. Essai de stratégie, contrôle basé sur l'utilisation des rideaux imprégnés de permettrine associé au traitement systématique des accès fébriles. Thèse de doctorat, science biologiques (parasitologie, pathologie, écologie), MONTPELLIER, 1992.
12. **GENTILLINI M.** Médecine tropicale, 4^{ème} édition : Flammarion Paris 1986.
13. **KOÏTA O.** Contribution à l'étude épidémiologique du paludisme le long du tronçon de la route transsaharienne au Mali de Plasmodium Falciparum. Thèse Pharm FAPH/Bko 1988.
14. **Cox-Singh et al, 2008** Plasmodium knowlesi malaria in humans is widely distributed and potentially lifethreatening. Clin Infec Dis, 2008, 46, (2), 165–171.
15. **Association française des enseignants de parasitologie et mycologie médicales, 2007**
16. **Rousset J.-J.** Maladies parasitaires. Paris : Masson, 1995. 192 p.

17. CDC cycle du développement du plasmodium, <http://www.dpd.cdc.gov/dpdx> 03-09-2013 à 21h 50min
18. **Martin Danis and Jean Mouchet** Paludisme d'importation tardif à *Plasmodium falciparum* de l'adulte. Médecine Tropicale 66 (2006) pp. 310-312.
19. **Mouchet et al.** Biodiversité du paludisme dans le monde. Paris : John Libbey Eurotext, 2004. 428 p.
20. **WHO** Severe and complicated malaria, Trans R SOC Trop Med Hyg 94 (2000) pp. 1-90.
21. **PUEPI A. M.** Etude bibliographique des thèses réalisées sur le paludisme a la FMPOS, de janvier 2007 à décembre 2008. These Med FMOS/Bko2010 ; n°68.
22. **SOGOBA F. L.** Etude de la prise en charge des cas de paludisme dans le district sanitaire de Douentza de janvier 2008 à décembre 2009. Thèse Med FMOS/Bko 2012; n°311
23. **DIARRA V.** Dynamique des paramètres malariométriques en fonction des Ethnies a Mantéourou de 1998 à 2008. Thèse Med FMOS/Bko2009 n°320.
24. **PNLP** Politique Nationale de lutte contre le paludisme au Mali. 2009. 22p
25. **Rogier C et al** Evaluation épidémiologique du paludisme en zone d'endémie, Med Trop 2009; 69 : 123-142
26. **Abalos E, et Al.** Critical appraisal of systematic reviews. WHO Reproductive Health Library, No 4, Geneva, World Health Organization, 2001 (WHO/RHR/01.6).
27. **Wikipedia** http://en.wikipedia.org/wiki/Systematic_review 04-10-2013 à 21h00min
28. **Wikipédia**
http://fr.wikipedia.org/wiki/%C3%89ducation_au_Mali#L.E2.80.99enseignement_sup.C3.A9rieur;
03-10-2013 à 21h12min
29. **FMPOS** www.kenya.net/fmpos; 03-09-2013 à 21h12min
30. **Hamado H.** Risque de paludisme transfusionnel à Bamako Thèse Pharm FAPH/Bko2003; n°56
31. **DARAR H.Y.** Etude épidémio-clinique et moléculaire du Paludisme à *Plasmodium falciparum* par la MSP-1 à Missira (Cercle de Kolokani). Thèse Med FMOS/Bko2004 ; n°99.
32. **BOUGOUMA E.C.** Morbidité du paludisme en zone hyperendémique du Burkina- Faso. Etude de l'indice plasmodique et de l'incidence clinique. Thèse Pharm FMPOS/Bko2004; n°51.
33. **MAIGA S. M.** Paramètre épidémiologiques de la transmission du paludisme dans le cercle de Ménaka pendant la saison sèche chaude. Thèse Med FMOS/Bko2005 ; n°163.
34. **SISSOKO K.** Impact l'infection a *Schistosoma haematobium* sur les paramètres paludométriques

dans un village d'endémie palustre au Mali. Thèse Med FMOS/Bko2005 ; n°121.

35. IBRAH.M. Radiations solaires ultraviolette et paludisme à Bamako. Thèse Pharm FAPH/Bko2005 ; n°45.

36. MOMO N.A. Etude comparative des indices parasitologiques et cliniques de la transmission palustre en période de saison sèche chaude et froide dans le cercle de Ménaka (mali). Thèse Med FMOS/Bko2006 ; n°117.

37. DIASSANA M. Place du paludisme dans l'origine des accès fébriles observés au CSREF de la commune vi du district de Bamako. Bko Thèse Med 2006; n°129

38. TRAORE H. Effet de l'infection a *Schistosoma Haematobium* sur l'évolution des paramètres paludométriques dans un village d'endémie palustre au Mali. Thèse Med FMOS/Bko2006; n°270.

39. DIARRA S.D. Etude de la mortalité et de la morbidité dues au neuropaludisme au service de pédiatrie de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou, chez les enfants de 6 mois a 15 ans. Thèse Med FMOS/Bko2006 ; n°346.

40. BOUBACAR G. Analyse des données du système local d'information sanitaire sur le paludisme, les ira basses et les diarrhées dans le cercle de Niono. Thèse Med; FMPOS/Bko 2006 ; n°348.

41. KOLI D.L.A. Prévalence des consultations du paludisme au CSCOM de Koulouba(Mali). Thèse Pharm FAPH/Bko 2006 ; n°58

42. DIABATE D. Impact du portage chronique de *Schistosoma haematobium* sur l'infection palustre à Bandiagara, mali. Thèse Pharm FAPH/Bko2006 ; n°62.

43. KETTA M. Variations saisonnières des aspects épidémiologiques cliniques du paludisme à Missira (Kolokani) de 2004 à 2005. Thèse Med FMOS/Bko2007 ; n°89.

44. DOUMBIA S. Évolution des paramètres paludométriques au cours de la coïnfection *Schistosoma haematobium* et *Plasmodium falciparum* dans un village au Mali.; Thèse Med FMOS/Bko2007 ; n°187.

45. KETTA P. M. Prévalence du paludisme au cours du VIH/SIDA en milieu hospitalier de Bamako.; Thèse Med FMOS/Bko2007 ; n°207.

46. TOLO Y. Relation entre l'anémie et le paludisme dans deux groupes d'ethnies vivant en sympatrie au Mali.; Thèse Pharm FAPH/Bko2007 n° 7.

47. TEMBINE I. Fréquence de l'accès palustre en post-opératoire immédiat dans le service de chirurgie A et B du CHU du Point G.; Thèse Med FMOS/Bko2007 ; n°116.

48. TAPILY A. Splénomégalie et paludisme au sein de 2 groupes ethniques vivant en sympatrie en

zone sahélienne du Mali (Dogon et Peulh). Thèse Med FMOS/Bko2008 ; n° 125.

49. BAMBA K. Place du paludisme dans les hospitalisations fébriles dans le service de pédiatrie du CHU Gabriel Touré de janvier à décembre 2006. Thèse Med FMOS/Bko2008 ; n°141.

50. KONE S.M. Association trait drépanocytaire et déficit en G6PDA : Impact sur la protection contre le paludisme grave à Kangaba et Kéla de juin 2001 à janvier 2004. Thèse Pharm FAPH/Bko2008 ; n°94.

51. IBRAHIM .M Place du paludisme dans les étiologies des accès fébriles observés au CSCOM de Baco-djicoroni en commune V du district de Bamako.; Thèse Med FMPOS /Bko 2009 ; n°111.

52. NIANGALY A. Epidémiologie du paludisme dans un village de la plaine du pays Dogon au Mali. Pongono.; Thèse Med FMOS/Bko2009 ; n°151.

53. BARRY A. Morbidité palustre dans deux localités du cercle de Kolokani: Nossoumbougou et Didien.; Thèse Med FMOS/Bko2009 ; n°431.

54. KONATE M. Etude de la comorbidité paludisme et fièvre typhoïde au centre de santé de référence de Niono.; Thèse Med FMOS/Bko 2009; n°475.

55. DIALLO M. Etude Epidémiologique de la transmission du paludisme en saison sèche dans trois villages riverains du fleuve Niger; Thèse Med FMOS/Bko 2010; n°20.

56. DOUMBIA S. Impact du changement climatique sur l'incidence du paludisme au mali de 1998 à 2007.These Med FMOS/Bko 2010; n°196.

57. SAMASSA F. Etude de la saisonnalité du paludisme à Plasmodium falciparum en milieu urbain de Bamako.; Thèse Med FMOS/Bko 2010; n°294.

58. KONE M.O. Prévalence du paludisme au centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako.; Thèse Med FMOS/Bko 2010; n°321.

59. SIDIKI K. Evaluation du poids du paludisme pendant la grossesse dans la zone de Fana (Mali).Thèse Med FMOS/Bko 2010; n°353.

60. SAMAKE.Y Epidémiologie du paludisme dans la population rurale de Kollé et péri urbaine de Sotuba.; Thèse Med FMOS/Bko 2010; n°379.

61. BALAM A. Epidémiologie du paludisme chez les scolaires de Doneguebougou durant l'année scolaire 2007-2008.

62. DOUMBIA M.S.B. La fréquence des consultations pour paludisme au CSREF de la commune I; Thèse Med FMOS/Bko 2010; n°483.

63. MBASSI J.J.C Etude comparative des indices paludométriques et cliniques de Bamako, Dioro,

Ménaka et Missira.; Thèse Med FMOS/Bko 2010; n°603.

64. SANOGO A.B. Etude épidémio-clinique du paludisme chez les enfants de 5 à 12 ans au CSREF de la COM IV du district de Bko. Thèse Med FMOS/Bko2011 ; n°21.

65. ZE P.A. La co infection paludisme/VIH-SIDA chez les détenus à la maison d'arrêt et de correction de Kati (Koulikoro-Kati). Thèse Med FMOS/Bko2011 ; n°28.

66. KONE A.A. Place du paludisme chez les scolaires reçus en consultation au CSCOM de Daoudabougou de Janvier 2006 à Décembre 2009. Thèse Med FMOS/Bko2011 ; n°74

67. DIA S. Epidémiologie du paludisme dans une zone soudano-guinéenne du Mali Kambila cercle du Kati. Thèse Med FMOS/Bko2011 ; n°93.

68. ALASSANE I. Paludisme au premier trimestre de la grossesse au CSREF de la COM I du district de Bko. Thèse Med FMOS/Bko2011 ; n°116.

69. DEMBELE A. A. Incidence du paludisme chez les enfants de 0 à 6 ans vivant à Bandiagara. Thèse Med FMOS/Bko2011 ; n°161.

70. TRAORE C. Etude de la morbidité palustre dans le service de pédiatrie de l'hôpital de Sikasso. Thèse Med FMOS/Bko 2011; n°237.

71. TRAORE Y.B. Prévalence et prise en charge du paludisme en milieu rural cas du Centre de santé de Gakoura RD sur 10 ans. Thèse Med FMOS/Bko2011 ; n°241.

72. CISSE K. B. Incidence du paludisme chez les enfants de 1 à 5 ans à Bandiagara. Thèse Pharm FAPH/Bko2011 ; n°15.

73. DIALLO M. Place du Paludisme dans les Syndromes Fébriles au Service d'Urgence de l'hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou. Thèse Med FMOS/Bko2012 ; n°59.

74. DIARRA M.N. Place du paludisme dans les étiologies des accès fébriles observés au CSCOM de Yirimadio en COM VI du district de Bko. Thèse Med FMOS/Bko2012 ; n°190.

75. BONCANE A. Etude de la prise en charge du paludisme grave chez les enfants de 0 à 5 ans à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou. Thèse Med FMOS/Bko2012 ; n°235.

76. OUEDRAGO D.S. Place du paludisme dans les étiologies des affections fébriles observées au CSREF. Thèse Med FMOS/Bko2012 ; n°265.

77. YACOUBA S. S. Place du paludisme dans les manifestations fébriles au niveau du cscm de Baco-djicoroni (juillet à novembre 2011). Thèse Med FMOS/Bko2012 ; n°276.

78. BIAPO K. Coïnfections paludisme et VIH/SIDA dans les services de médecine interne et des maladies infectieuses de l'hôpital national du point 'G'. Thèse Med FMOS/Bko2004 ; n°80.

- 79. BAKAYOKO W.M.** paludisme sévère en milieu hospitalier: Diversité et masse allotypique du mérozoïtes surface protéine 1 du plasmodium Falciparum. Thèse Pharm FAPH/Bko2004 ; n°03.
- 80. DJEUMEN N.M.A.** Aspect sociodémographiques et cliniques du paludisme de la fièvre typhoïde dans un CSCOM de Bko. Thèse Med FMOS/Bko2005 ; n°27.
- 81. SISSOKO C.H.** Paludisme sévère et compliqué chez l'adulte courant l'année 2003 au service de réanimation de l'hôpital Gabriel Touré. Thèse Med FMOS/Bko2006 ; n°28.
- 82. BATHILY T.** Hémoglobine s et paludisme grave dans une population âgée de 3 mois à 5 ans dans les villages de Kangaba et de Kéla (mali) de juin 2001 à janvier 2005. Thèse Med FMOS/Bko2006 ; n°138.
- 83. DJOUFACK F.J.P.** Estimation du poids du paludisme chez la femme enceinte au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako. Thèse Med FMOS/Bko2006 ; n°131.
- 84. SALL H.A.** Incidence et modalités de prise en charge du paludisme grave et compliqué dans le service de pédiatrie du chu-Gabriel Touré. Thèse Med FMOS/Bko2006 ; n°155.
- 85. DIARRA J.P.** Etude clinique de la mortalité et de la morbidité dues au paludisme dans le service de pédiatrie de l'hôpital régional Nianankoro Fomba / Ségou. Thèse Med FMOS/Bko2006 ; n°335.
- 86. KANOUTE B.** Paludisme pendant la grossesse en zone périurbaine de Bamako (Mali) : cas du CS COM de Banconi.; Thèse Med FMOS/Bko2007 ; n°16.
- 87. GUINDO N.** Paludisme pendant la grossesse dans une zone de faible transmission du Mali (Tombouctou et Niafounké) ; Thèse Med FMOS/Bko2007 ; n°17.
- 88. DEMBELE H.** Association paludisme et grossesse au centre de santé de référence de la commune V de Bamako de 2000 à 2005; Thèse Med FMOS/Bko2007 ; n°174.
- 89. DICKO M. I.** Amélioration de la prise en charge du paludisme grave dans le service de pédiatrie de l'hôpital régionale de Sikasso.; Thèse Med FMOS/Bko2008 ; n°41.
- 90. KODIO N.** Paludisme et grossesse sur le plateau dogon en zone sahélienne du Mali, cas du CS COM de Sangha.; Thèse Med FMOS Bko 2008 ; n°81.
- 91. TRAORE A.** Association paludisme et grossesse dans le centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.; Thèse Med FMOS/Bko2008 ; n°223.
- 92. KOLOGA M.** Étude épidémio-clinique du paludisme grave dans le service de réanimation adulte du CHU Gabriel Touré.; Thèse Med FMOS/Bko2008 ; n°295.
- 93. TCHIEGUE T.T.** Paludisme au 1ier trimestre de grossesse au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako.; Thèse Med FMOS/Bko2008 ; n°400.

- 94. KOITA M.** Paludisme grave en réanimation au CHU du Point G : morbidité et mortalité. Thèse Med FMOS/Bko2008 ; n°411.
- 95. DEMBELE B.** Place du paludisme dans les accouchements prématurés au CSREF de Koutiala.; Thèse Med FMOS/Bko2008 ; n°448.
- 96. NYANGUI B.** Prévalence du paludisme chez l'insuffisant rénal chronique dans le service de néphrologie et d'hémodialyse du CHU du point G. Thèse Pharm FAPH/Bko2008 ; n°65.
- 97. BANE A. M.** Etude épidémio-clinique de l'association du paludisme et l'infection à VIH à l'hôpital Fousseni Daou de Kayes.; Thèse Med FMOS/Bko 2009; n°136.
- 98. DEMBELE M.Z.** Place du diagnostic du paludisme dans les "Suspensions d'Infections Bactériennes Invasives" (SIBI) chez les enfants de 0 à 15 ans reçus dans le service pédiatrique du CHU Gabriel TOURE; Thèse Pharm FAPH/Bko 2009 ; n°20.
- 99. DOUMBIA M.S.** L'impact de l'alpha thalassémie sur le paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans dans la ville de Kangaba et le village de Kéla.; Thèse Pharm FAPH/Bko 2009 ; n°85.
- 100. TRAORE S.S.** Incidence et modalités de prise en charge du paludisme grave et compliqué chez les enfants de 6 mois à 14 ans au centre de référence de Bougouni.; Thèse Med FMOS/Bko 2010 ; n°104.
- 101. SANOGO F.** Prévalence de l'anémie chez la femme en milieu endémique palustre de Missira.; Thèse Med FMOS/Bko 2010 ; n°290.
- 102. DIARRA E.D.** Paludisme grave : facteurs pronostics et coût du traitement chez les enfants de 3 mois à 14 ans dans le service de pédiatrie de l'hôpital Gabriel Touré.; Thèse Med FMOS/Bko 2010; n°304.
- 103. AMBASSOM.Y.T** Co- infections paludisme et infections bactériennes invasives en milieu pédiatrique de Bamako.; Thèse Pharm FAPH/Bko 2010; n°09.
- 104. BERTHE S.** Place du paludisme dans la survenue de l'anémie dans la population en zone d'endémie palustre du Mali CSREF de Bougouni.; Thèse Pharm FAPH/Bko 2010; n°59.
- 105. KONE T. Z.** Paludisme post transfusionnel chez l'insuffisant rénal chronique. Thèse Pharm FAPH/Bko 2010; n°68.
- 106. OMBOTIMBE A.** Etude des séquelles du neuropaludisme dans le service de pédiatrie du CHU- Gabriel Toure de Février 2009 à janvier 2010. Thèse Med FMOS/Bko2011 ; n°44.
- 107. ALKASSANE A. I.** Co infection paludisme et infections bactériennes invasives dans le service de Pédiatrie du CHU GT de Janvier 2007 à Décembre 2008. Thèse Med FMOS/Bko2011 ; n°105.

- 108. COULIBALY Y.T.** Place du paludisme dans les accouchements prématurés au CSREF de la COM V du district de Bko à propos de 100cas. Thèse Med FMOS/Bko2011 ; n°199.
- 109. TRAORE B.M.** Evaluation de la morbidité et mortalité du paludisme grave dans le service de la pédiatrie du CHU Gabriel Touré 2006–2010. Thèse Med FMOS/Bko2012 ; n°292.
- 110. KONE A.** Prise en charge du paludisme présumé simple dans le district de Bamako chez les enfants de moins de 5ans. Thèse Med ; FMOS/Bko 2002 ; n°02.
- 111. DIABATE K.** Fréquence et modalités de prise en charge du paludisme grave et compliqué : Intérêt de l'optimal IT dans le diagnostic du paludisme en unité de soins intensifs de l'Hôpital National du Point G. Thèse Med FMOS/Bko2004 ; n°78.
- 112. MAIGA S. A.** Attitudes et comportements des populations face au paludisme dans l'aire de santé de Kendié (Cercle de Bandiagara. Thèse Med FMOS/Bko2004 ; n°82.
- 113. DIARRA O.B.** Prise en charge à domicile des cas de paludisme simple chez les enfants de 6 mois à 5 ans dans la commune de baya (sous-préfecture de kangaré préfecture de Yanfolila) à propos de 400 cas. Thèse Med FMOS/Bko2004 ; n°92.
- 114. SANGARE D.** Etude de la prise en charge du paludisme par les thérapeutes traditionnels dans les aires de santé de Kendié Bandiagara et de Finkolo Sikasso. Thèse Pharm FAPH/Bko2004 ; n°27.
- 115. DAFÉ S.** Connaissances attitudes et pratiques des populations face au paludisme dans l'aire de santé de Finkolo (Sikasso) Mali. Thèse Pharm FAPH/Bko2005 ; n°195.
- 116. KONE I.A.** Collecte des données de base pour le suivi et l'évaluation des interventions de lutte contre le paludisme dans le district de Bko. Thèse Med FMOS/Bko2005 ; n°193
- 117. KANTE A.** Paludisme grave et compliqué chez l'adulte au cscom de N°Tomikorobougou. Thèse Med FMOS/Bko2005 ; n°231.
- 118. RASSOUL M.O.E.** Evaluation de la qualité de la prise en charge du paludisme grave à l'hôpital régional de Kaédi ; Mauritanie en 2000 et 2002. Thèse Med FMOS/Bko2006 ; n°137.
- 119. TRAORE B.O.** Acceptabilité du Quinimax® en solution intrarectale dans la prise en charge du paludisme grave chez l'enfant de 5 à 25 kg au mali. Thèse Med FMOS/Bko2006 ; n°154.
- 120. MOUSSA C.** Pratiques du personnel de santé devant les cas présumés de paludisme au cscom de l'ASACOLA I en commune IV du district de Bamako. Thèse Med FMOS/Bko2006 ; n°164.
- 121. SAMAKE O.** Efficacité de la chimioprévention de la sulfadoxine-Pyriméthamine sur le paludisme chez les femmes enceintes dans le cercle de Baraouéli. Thèse Pharm FAPH/Bko2006 ; n°31.

- 122. TANGARA A.** Prescription et disponibilité des antipaludiques dans les CSCOM de la Commune Urbaine de Kati. Thèse Pharm FAPH/Bko2006 ; n°80.
- 123. TRAORE M.** Évaluation de la prise en charge de la femme enceinte atteinte de paludisme au centre de santé de référence de Bougouni. ; Thèse Med FMOS/Bko2007 n°253.
- 124. DIOP M.** Recherche rétrospective sur l'utilisation des antipaludiques en vue de la mise en place d'une mutuelle de santé dans la région de Sikasso. Thèse Med FMOS/Bko2007 ; n°254.
- 125. OUATTARA B.** Prise en charge des cas de Neuropaludisme chez les enfants de 0 à 15 ans à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou.; Thèse Med ; FMPOS/Bko 2008 ; n° 02.
- 126. DIALLO M.K.** Prévention et contrôle du paludisme chez les femmes enceintes et les enfants de 0 à 5 ans dans les cercles de Bougouni, de Kolondiéba, de Yanfolila (expérience du CDC (Save children à Sikasso)). Thèse Med FMOS/Bko2008 ; n°62.
- 127. COULIBALY S.** Problématique des faibles poids de naissance et le paludisme dans le cercle de Bla. Thèse Med ; FMPOS/Bko 2008 ; n° 163.
- 128. DIARRA O.** Acceptabilité du traitement préventif intermittent du paludisme chez l'enfant de moins de 2 ans: cas de l'aire de santé de Monzombala Koutiala.; Thèse Med ; FMPOS/Bko 2008 ; n° 318.
- 129. DIABY L.M.** Acceptabilité du traitement préventif intermittent du paludisme chez l'enfant de moins de 2 ans, cas de l'aire de santé de Soknié (Kolokani). Thèse Med FMOS/Bko2008 ; n°348.
- 130. DIARRA M.** Évaluation de la prise en charge du paludisme dans le milieu de football au Mali à propos de 2 clubs de première division de Bamako (ASB et COB). Thèse Med FMOS/Bko; 2008 ; n° 394.
- 131. BAGAYOGO O.** Mortalité et morbidité liée au paludisme et au niveau de l'utilisation des supports imprégnés chez les enfants de 0 à 5 ans et femmes enceintes de Bamako, de 2001 à 2005 au Mali.; Thèse Med FMOS/Bko2008 ; n°592.
- 132. KAMATE P.** Impact du traitement préventif intermittent infantile (TPI) du paludisme sur la couverture vaccinale du programme élargi de vaccination, plus chez les enfants de moins de 2 ans, 6 mois après sa mise en œuvre dans le cercle de Kolokani.; Thèse Med FMOS/Bko2008 ; n°600.
- 133. DEMBELE K.D.** Fréquence de prescription des antipaludiques dans le centre de santé de référence de Kati de décembre 2006 à février 2007. ; Thèse Pharm FAPH/Bko2008 ; n°10.
- 134. DAMTARE N.** Connaissances et attitudes de la population par rapport à la consommation de la chloroquine depuis son retrait du marché à Bamako.; Thèse Pharm FAPH/Bko2008 ; n°17.

- 135. DEMBELE K.** Analyse de la prescription des dérivés de l'artémisine et leur combinaison thérapeutique dans le traitement du paludisme simple au centre de santé de référence de Kati.; Thèse Pharm FAPH/Bko2008 ; n°28.
- 136. EYENI B.** Évaluation des prescriptions dans le traitement du paludisme au niveau du centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako. Thèse Pharm FAPH/Bko2008 ; n°33.
- 137. SYLLA H.** Contribution à l'analyse de l'automédication avec les antipaludiques au niveau des officines dans le district de Bamako. Thèse Pharm FAPH/Bko2008 ; n°44.
- 138. COULIBALY B.F.** Prescription et biodisponibilité des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine au centre de santé de référence et au centre de santé catholique de Kati.; Thèse Pharm ; FMPOS/Bko2008 ; n°61.
- 139. ADEJOUAN Y.** Recherche sur l'utilisation clinique des antipaludiques dans le centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.; Thèse Pharm FMPOS/Bko2008 n°79.
- 140. CISSE S. M.** Déterminants de la non utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide chez les enfants de moins de 5 ans dans le district de BAMAKO.; Thèse Med FMPOS /Bko 2009 ; n°144.
- 141. SISSOKO S.** Evaluation des CAP sur la prise en charge du paludisme présumé simple chez les enfants de moins de 5ans dans la COM urbaine de Kita.; Thèse Med FMPOS /Bko 2009 ; n°244.
- 142. OUATTARA O.F.** Evaluation de la faisabilité de la prise en charge des fièvres palustres par les CTA au niveau communautaire (CSCOM et caisses pharmaceutiques) dans le cercle de Kolondiéba.; Thèse Med FMOS/Bko2009 n°266.
- 143. ADEBO J. A. Y.** Situation du paludisme chez les gestantes et les enfants de moins de cinq ans dans la zone sanitaire de TCHAOUROU (République du Benin); Thèse Med FMOS/Bko 2009; n°267.
- 144. KONATE A .M.** La qualité de la prise en charge du paludisme chez les enfants de moins de cinq (5) ans dans les cscom de la commune v du district de Bamako.; Thèse Med FMOS/Bko2009 ; n°360.
- 145. COULIBALY .M.** Evaluation de la qualité de la prise en charge diagnostique et thérapeutique du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans dans les CSCOMS de la commune iv; Thèse Med FMOS/Bko2009 ; n°361 du district de Bamako.
- 146. NIANGALY M.** Evaluation de deux stratégies de prévention du paludisme pendant la grossesse a Bougouni.; Thèse Med FMOS/Bko2009 ; n°416.
- 147. BARRY B.** Evaluation de l'efficacité de deux stratégies de prévention du paludisme pendant la grossesse à Djenné (Mali).Thèse Med FMOS/Bko 2009; n°432.
- 148. COULIBALY M.E.** Attitudes et pratiques du personnel de santé devant les cas présumés de

paludisme dans le cercle de Niono.; Thèse Med FMOS/Bko 2009; n°465.

149. DJIRE A. Etude des antipaludiques utilisés dans le service de pédiatrie du CHU GT de Septembre 2008 à Février 2009. Thèse Med FMOS/Bko 2009 ; n°467.

150. MAHMOUD A. Evaluation de la couverture vaccinale avant et après la mise en œuvre du traitement préventif intermittent infantile dans le cercle de Koulikoro.; Thèse Med FMOS/Bko 2009; n°473.

151. TRAORE .S.A Evaluation de la qualité de prise en charge du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans dans le CSREF de KATI.; Thèse Med FMOS/Bko 2009; n°475.

152. DJOKO L.S.G. Evaluation de la prescription de l'Artésunate + Amodiaquine pour le traitement du paludisme simple dans les formations sanitaires du district de Bko.; Thèse Med FMOS /Bko 2009 ; n°532.

153. KOURESSI B.A. Étude de la prise en charge du paludisme simple dans les officines privées des communes I, II, III et IV du District de Bamako.; Thèse Pharm FAPH/Bko 2009; n°01.

154. MAIGA H.Z.M. Etude de la prise en charge du paludisme simple dans les pharmacies privées des communes v et vi du district de Bamako.; Thèse Pharm FAPH/Bko 2009; n°02.

155. SINENTA F. Fréquence de prescription des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine dans le centre de santé de référence de la commune III et un centre de santé communautaire de la commune III du district de BAMAKO de juillet à Décembre 2007.These Pharm FAPH/Bko 2009; n°03.

156. SANGARE E. Evaluation de la qualité de la prescription et de la dispensation des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine dans le district de BAMAKO, MALI.; Thèse Pharm FAPH/Bko 2009 ; n°87.

157. SOGODOGO T. Evaluation de la prise en charge du paludisme au cours de la grossesse au centre de santé de référence de Niono du Sahel.; Thèse Med FMOS/Bko 2010 ; n°58.

158. SOW S. L'application des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine dans le traitement du paludisme simple dans les formations sanitaires de la commune i du district de Bamako.; Thèse Med FMOS/Bko 2010 ; n°130.

159. TRAORE K.N. Etude de la prise en charge du paludisme chez les enfants de 0 à 59 mois dans le CSCOM de Sabalibougou 1.These Med FMOS/Bko 2010; n°219.

160. DIARRA.B. Etude d'observance du traitement du paludisme non compliqué et compliqué dans deux villages de la commune rurale de Kobiri «Diagala et Kobiri » dans le cercle de Kita , au

Mali.; Thèse Med FMOS/Bko 2010; n°239.

161. SIDIBE Y. Etude des indicateurs de base du paludisme (MIS), Connaissances, Attitudes et Pratiques sur la schistosomose et les géohelminthiases dans le bassin du fleuve Sénégal (Cercle de Kayes-Mali).Thèse Med FMOS/Bko 2010; n°264.

162. FAMANTA A. Prévalence du paludisme au cours du travail d'accouchement et en post-partum à l'ASACOSAB I de Sabalibougou.; Thèse Med FMOS/Bko 2010; n°268.

163. SAGOUNTA.G.B Etude épidémiologique et comportementale de l'automédication des antipaludiques dans la commune I du district de Bamako.; Thèse Med FMOS/Bko 2010; n°281.

164. COULIBALY M. K Etude des facteurs déterminant l'infection palustre dans les zones irriguée et non-irriguée de Niono.-.Thèse Med FMOS/Bko 2010; n°323.

165. DIAKITE.H Evaluation de deux stratégies de prévention du paludisme pendant la grossesse à Koro, région de Mopti, Mali.; Thèse Med FMOS/Bko 2010; n°354.

166. GOTTA A. Connaissances, attitudes et pratiques des populations face au paludisme dans l'aire de santé de Baguinéda; Thèse Med FMOS/Bko 2010; n°466.

167. KOROTIMI T. Etude de l'impact de la gratuité du traitement antipaludique sur la fréquence du paludisme grave chez les enfants de 0 à 5 ans au centre de santé de référence de la commune IV du District de Bamako; Thèse Med FMOS/Bko 2010; n°519.

168. TRAORE S. Evaluation de la prise en charge du paludisme simple des enfants avec les CTA au niveau des caisses pharmaceutiques dans le cercle de Kolondiéba.; Thèse Med FMOS/Bko 2010; n°566.

169. CISSE S. Prescription médicamenteuse pour le traitement du paludisme dans les différentes infirmeries secondaires scolaires de la commune iv du district de Bamako.; Thèse Pharm FAPH/Bko 2010; n°35.

170. FOFANA B. Prescription des antipaludéens dans le Centre de Santé de Référence de la Commune VI (CSREF CVI) du District de Bamako de« décembre 2008 à février 2009 »Thèse Pharm FAPH/Bko 2010; n°66.

171. DJIBRINE A.M. Etude de la prescription des antipaludiques dans le traitement du paludisme chez les enfants de 0 à 14 ans. Cas de l'hôpital régional d'abéché (Tchad).Thèse Pharm FAPH/Bko 2010; n°77.

172. KINDO M. Contribution à la prise en charge du paludisme dans le district sanitaire de Koutiala.; Thèse Pharm FAPH/Bko 2010; n°91.

- 173. DAKOUO O.M.A** Etude caractéristique des antipaludiques délivrés à l'officine Vigilpharma de Baco-djicoroni à Bamako.; Thèse Pharm FAPH/Bko 2010; n°96.
- 174. KONE I K.D.** CAP des mères et diagnostic du paludisme chez les enfants de 0 à 5ans dans le CSCOM de Niarela district de Bko ; Thèse Med FMOS/Bko2011 ; n°55.
- 175. CAMARA W.N.** Evaluation de la prise en charge du paludisme dans les clubs de la 1ere division de football de Bamako (CSK et real); Thèse Med FMOS/Bko2012 ; n°20.
- 176. DIARRA T.K.** Connaissances, Attitudes et Pratiques des Mères de la Commune V face au paludisme. Thèse Med FMOS/Bko2012 ; n°46.
- 177. TOURE A.A.** Etude sur l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide et la survenue du paludisme au sein des ménages de Niamakoro en commune VI du district de BKO. Thèse Med FMOS/Bko2012; n°94.
- 178. KONE R.** Perceptions et usages de la moustiquaire imprégnée d'insecticides pour la lutte antipaludique. Thèse Med FMOS/Bko2012 ; n°214.
- 179. COULIBALY I. B.** Connaissances, attitudes et pratiques face au paludisme de la population de Nanguilabougou et environnants dans la commune rurale de Bancoumana (cercle de Kati, Koulikoro, mali). Thèse Med FMOS/Bko2012 ; n°240.
- 180. COULIBALY H. I.** Etude sur les connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-59 mois sur le paludisme dans la commune rurale de Bancoumana. Thèse Med FMOS/Bko2012 ; n°262.
- 181. DIABATE M.** Connaissances, attitudes, pratiques des populations et morbidité palustre chez les femmes enceintes et les enfants de 0 à 5 ans à Dialakorodji. Thèse Med FMOS/Bko2012 ; n°269.
- 182. DAO D.** Connaissances, attitudes, pratiques des populations et morbidité palustre chez les femmes enceintes et les enfants de 0 à 5 ans à Sirakoro Meguetana. Thèse Med FMOS/Bko2012 ; n°270.
- 183. GOTTA K.M.** Connaissances, attitudes, pratiques des populations et morbidité palustre chez les femmes enceintes et les enfants de 0 à 5 ans à Ouéléssebougou. Thèse Med FMOS/Bko2012 ; n°271.
- 184. KEITA A.** Prise en charge du paludisme présumé simple chez les enfants de 0-59 mois au centre de santé de Baco-djicoroni. Thèse Med FMOS/Bko2012 ; n°275.
- 185. KONATE S.** Place du paludisme dans les manifestations fébriles au niveau du cscm de baco-djicoroni (juillet à novembre 2011). Thèse Med; FMOS/Bko 2012; n°279.

- 186. COULIBALY S.D.** Evaluation des connaissances, attitudes et pratiques du personnel sanitaire sur l'utilisation des tests de diagnostic rapide du paludisme dans les districts sanitaires de la commune v de Bamako et de Diola. Thèse Med FMOS/Bko2012 ; n°284
- 187. BABY T.F.** Politique de prise en charge du paludisme chez la femme enceinte au cscom de Magnambougou. Thèse Med FMOS/Bko2012 ; n°296.
- 188. SANOGO S.** Etude rétrospective sur les médicaments antipaludiques au niveau de deux officines de la commune iv et d'une société grossiste du district de Bamako. Thèse Pharm FAPH/Bko2012 ; n°30.
- 189. YARANAKORE S.** Etude de la prescription des antipaludiques chez les enfants de moins de cinq ans au chu Gabriel Touré. Thèse Pharm FAPH/Bko2012 ; n°35.

ANNEXES

FICHE 1

Tableau des méthodes de diagnostic des infections plasmodiales.

	Goutte épaisse	Frottis mince	Tests rapides HRP2	Tests rapides LDH	QBC Malaria test
Temps de réalisation (en minutes)	30-60	30-60	5-20	5-20	< 10
Diagnostic de P. falciparum	Oui	Oui	Oui	Oui	Evoqué par le monomorphisme des formes
Diagnostic de P. vivax	Oui	Oui	Non	Oui	Non
Diagnostic de P. ovale & P. malariae	Oui	Oui	Non	Oui mais sensibilité médiocre	Non
Estimation de la densité parasitaire	Oui	Oui	Non		Non
Avantages	Méthode de référence	Morphologie des hématies parasitées conservée	Facilité d'emploi sans besoin d'électricité	Facilité d'emploi sans besoin d'électricité et négativation rapide après guérison	-/-

FICHE 2

Tableau de présentation et posologie de l'Artémether 180 mg – Luméfantrine.1080mg

Suspension 60 ml

Poids de l'enfant	Nombre de millilitres		
	1 ^{er} jour	2 ^{ème} jour	3 ^{ème} jour
5 – 9 kg (6 à 11 mois)	10 ml	10 ml	10 ml
10 – 15 kg (1 à 3 ans)	20 ml	20 ml	20 ml

NB :

La prise de la première dose doit être supervisée chez les enfants.

Si l'enfant vomit dans les 30 mn, reprendre la dose.

Tableau de présentation et posologie de l'Artémether 20 mg –Luméfantrine.120mg

Tranches d'âge/Poids	Jour 1	Jour 2	Jour 3
05 – 15 Kg (6mois à 3 ans)	1cp	1cp	1cp
	1cp	1cp	1cp
15 - 24 Kg (4 à 6 ans)	2cp	2cp	2cp
	2cp	2cp	2cp
25 – 34kg (7à 10 ans)	3cp	3cp	3cp
	3cp	3cp	3cp
Plus de 35 Kg et adultes	4cp	4cp	4cp
	4cp	4cp	4cp

FICHE 2 (suite)

Tableau de présentation et posologie de l'Artésunate+ Amodiaquine en combinaison fixe

Intervalle de poids (Intervalle d'âge approximatif)	Présentation	Jour 1	Jour 2	Jour 3
≥4,5 kg à <9 kg (2 à 11 mois)	25 mg/67,5 mg Blister de 3 cp	1cp	1cp	1cp
≥9kg à <18kg (1 à 5ans)	50 mg/135 mg Blister de 3 cp	1cp	1cp	1cp
≥18kg à <36kg (6 à 13ans)	100 mg/270 mg Blister de 3 cp	1cp	1cp	1cp
≥ 36kg (14ans et plus)	100 mg/270 mg Blister de 6 cp	2cp	2cp	2cp

FICHE 3

A-Posologie et mode d'administration de la Quinine

Dose de charge : 16mg/Kg de quinine base en 4 heures.

Suite du traitement : 24mg/Kg de quinine de base toutes les 8 heures (max 1800 mg/J).

Dès que le patient peut, le traitement est continué par voie orale.

B – Posologie et mode d'administration de l'Artémether

Traitement sur 5 jours par voie intramusculaire :

La posologie est de 3.2mg/kg de poids corporel en une injection à l'admission du malade suivi de 1,6mg/kg en une injection par jour pendant 4 jours.

Tableau de la posologie simplifiée chez les enfants de 0-5 ans.

Age	poids	Jour 1	Jour 2	Jour3	Jour4	Jour5
<1 an	5 - 9kg	1 amp*	½ amp*	½ amp*	½ amp*	½ amp*
2-5ans	10 - 15kg	2 amp*	1 amp*	1 amp*	1 amp*	1 amp*

*ampoules de 20 mg

Tableau de la posologie simplifiée chez les Sujets de plus de 5 ans.

Age	poids	Jour 1	Jour 2	Jour3	Jour4	Jour5
6-13 ans	16-35 kg	1 amp**	½ amp**	½ amp**	½ amp**	½ amp**
14ans et plus	> 35kg	2 amp**	1 amp**	1 amp**	1 amp**	1 amp**

**ampoules de 80 mg

Prendre le relais avec CTA par voie orale dès que le malade peut avaler.

FICHE 4

Tableau de la prise en charge immédiate des manifestations sévères et complications du paludisme grave.

Manifestations/ Complications	Grands axes de la prise en charge immédiate
Coma (paludisme cérébral)	Maintenir la liberté des voies aériennes Exclure d'autre cause traitable de coma (hypoglycémie, méningite etc....) Intuber si nécessaire Éviter les traitements d'appoint nocifs (corticoïdes, héparine, adrénaline (épinéphrine)).
hyper pyrexie	Refroidissement par ventilateur, draps réfrigérants ou mouillés Médicaments antipyrétiques.
convulsions	Maintenir la liberté des voies aériennes Traitement rapide par diazépam ou injection de paraldéhyde
hypoglycémie	Mesure de la glycémie Injection IV de sérum glucosé à 50 % suivie d'une perfusion de sérum glucosé à 10 %. Le glucagon s'est avéré inefficace.
Anémie sévère (hématocrite <15%)	Transfuser du sang complet frais ou un culot de globules rouges.
Œdème aigu du poumon	Position soutenue à 45° ; oxygénothérapie, saignée de 250 ml de sang dans une poche de donneur de sang. Donner un diurétique, arrêt de l'administration IV de Liquide intubation si nécessaire.
Insuffisance rénale aiguë	Éliminer les causes pré-rénales, évaluer l'équilibre hydrique, le sodium Si la diurèse est inadéquate malgré le remplacement liquidien, donner un diurétique/dopamine. Si possible, épuration extrarénale.

Saignements spontanés et coagulopathies	Transfusion du sang complet frais compatible (cryoprécipité /plasma frais réfrigéré et plaquette, si disponible)
Acidose métabolique	Exclure ou traiter une hypoglycémie, une hypovolémie et une septicémie à Gram négatif. Oxygénothérapie.
Choc	Corriger les troubles hémodynamiques. Suspecter une septicémie à Gram négatif, faire une hémoculture. Donner les antimicrobiens par voie parentérale.
Hyper parasitémie	Envisager une exsanguino-transfusion totale ou partielle.

FICHE 5

Tableau de la Classification de l'endémicité selon la monographie de l'OMS sur la terminologie du paludisme et de son éradication (1963).

Endémicité	Indice splénique* (Classification de Kampala, 1950)	Indice plasmodique* (Classification de Yaoundé, 1962)
Hypoendémie	$\leq 10\%$ chez les enfants âgés de 2 à 9 ans	Habituellement $< 10\%$ chez les enfants âgés de 2 à 9 ans (peut être plus élevé une partie de l'année)
Mésoendémie	11–50% chez les enfants âgés de 2 à 9 ans	Habituellement 10–49% chez les enfants âgés de 2 à 9 ans (peut être plus élevé une partie de l'année)
Hyperendémie	Constamment $> 50\%$ chez les enfants âgés de 2 à 9 ans	Constamment $> 50\%$ chez les enfants âgés de 2 à 9 ans
Holoendémie	Constamment $> 75\%$ chez les enfants âgés de 2 à 9 ans	Constamment $> 75\%$ chez les nourrissons âgés de moins de un an

Fiche 6

Inventaire des thèses portant sur le paludisme classé selon le domaine abordé au premier plan.

TYPE	AUTEURS	TITRE
BIBLIO	PUEPI.A.M	Etude Bibliographique des thèses réalisées sur le paludisme a la FMPOS, de janvier 2007 à décembre 2008..These Med FMOS/Bko2010 ; n°68.
BIBLIO	SAADE H.O.	Le paludisme au mali. bilan de dix-huit années d'activités de recherche et de lutte (1985– 2003). FMPOS/Bko 2005 ; Thèse Med ; n°92
CAP	KONE A.	Prise en charge du paludisme présumé simple dans le district de Bamako chez les enfants de moins de 5 ans. FMPOS/Bko 2002 ; Thèse Med ; n°02.
CAP	TRAORE B.O.	Acceptabilité du Quinimax® en solution intra rectale dans la prise en charge du paludisme grave chez l'enfant de 5 à 25 kg au mali. FMPOS/Bko 2006 ; Thèse Med ; n°154
CAP	TRAORE M.	Évaluation de la prise en charge de la femme enceinte atteinte de paludisme au centre de santé de référence de Bougouni. Thèse Med FMOS/Bko2007 n°253
CAP	DIOP M.	Recherche rétrospective sur l'utilisation des antipaludiques en vue de la mise en place d'une mutuelle de santé dans la région de Sikasso.; Thèse Med FMOS/Bko2007 ; n°254
CAP	OUATTARA B.	prise en charge des cas de Neuropaludisme chez les enfants de 0 à 15 ans à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou. Thèse Med ; FMPOS/Bko 2008 ; n° 02
CAP	COULIBALY S.	Problématique des faibles poids de naissance et le paludisme dans le cercle de Bla.; Thèse Med ; FMPOS/Bko 2008 ; n° 163
CAP	DIABY L.M.	Acceptabilité du traitement préventif intermittent du paludisme chez l'enfant de moins de 2 ans, cas de l'aire de santé de Soknié (Kolokani). Thèse Med FMOS/Bko2008 ; n°348
CAP	DIARRA M.	Évaluation de la prise en charge du paludisme dans le milieu de football au Mali à propos de 2 clubs de première division de

Bamako (ASB et COB). Année 2008, Thèse Med FMOS/Bko; 2008 ; n° 394

CAP	BAGAYOGO O.	Mortalité et morbidité liée au paludisme et au niveau de l'utilisation des supports imprégnés chez les enfants de 0 à 5 ans et femmes enceintes de Bamako, de 2001 à 2005 au Mali. Thèse Med FMOS/Bko2008 ; n°592
CAP	KAMATE P.	Impacte du traitement préventif intermittent infantile (TPI) du paludisme sur la couverture vaccinale du programme élargi de vaccination, plus chez les enfants de moins de 2 ans, 6 mois après sa mise en œuvre dans le cercle de Kolokani. Thèse Med FMOS/Bko2008 ; n°600
CAP	DIALLO M.K.	Prévention et contrôle du paludisme chez les femmes enceintes et les enfants de 0 à 5 ans dans les cercles de Bougouni, de Kolondiéba, de Yanfolila (expérience du CDC (Save children à Sikasso). Thèse Med FMOS/Bko2008 ; n°62
CAP	DEMBELE K.D.	Fréquence de prescription des antipaludiques dans le centre de santé de référence de Kati de décembre 2006 à février 2007. Thèse Pharm FAPH/Bko2008 ; n°10
CAP	DEMBELE K.	Analyse de la prescription des dérivés de l'artémisine et leur combinaison thérapeutique dans le traitement du paludisme simple au centre de santé de référence de Kati. Thèse Pharm FAPH/Bko2008 ; n°28
CAP	EYENI B.	Évaluation des prescriptions dans le traitement du paludisme au niveau du centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako.; Thèse Pharm FAPH/Bko2008 ; n°33
CAP	SYLLA H.	Contribution à l'analyse de l'automédication avec les antipaludiques au niveau des officines dans le district de Bamako ; Thèse Pharm FAPH/Bko2008 ; n°44
CAP	COULIBALY B.F.	Prescription et biodisponibilité des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisine au centre de santé de référence et au centre de santé catholique de Kati. Thèse Pharm ; FMOS/Bko2008 ; n°61
CAP	ADEJOUMAN Y.	Recherche sur l'utilisation Clinique des antipaludiques dans le

		centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. Thèse Pharm FMPOS/Bko2008 n°79
CAP	CISSE.S.M	Déterminants de la non utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide chez les enfants de moins de 5 ans dans le district de BAMAKO. Thèse Med FMPOS /Bko 2009 ; n°144.
CAP	09m244	Evaluation des CAP sur la prise en charge du paludisme présumé simple chez les enfants de moins de 5ans dans la COM urbaine de Kita. Thèse Med FMPOS /Bko 2009 ; n°244.
CAP	ADEBO J. A. Y.	Situation du paludisme chez les gestantes et les enfants de moins de cinq ans dans la zone sanitaire de TCHAOUROU (République du Benin) Thèse Med FMOS/Bko2009; n267
CAP	KONATE A .M	La qualité de la prise en charge du paludisme chez les enfants de moins de cinq (5) ans dans les Cskom de la commune v du district de Bamako. Thèse Med FMOS/Bko2009 ; n°360.
CAP	COULIBALY .M	Evaluation de la qualité de la prise en charge Diagnostique et thérapeutique du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans dans les Cskom de la commune iv Thèse Med FMOS/Bko2009 ; n°361 du district de Bamako.
CAP	NIANGALY M	Evaluation de deux stratégies de prévention du paludisme pendant la grossesse a Bougouni. Thèse Med FMOS/Bko2009 ; n°416
CAP	BARRY .B	Evaluation de l'efficacité de deux stratégies de prévention du paludisme pendant la grossesse à Djenné (Mali).Thèse Med FMOS/Bko2009; n°432.
CAP	ELY .M.C	Attitudes et pratiques du personnel de santé devant les cas présumés de paludisme dans le cercle de Niono. Thèse Med FMOS/Bko2009; n°465.
CAP	TRAORE .S.A	évaluation de la qualité de prise en charge du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans dans le Cs réf de KATI. Thèse Med FMOS/Bko2009; n°475.
CAP	KOURESSI.B.A	Étude de la prise en charge du paludisme simple dans les officines privées des communes I, II, III et IV du District de Bamako. Thèse Pharm FAPH/Bko2009; n°01

CAP	MAIGA .H.Z.M	Etude de la prise en charge du paludisme simple dans les pharmacies privées des communes v et vi du district de Bamako. Thèse Pharm FAPH/Bko2009; n°02.
CAP	SINENTA .F	Fréquence de prescription des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine dans le centre de santé de référence de la commune III et un centre de santé communautaire de la commune III du district de BAMAKO de juillet à décembre 2007..These Pharm FAPH/Bko2009; ; n°01
CAP	SANGARE.E	Evaluation de la qualité de la prescription et de la dispensation des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine dans le district de BAMAKO, MALI Thèse Pharm FAPH/Bko2009 ; n°87.
CAP	SOW.S	L'application des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine dans le traitement du paludisme simple dans les formations sanitaires de la commune i du district de Bamako. Thèse Med FMOS/Bko2010 ; n°130.
CAP	TRAORE K.N.	Etude de la prise en charge du paludisme chez les enfants de 0 à 59 mois dans le CSCOM de Sabalibougou 1.These Med FMOS/Bko2010; n°219.
CAP	DIARRA.B.	Etude d'observance du traitement du paludisme non compliqué et compliqué dans deux villages de la commune rurale de Kobiri «Diagala et Kobiri » dans le cercle de Kita , au Mali. Thèse Med FMOS/Bko2010; n°239.
CAP	SIDIBE.Y	Etude des indicateurs de base du paludisme (MIS), Connaissances, Attitudes et Pratiques sur la Schistosomose et les Géo helminthiases dans le bassin du fleuve Sénégal (Cercle de Kayes-Mali).Thèse Med FMOS/Bko2010; n°264.
CAP	FAMANTA.A	Prévalence du paludisme au cours du travail d'accouchement et en post-partum à l'ASACOSAB I de Sabalibougou. Thèse Med FMOS/Bko2010; n°268.
CAP	SAGOUNTA.G.B	Etude Epidémiologique et comportementale de l'automédication des antipaludiques dans la commune i du district de Bamako. Thèse Med FMOS/Bko2010; n°281.

CAP	COULIBALY.M.K	Etude des facteurs déterminant l'infection palustre dans les zones irriguée et non-irriguée de Niono.-Thèse Med FMOS/Bko2010; n°323.
CAP	DIAKITE.H	Evaluation de deux stratégies de prévention du paludisme pendant la grossesse à Koro, région de Mopti, Mali. Thèse Med FMOS/Bko2010; n°354.
CAP	GOITA.A	Connaissances, attitudes et pratiques des populations face au paludisme dans l'aire de santé de Baguinéda Thèse Med FMOS/Bko2010; n°466.
CAP	KOROTIMI.T	Etude de l'impact de la gratuité du traitement antipaludique sur la fréquence du paludisme grave chez les enfants de 0 à 5 ans au centre de santé de référence de la commune IV du District de Bamako Thèse Med FMOS/Bko2010; n°519.
CAP	TRAORE S.	Evaluation de la prise en charge du paludisme simple des enfants avec les CTA au niveau des caisses pharmaceutiques dans le cercle de Kolondiéba. Thèse Med FMOS/Bko2010; n°566
CAP	SOGODOGO.T	Evaluation de la prise en charge du paludisme au cours de la grossesse au centre de santé de référence de Nioro du sahel. Thèse Med FMOS/Bko2010 ; n°58.
CAP	CISSE.S	Prescription médicamenteuse pour le traitement du paludisme dans les différentes infirmeries secondaires scolaires de la commune iv du district de Bamako. Thèse Pharm FAPH/Bko2010; n°35.
CAP	FOFANA.B	Prescription des antipaludéens dans le Centre de Santé de Référence de la Commune VI (CS Réf CVI) du District de Bamako de« décembre 2008 à février 2009 »Thèse Pharm FAPH/Bko2010; n°66.
CAP	DJIBRINE A.M	étude de la prescription des antipaludiques dans le traitement du paludisme chez les enfants de 0 à 14 ans. cas de l'hôpital régional d'abéché (Tchad).Thèse Pharm FAPH/Bko2010; n°77.
CAP	DAKOUO O.M.A	Etude caractéristique des antipaludiques délivrés à l'officine Vigil pharma de Baco-djicoroni à Bamako. Thèse Pharm

FAPH/Bko2010; n°96.

CAP	KONE I.K.D	CAP des mères et Diagnostic du paludisme chez les enfants de 0 à 5ans dans le CSCOM de Niarela district de Bko FMPOS/Bko 2011 ; Thèse Med ; n°55
CAP	CAMARA W.N.	Evaluation de la prise en charge du paludisme dans les clubs de la 1ere division de football de Bamako (CSK et REAL). FMPOS/Bko 2012 ; Thèse Med ; n°20
CAP	KONE R.	Perceptions et usages de la moustiquaire imprégnée d'insecticides pour la lutte antipaludique. FMPOS/Bko 2012 ; Thèse Med ; n°214
CAP	COULIBALY I.B.	Connaissances, attitudes et pratiques face au paludisme de la population de Nanguilabougou et environnants dans la commune rurale de Bancoumana (cercle de Kati, Koulikoro, mali). FMPOS/Bko 2012 ; Thèse Med ; n°240
CAP	COULIBALY H.I.	Etude sur les connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-59 mois sur le paludisme dans la commune rurale de Bancoumana. FMPOS/Bko 2012 ; Thèse Med ; n°262
CAP	DIABATE M.	Connaissances, attitudes, pratiques des populations et morbidité palustre chez les femmes enceintes et les enfants de 0 à 5 ans à Dialakorodji. FMPOS/Bko 2012 ; Thèse Med ; n°269
CAP	DAO D.	Connaissances, attitudes, pratiques des populations et morbidité palustre chez les femmes enceintes et les enfants de 0 à 5 ans à Sirakoro Meguetana. FMPOS/Bko 2012 ; Thèse Med ; n°270
CAP	GOITA K.M.	Connaissances, attitudes, pratiques des populations et morbidité palustre chez les femmes enceintes et les enfants de 0 à 5 ans à Ouélésébougou. FMPOS/Bko 2012 ; Thèse Med ; n°271
CAP	KEITA. A.	Prise en charge du paludisme présumé simple chez les enfants de 0-59 mois au centre de santé de Baco-djicoroni. FMPOS/Bko 2012 ; Thèse Med ; n°275
CAP	KONATE. S	Place du paludisme dans les manifestations fébriles au niveau du Cscm de Baco-djicoroni (juillet à novembre 2011). FMPOS/Bko 2012;Thèse Medn°279
CAP	COULIBALY S.D.	Evaluation des connaissances, attitudes et pratiques du personnel

		sanitaire sur l'utilisation des tests de Diagnostic rapide du paludisme dans les districts sanitaires de la commune v de Bamako et de Diola. FMPOS/Bko 2012 ; Thèse Med ; n°284
CAP	BABY T.F.	politique de prise en charge du paludisme chez la femme enceinte au Cscm de Magnambougou. FMPOS/Bko 2012 ; Thèse Med ; n°296
CAP	SOGOBA F.L.	Etude de la prise en charge des cas de paludisme dans le district sanitaire de Douentza de janvier 2008 à décembre 2009. FMPOS/Bko 2012 ; Thèse Med ; n°311
CAP	SANOGO S.	Etude rétrospective sur les médicaments antipaludiques au niveau de deux officines de la commune iv et d'une société grossiste du district de Bamako. FMPOS/Bko 2012 ; Thèse pharm ; n°30
CAP	Yaranakore s.	Etude de la prescription des antipaludiques chez les enfants de moins de cinq ans au chu Gabriel Touré. FMPOS/Bko 2012 ; Thèse pharm ; n°35
CAP	DAFFE S.	Connaissances attitudes et pratiques des populations face au paludisme dans l'aire de santé de Finkolo (Sikasso) mali. FMPOS/Bko 2005 ; Thèse Pharm ; n°195.
CAP	DAMTARE N.	Connaissances et attitudes de la population par rapport à la consommation de la chloroquine depuis son retrait du marché à Bamako. Thèse Pharm FAPH/Bko2008 ; n°17
CAP	DIABATE K	. Fréquence et modalités de prise en charge du paludisme grave et compliqué : Intérêt de l'optimal IT dans le Diagnostic du paludisme en unité de soins intensifs de l'Hôpital National du Point G. FMPOS/Bko 2004 ; thèse Med ; n°78.
CAP	DIARRA O.	Acceptabilité du traitement préventif intermittent du paludisme chez l'enfant de moins de 2 ans: cas de l'aire de santé de Monzombala Koutiala. Thèse Med ; FMPOS/Bko 2008 ; n° 318
CAP	DIARRA O.B.	Prise en charge à domicile des cas de paludisme simple chez les enfants de 6 mois à 5 ans dans la commune de baya (sous-préfecture de kangaré préfecture de Yanfolila) à propos de 400 cas. FMPOS/Bko 2004 ; Thèse Med ; n°92.

CAP	DIARRA T.K.	Connaissances, Attitudes et Pratiques des Mères de la Commune V face au paludisme. FMPOS/Bko 2012 ; Thèse Med ; n°46
CAP	DJIRE A.	Etude des antipaludiques utilisés dans le service de pédiatrie du CHU GT de Sept 2008 à Fév. 2009
CAP	DJOKO L.S.G.	Evaluation de la prescription de l'Artésunate + Amodiaquine pour le traitement du paludisme simple dans les formations sanitaires du district de Bko. Thèse Med FMPOS /Bko 2009 ; n°532
CAP	KANTE A.	Paludisme grave et compliqué chez l'adulte au Cscm de N°Tomikorobougou. FMPOS/Bko 2005 ; Thèse Med ; n°231.
CAP	KINDO.M	Contribution à la prise en charge du paludisme dans le district sanitaire de Koutiala. Thèse Pharm FAPH/Bko2010; n°91.
CAP	KONE I.A.	collecte des données de base pour le suivi et l'évaluation des interventions de lutte contre le paludisme dans le district de Bko. FMPOS/Bko 2005 ; Thèse Med ; n°193
CAP	MAHMOUD A.	Evaluation de la couverture vaccinale avant et après la mise en œuvre du traitement préventif intermittent infantile dans le cercle de Koulikoro. Thèse Med FMOS/Bko2009; n°473
CAP	MAIGA S.	Attitudes et comportements des populations face au paludisme dans l'aire de santé de Kendié (Cercle de Bandiagara. FMPOS/Bko 2004 ; Thèse Med ; n°82.
CAP	MOUSSA C.	Pratiques du personnel de santé devant les cas présumés de paludisme au CSCOM de l'ASACOLA I en commune IV du district de Bamako. FMPOS/Bko 2006 ; Thèse Med ; n°164
CAP	OUATTARA O.F.	Evaluation de la faisabilité de la prise en charge des fièvres palustres par les CTA au niveau communautaire (CSCOM et caisses pharmaceutiques) dans le cercle de Kolondiéba. Thèse Med FMPOS/Bko2009 n°266.
CAP	RASSOUL M.O.E.	Evaluation de la qualité de la prise en charge du paludisme grave à l'hôpital régional de Kaédi ; Mauritanie en 2000 et 2002. FMPOS/Bko 2006 ; Thèse Med ; n°137.
CAP	SAMAKE O	Efficacité de la chimio prévention de la sulfadoxine-Pyriméthamine sur le paludisme chez les femmes

		enceintes dans le cercle de Baraouéli. FMPOS/Bko 2006 ; Thèse pharm ; n°31
CAP	SANGARE D.	Etude de la prise en charge du paludisme par les thérapeutes traditionnels dans les aires de santé de Kendié Bandiagara et de Finkolo Sikasso. FMPOS/Bko 2004 ; Thèse pharm ; n°27
CAP	TANGARA A.	Prescription et disponibilité des antipaludiques dans les CSCOM de la Commune Urbaine de Kati. FMPOS/Bko 2006 ; Thèse pharm ; n°80
CAP	TOURE .A.A	Etude sur l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide et la survenue du paludisme au sein des ménages de Niamakoro en commune VI du district de BKO. FMPOS/Bko 2012 ; Thèse Med ; n°94
CLI	DJOUFACK F.J.P.	Estimation du poids du paludisme chez la femme enceinte au centre de santé de référence de la commune vi du district de Bamako FMPOS/Bko 2006 ; Thèse Med ; n°131.
CLI	BATHILY T.	Hémoglobine S et paludisme grave dans une population âgée de 3 mois à 5 ans dans les villages de Kangaba et de Kéla (mali) de juin 2001 à janvier 2005. FMPOS/Bko 2006 ; Thèse Med ; n°138
CLI	SALL H.A.	Incidence et modalités de prise en charge du paludisme grave et compliqué dans le service de pédiatrie du CHU Gabriel Touré. FMPOS/Bko 2006 ; Thèse Med ; n°155
CLI	SISSOKO C.H.	Paludisme sévère et compliqué chez l'adulte courant l'année 2003 au service de réanimation de l'hôpital Gabriel Touré. FMPOS/Bko 2006 ; Thèse Med ; n°28.
CLI	DIARRA J.P.	Etude Clinique de la mortalité et de la morbidité dues au paludisme dans le service de pédiatrie de l'hôpital régional Nianankoro Fomba / Ségou. FMPOS/Bko 2006 ; Thèse Med ; n°335
CLI	KANOUTE B.	Paludisme pendant la grossesse en zone périurbaine de Bamako (Mali) : cas du CS COM de Banconi. Thèse Med FMOS/Bko2007 ; n°16
CLI	GUINDO N.	Paludisme pendant la grossesse dans une zone de faible transmission du Mali (Tombouctou et Niafounké) ; Thèse Med

FMOS/Bko2007 n°17

CLI	DEMBELE H.	Association paludisme et grossesse au centre de santé de référence de la commune V de Bamako de 2000 à 2005. Thèse Med FMOS/Bko2007 ; n°174
CLI	TRAORE A.	Association paludisme et grossesse dans le centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako. Thèse Med FMOS/Bko2008 ; n°223
CLI	KOLOGA M.	Étude épidémio-clinique du paludisme grave dans le service de réanimation adulte du CHU Gabriel Touré. Thèse Med FMOS/Bko2008 ; n°295
CLI	TCHIEGUE T.T.	Paludisme au 1 ^{er} trimestre de grossesse au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako. Thèse Med FMOS/Bko2008 ; n°400
CLI	DICKO M.	Amélioration de la prise en charge du paludisme grave dans le service de pédiatrie de l'hôpital régionale de Sikasso. Thèse Med FMOS/Bko2008 ; n°41
CLI	KOITA M.	Paludisme grave en réanimation au CHU du Point G : morbidité et mortalité. Thèse Med FMOS/Bko2008 ; n°411
CLI	DEMBELE B.	Place du paludisme dans les accouchements prématurés au Cs Réf de Koutiala. Thèse Med FMOS/Bko2008 ; n°448
CLI	KODIO N.	Paludisme et grossesse sur le plateau dogon en zone sahélienne du Mali, cas du CS COM de Sangha. Thèse Med FMOS Bko 2008 ; n°81
CLI	NYANGUI B.	Prévalence du paludisme chez l'insuffisant rénal chronique dans le service de néphrologie et d'hémodialyse du CHU du point G.; thèse Pharm FAPH/Bko2008 ; n°65
CLI	DOUMBIA M.S	L'impact de l'alpha thalassémie sur le paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans dans la ville de Kangaba et le village de Kéla. Thèse Pharm FAPH/Bko2009 ; n°85.
CLI	TRAORE S.S	incidence et modalités de prise en charge du paludisme grave et compliqué chez les enfants de 6 mois à 14 ans au centre de référence de Bougouni. Thèse Med FMOS/Bko2010 ; n°104.

CLI	DIARRA E.D.	Paludisme grave : facteurs pronostics et cout du traitement chez les enfants de 3 mois a 14 ans dans le service de pédiatrie de l'hôpital Gabriel Toure. Thèse Med FMOS/Bko2010; n°304.
CLI	AMBASSOM.Y.T	CO- INFECTIONS PALUDISME ET INFECTIONS BACTERIENNES INVASIVES EN MILIEU PEDIATRIQUE DE BAMAKO. Thèse Pharm FAPH/Bko2010; n°09.
CLI	ALKASSANE A. I.	Co infection paludisme et infections bactériennes invasives dans le service de Pédiatrie du CHU GT janv. 2007– Déc. 2008. FMPOS/Bko 2011 ; Thèse Med ; n°105
CLI	COULIBALY Y.T.	Place du paludisme dans les accouchements prématurés au Cs Réf de la COM V du district de Bko à propos de 100cas. FMPOS/Bko 2011 ; Thèse Med ; n°199
CLI	OMBOTIMBE A.	Etude des séquelles du Neuropaludisme dans le service de pédiatrie du CHU- Gabriel Toure de Février 2009 à janvier 2010. FMPOS/Bko 2011 ; Thèse Med ; n°44
CLI	BONCANE A.	Etude de la prise en charge du paludisme grave chez les enfants de 0 à 5ans à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou. FMPOS/Bko 2012 ; Thèse Med ; n°235
CLI	BAKAYOKO W.M.	paludisme sévère en milieu hospitalier: Diversité et masse allo typique du mérozoïtes surface protéine 1 du plasmodium Falciparum. FMPOS/Bko 2004 ; Thèse pharm ; n°O3
CLI	BANE A.M.	Etude épidémio-clinique de l'association du paludisme et l'infection à VIH à l'hôpital Fousseni Daou de Kayes. Thèse Med FMPOS/Bko2009; n°136.
CLI	BERTHE S.	Place du paludisme dans la survenue de l'anémie dans la population en zone d'endémie palustre du Mali Cs Réf de Bougouni. Thèse Pharm FAPH/Bko2010; n°59
CLI	DEMBELE M.Z.	Place du Diagnostic du paludisme dans les "Suspensions d'Infections Bactériennes Invasives" (SIBI) chez les enfants de 0 à 15 ans reçus dans le service pédiatrique du CHU Gabriel TOURE Thèse Pharm FAPH/Bko2009 ; n°20.
CLI	DJEUMEN N.M.A.	Aspect sociodémographiques et Cliniques du paludisme de la

		fièvre typhoïde dans un CSCOM de Bko. FMPOS/Bko 2005 ; Thèse Med ; n°27
CLI	KONE .T.Z	Paludisme post transfusionnel chez l'insuffisant rénal chronique. Thèse Pharm FAPH/Bko2010; n°68
CLI	SANOGO F.	Prévalence de l'anémie chez la femme en milieu endémique palustre de Missira. Thèse Med FMOS/Bko2010 ; n°290.
CLI	TRAORE B.M.	évaluation de la morbidité et mortalité du paludisme grave dans le service de la pédiatrie du chu Gabriel Touré 2006–2010. FMPOS/Bko 2012 ; Thèse Med ; n°292
CLI	BIAPO K.	Coïnfection paludisme et VIH/SIDA dans les services de médecine interne et des maladies infectieuses de l'hôpital national du point 'G'. FMPOS/Bko 2004 ; Thèse Med ; n°80.
DIAG	SAYE R.	Intérêt de l'optimal-It dans le Diagnostic du paludisme et le suivi du traitement aux antis malariques au mali. FMPOS/Bko 2005 ; Thèse pharm ; n°23
DIAG	CISSE H.O.	Analyse différentielle de l'expression génique chez des enfants atteints de paludisme non compliqué par la technique de microarray. FMPOS/Bko 2006 ; Thèse pharm ; n°10
DIAG	COUMARE .S	Intérêt de la double lecture des gouttes épaisses dans le Diagnostic biologique dans une structure de recherche sur le paludisme. Thèse Med FMOS/Bko2009 n°308.
DIAG	DARA.A	Comparaison de deux techniques moléculaires de surveillance de la chimiorésistance de <i>Plasmodium falciparum</i> . Thèse Pharm FAPH/Bko2009 ; n°23.
DIAG	DAO F.	évaluation de test de Diagnostic rapide du paludisme et l'observance du traitement antipaludique dans les sites sentinelles du PNLP et les sites de recherche du MRTC. FMPOS/Bko 2012 ; Thèse Med ; n°171
DIAG	SISSOKO S.	Apport de l'optimal-It dans la prise en charge des cas de paludisme grave et compliqué dans le service de pédiatrie du chu-Gabriel Touré. FMPOS/Bko 2006 ; Thèse Med ; n°109.
DIAG	TRAORE D.	Etude comparative de la sensibilité et de la spécificité du para

		check à celles de la goutte épaisse dans le Diagnostic du paludisme au Cs Réf de la COM IV en 2009. Thèse Pharm FAPH/Bko2009 ; n°42.
ENTO	DIARRASSOUBA F.	: Sensibilité des vecteurs du paludisme au ddt et aux pyrethrinoides de synthèse préconisés pour l'imprégnation au mali. FMPOS/Bko 2003 ; Thèse pharm ; n°12
ENTO	KOUMARE S	Traitement anti malarique et potentiel infectieux de Plasmodium falciparum pour Anophèles gambiae s.l à Bancoumana en 2004. FMPOS/Bko 2006 ; Thèse Med ; n°114
ENTO	DIALLO B.	Evaluation de l'efficacité de trois insecticides de synthèse sur les vecteurs du paludisme au mali et leur rémanence sur les supports imprégnés. FMPOS/Bko 2006 ; Thèse pharm ; n°28
ENTO	KONE C.O.	Étude de la transmission et potentiel infectieux des porteurs de gamétocystes avant et après traitement de l'accès palustre simple avec les CIA à Bougoula Hameau (Sikasso). Thèse Pharm FAPH/Bko2007 ; n°35
ENTO	KAMATE S.	Coïnfection : filariose et paludisme en zone de savane Sud Soudanienne, N'Tessoni, Sikasso (Mali) aspect parasito-clinique et Entomologique. Thèse Med FMOS/Bko2008 ; n°260
ENTO	TRAORE M. M.	Situation de la transmission du paludisme et de la résistance aux insecticides d'An. Gambiae s.l. En prélude à la pulvérisation intra domiciliaire à Niala (Bla) et à Niamina (Koulikoro) Thèse Med FMOS/Bko2009 ; n°04.
ENTO	BALAM.M	Utilisation du <i>Bacillus thuringiensis israelensis</i> (Bti) dans le cadre du contrôle des vecteurs du paludisme en milieu rural de Banambani et de N'Gbakoro droit au MALI...Thèse Pharm FAPH/Bko2010; n°49.
ENTO	COULIBALY C.O.	Test d'efficacité de la K-Othrine et du Ficam en pulvérisation intra-domiciliaire dans la lutte contre le vecteur du paludisme. FMPOS/Bko 2011 ; Thèse Pharm ; n°24
ENTO	TRAORE G.A.	Etude de l'ineffectivité des gamétocytes de plasmodium falciparum chez anophèles gambiae s.l issus de différents types de gites

		larvaires en zone d'endémie palustre de Nanguilabougou. FMPOS/Bko 2012 ; Thèse Med ; n°145
ENTO	MARIKO M.	Etude de l'ineffectivité des gamétocytes de plasmodium falciparum chez la forme moléculaire m d'anophèles <i>gambiae s.l</i> en zone d'endémie palustre de Nanguilabougou. FMPOS/Bko 2012 ; Thèse Med ; n°146
ENTO	CAMARA L.	Etude Entomologique de base en prélude à la pulvérisation intra domiciliaire dans la commune rurale de Boidié cercle de Baraouéli. FMPOS/Bko 2012 ; Thèse Med ; n°289
ENTO	CISSOUMA M.	Sensibilité aux insecticides et caractérisation moléculaire du complexe anophèle <i>gambiae</i> dans les localités de Banambani et de Pimperena au Mali. FMPOS/Bko 2005 ; Thèse Med ; n°67
ENTO	KEITA .K.	Evaluation de l'impact d'une pulvérisation intra-domiciliaire en saison sèche sur la transmission du paludisme le long du fleuve Niger. FMPOS/Bko 2011 ; Thèse Med ; n°183
ENTO	MAIGA M.	Distribution spatio-temporelle des gîtes larvaires et caractérisation moléculaire du complexe An. <i>gambiae s.l</i> dans le village de Bancoumana, Mali. FMPOS/Bko 2006; Thèse Med ; n°213
ENTO	SACKO M.	Etude de l'ineffectivité de <i>P. berghei</i> et <i>P. falciparum</i> chez les anophèles <i>gambiae s.l</i> . Thèse Med FMOS/Bko2008 ; n°340
ENTO	TRAORE .S.A.	Evaluation de l'acceptabilité d la durabilité et de l'efficacité du textile imprégné de deltaméthrine dans la lutte contre les vecteurs du paludisme dans le village de Ngalamadibi. Thèse Pharm FAPH/Bko2010; n°55.
EPI	DIARRA H.Y.	Etude épidémio-clinique et moléculaire du Paludisme à Plasmodium falciparum par la MSP-1 à Missira (Cercle de Kolokani). FMPOS/Bko 2004 ; Thèse Med ; n°99.
EPI	BOUGOUMA E.C.	Morbidité du paludisme en zone hyper -endémique du Burkina Faso: étude de l'indice plasmodique et de l'incidence Clinique. FMPOS/Bko2004;Thèse Pharm ; n°51.
EPI	MOMO N.A.	Etude comparative des indices parasitologiques et Cliniques de la

transmission palustre en période de saison sèche chaude et froide dans le cercle de Ménaka (mali). FMPOS/Bko 2006 ; Thèse Med ; n°117.

EPI	DIASSANA M.	Place du paludisme dans l'origine des accès fébriles observés au Cs réf de la commune vi du district de Bamako. Bko 2006 ; Thèse Med ; n°129.
EPI	TRAORE H.	Effet de l'infection à <i>Schistosoma Haematobium</i> sur l'évolution des paramètres paludométriques dans un village d'endémie palustre au Mali. FMPOS/Bko 2006; Thèse Med; n°270
EPI	DIARRA S.D.	Etude de la mortalité et de la morbidité dues au Neuropaludisme au service de pédiatrie de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou, chez les enfants de 6 mois à 15 ans. FMPOS/Bko 2006 ; Thèse Med ; n°346
EPI	KOLI D.L.A.	Prévalence des consultations du paludisme au Cscm de Koulouba(Mali). FMPOS/Bko 2006 ; Thèse pharm ; n°58
EPI	DIABATE D.	Impact du portage chronique de <i>Schistosoma haematobium</i> sur l'infection palustre à Bandiagara, Mali. FMPOS/Bko 2006 ; Thèse pharm ; n°62
EPI	TEMBINE I.	Fréquence de l'accès palustre en post-opératoire immédiat dans le service de chirurgie A et B du CHU du Point G. Thèse Med FMOS/Bko2007 ; n°116
EPI	DOUMBIA S.	Évolution des paramètres paludométriques au cours de la coïnfection <i>Schistosoma haematobium</i> et <i>Plasmodium falciparum</i> dans un village au Mali. Thèse Med FMOS/Bko2007 n°187
EPI	KEITA P. M.	Prévalence du paludisme au cours du VIH/SIDA en milieu hospitalier de Bamako. Thèse Med FMOS/Bko2007 ; n°207
EPI	KEITA M.	Variations saisonnières des aspects Epidémiologiques Cliniques du paludisme à Missira (Kolokani) de 2004 à 2005. Thèse Med FMOS/Bko2007 ; n°89
EPI	TOLO Y.	Relation entre l'anémie et le paludisme dans deux groupes d'ethnies vivant en sympatrie au Mali. Thèse Pharm FAPH/Bko2007 n° 7

EPI	TAPILY A.	Splénomégalie et paludisme au sein de 2 groupes ethniques vivant en sympatrie en zone sahélienne du Mali (Dogon et Peulh). Thèse Med FMOS/Bko2008 ; n° 125
EPI	BAMBA K.	Place du paludisme dans les hospitalisations fébriles dans le service de pédiatrie du CHU Gabriel Touré de janvier à décembre 2006. FMOS/Bko 2008 ; Thèse Med ; n°141
EPI	KONE S.M.	Association trait drépanocytaire et déficit en G6PDA : Impact sur la protection contre le paludisme grave à Kangaba et Kéla de juin 2001 à janvier 2004. FMOS/Bko 2008 ; Thèse Pharm ; n°94
EPI	IBRAHIM M.	Place du paludisme dans les étiologies des accès fébriles observés au CSCOM de Baco-djicoroni en commune v du district de Bamako. Thèse Med FMOS /Bko 2009 ; n°111.
EPI	DIARRA. V	Dynamique des paramètres malariométriques en fonction des Ethnies à Mantéourou de 1998 à 2008. Thèse Med FMOS/Bko2009 n°320.
EPI	BARRY A.	Morbidité palustre dans deux localités du cercle de Kolokani. Nossoumbougou et Didien. Thèse Med FMOS/Bko2009 ; n°431
EPI	KONATE .M	Etude de la comorbidité paludisme fièvre typhoïde au centre de santé de référence de Niono. Thèse Med FMOS/Bko2009; n°475.
EPI	DOUMBIA S.	Impact du changement Climatique sur l'incidence du paludisme au mali de 1998 à 2007..Thèse Med FMOS/Bko2010; n°196.
EPI	DIALLO M.	Etude Epidémiologique de la transmission du paludisme en saison sèche dans trois villages riverains du fleuve Niger. Thèse Med FMOS/Bko2010; n°20.
EPI	SAMASSA F.	Etude de la saisonnalité du paludisme à Plasmodium falciparum en milieu urbain de Bamako. Thèse Med FMOS/Bko2010; n°294.
EPI	KONE M.O	Prévalence du paludisme au centre de santé de référence de la commune iv du district de Bamako. Thèse Med FMOS/Bko2010; n°321.
EPI	SIDIKI.K	Evaluation du poids du paludisme pendant la grossesse dans la zone de Fana (Mali).Thèse Med FMOS/Bko2010; n°353.
EPI	SAMAKE.Y	Epidémiologie du paludisme dans la population rurale de Kollé

		et péri urbaine de Sotuba. Thèse Med FMOS/Bko2010; n°379.
EPI	MBASSI J.J.C	Etude comparative des indices paludométriques et Cliniques de Bamako, Dioro, Ménaka et Missira. Thèse Med FMOS/Bko2010; n°603.
EPI	ALASSANE I.	Paludisme au premier trimestre de la grossesse au Cs Réf de la COM I du district de Bko. FMPOS/Bko 2011 ; Thèse Med ; n°116
EPI	DEMBELE A. A.	Incidence du paludisme chez les enfants de 0 à 6 ans vivant à Bandiagara. FMPOS/Bko 2011 ; Thèse Med ; n°161
EPI	SANOGO A.B.	Etude épidémio-clinique du paludisme chez les enfants de 5 à 12 ans au Cs Réf de la COM IV du district de Bko. FMPOS/Bko 2011 ; Thèse Med ; n°21
EPI	TRAORE C.	Etude de la morbidité palustre dans le service de pédiatrie de l'hôpital de Sikasso. FMPOS/Bko 2011 ; Thèse Med ; n°237
EPI	ZE P.A.	La coinfection paludisme/VIH-SIDA chez les détenus à la maison d'arrêt et de correction de Kati (Koulikoro-Kati). FMPOS/Bko 2011 ; Thèse Med ; n°28
EPI	KONE A.A.	Place du paludisme chez les scolaires reçus en consultation au CSCOM de Daoudabougou de Janvier 2006 à Décembre 2009. FMPOS/Bko 2011 ; Thèse Med ; n°74
EPI	DIA S.	Epidémiologie du paludisme dans l'une zone soudano guinéenne du Mali Kambila cercle du Kati. FMPOS/Bko 2011 ; Thèse Med ; n°93
EPI	CISSE K. B.	Incidence du paludisme chez les enfants de 1 à 5 ans à Bandiagara. FMPOS/Bko 2011 ; Thèse Pharm ; n°15
EPI	OUEDRAGO D.S.	Place du paludisme dans les étiologies des affections fébriles observées au Cs réf. FMPOS/Bko 2012 ; Thèse Med ; n°265
EPI	YACOUBA S. S.	Place du paludisme dans les manifestations fébriles au niveau du Cscm de Baco-djicoroni (juillet à novembre 2011). FMPOS/Bko 2012 ; Thèse Med ; n°276
EPI	DIALLO M.	Place du Paludisme dans les Syndromes Fébriles au Service

		d'Urgence de l'hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou. FMPOS/Bko 2012 ; Thèse Med ; n°59
EPI	BERTHE M.	Etude du paludisme et de l'anémie chez les enfants d'âge scolaire dans 5 communes rurales de Sikasso FMPOS/Bko 2012 ; Thèse pharm ; n°28
EPI	BALAM A.	Epidémiologie du paludisme chez les scolaires de Doneguebougou durant l'année scolaire 2007-2008
EPI	BOUBACAR G.	Analyse des données du système local d'information sanitaire sur le paludisme, les ira basses et les diarrhées dans le cercle de Niono. FMPOS/Bko 2006 ; Thèse Med n°348
EPI	DIARRA M.N.	Place du paludisme dans les étiologies des accès fébriles observés au CSCOM de Yirimadio en COM VI du district de Bko. FMPOS/Bko 2012 ; Thèse Med ; n°190
EPI	DOUMBIA M.S.B.	La fréquence des consultations pour paludisme au Cs réf. commune i Thèse Med FMOS/Bko2010; n°483.
EPI	Hamado H.	Risque de paludisme transfusionnel à Bamako. FMPOS/Bko 2003 ; Thèse pharm ; n°56
EPI	MAIGA S.M.	Paramètres Epidémiologiques de la transmission du paludisme dans le cercle de Ménaka pendant la saison sèche chaude. FMPOS/Bko 2005 ; Thèse Med ; n°163
EPI	NIANGALY A.	Epidémiologie du paludisme dans un village de la plaine du pays Dogon au Mali. Pongono. Thèse Med FMOS/Bko2009 ; n°151
EPI	SISSOKO K.	Impact l'infection a Schistosoma haematobium sur les paramètres paludométriques dans un village d'endémie palustre au Mali. FMPOS/Bko 2005 ; Thèse Med ; n°121.
EPI	TRAORE Y.B	Prévalence et prise en charge du paludisme en milieu rural cas du Centre de santé de Gakoura RD sur 10 ans. FMPOS/Bko 2011 ; Thèse Med ; n°241
EPI	TRAORE M.B.	Effet de la pulvérisation régulière d'insecticide durant la saison sèche sur la densité d'anophèles gambiae en saison pluvieuse dans les villages sahéliens du cercle de Banamba. FMPOS/Bko 2012 ; Thèse Med ; n°98

HEMMA	Miranda Y. E.	Importance du paludisme chez l'adolescent et l'adulte drépanocytaire dans les services de médecine ABCD de l'hôpital du point G de 1994 à 2001
HEMMA	TRAORE M.A.	Intérêt de l'index de production réticulocytaire en zone urbaine et rurale du mali. FMPOS/Bko 2003 ; Thèse pharm ; n°37
HEMMA	MOUNKORO.M	Evaluation de l'effet protecteur de l'hémoglobine c contre le paludisme grave et compliqué chez les malinké de Kangaba et Kéla. FMPOS/Bko 2003 ; Thèse pharm ; n°51
HEMMA	TRAORE L.	Hémoglobine et paludisme grave : implication de la cyto-adhérence dans le mécanisme de protection. Thèse Pharm ; FMPOS/Bko 2008 ; n°95
HEMMA	DOUMBOUYA.M	Prévalence des polymorphismes de l'hémoglobine (HbS, HbC, α -thalassémie) et du globule rouge (déficit en G6PD, groupe sanguin ABO) connus comme protecteurs contre les formes graves du paludisme dans la commune rurale de Bancoumana, Kati. Thèse Pharm FAPH/Bko2010; n°42.
HEMMA	SANOGO I.	Impact du polymorphisme du globule rouge et de l'hémoglobine sur la réponse humorale aux antigènes candidats vaccins de p falciparum chez les enfants. FMPOS/Bko 2011 ; Thèse Med ; n°158
HEMMA	KAMATE F.	Impact des polymorphismes de l'hémoglobine et du globule rouge sur la fréquence du Paludisme dans la commune rurale de Bancoumana (Mali). FMPOS/Bko 2012 ; Thèse pharm ; n°21
HEMMA	DIAKITE S.A.S.	Les mécanismes de protection de l'hémoglobine c contre les formes graves de paludisme a p. falciparum: résultats d'études préliminaires in vitro. FMPOS/Bko 2005 ; Thèse pharm ; n°52
HEMMA	TRAORE A.	Déficit en G6PD érythrocytaire: fréquence, relation avec le paludisme dans une population âgée de 3mois à 2ans dans les villages de Kangaba et Kéla de Koulikoro (Mali). FMPOS/Bko 2003 ; Thèse pharm ; n°54
HEMMA	CHEICK B.D.	Drépanocytose et paludisme chez les enfants âgés de 1 à 9 ans à Missira (cercle de Kolokani).FMPOS/Bko 2006 ; Thèse

		pharm ; n°56
HEMMA	SOMBORO.M.A	Mécanismes de protection du déficit en g6pd(a) contre les formes graves de paludisme à p. falciparum : résultats d'études préliminaires in vitro. Thèse Pharm FAPH/Bko2009; n°09.
IMMU	DEMBELE N.K.	Pigment malarique et paludisme grave chez les sujets de 0 ` à 20 ans `a Bandiagara (Mali). FMPOS/Bko 2003 ; Thèse pharm ; n°24
IMMU	AKOTOR A. E.	L'antigène de surface de l'hépatite B et le paludisme chez les donneurs de sang à Bamako : évaluation de certains marqueurs biologiques. Thèse Pharm ; FMPOS/Bko 2007 ; n° 40.
IMMU	SANGARE M.B.	Etude des cellules T régulatrices dans la protection contre le paludisme dans une cohorte d'enfants vivant en zone d'endémie palustre. FMPOS/Bko 2011 ; Thèse Med ; n°68
IMMU	TRAORE M.B.	Etude des cellules gamma delta T dans la protection contre le paludisme dans la cohorte d'enfants d'une zone d'endémie palustre au Mali. FMPOS/Bko 2011 ; Thèse Med ; n°69
IMMU	DEMBELE A.S.Y.	Coïnfection VIH et plasmodium falciparum chez les donneurs de sang au CNTS de Bamako. FMPOS/Bko 2006 ; Thèse pharm ; n°53
IMMU	KETTA .Y	Réponse naturelle anticorps anti MSP-3 LSP de plasmodium falciparum chez les enfants de 1 à 4ans vivant en zone périurbaine de Bamako. Thèse Pharm FAPH/Bko2010; n°39
IMMU	TRAORE .A	Réponse des anticorps anti-AMA 1-FVO de plasmodium falciparum et l'incidence du paludisme Kambila. Thèse Med FMOS/Bko2009; n°222.
IMMU	TAPILY.A	Rôle potentiel des cellules gamma /delta et t régulatrices dans la protection contre le paludisme dans deux groupes ethniques (peulh & dogon) vivant en sympatrie au mali. Thèse Pharm FAPH/Bko2009 ; n°36.
THERA	TOGO. A	Intérêt en santé publique de l'utilisation des combinaisons à base d'Artémisine dans le traitement de l'accès palustre simple au MALI. THESE Med FMOS/Bko2009 n°317.
THERA	DIARRA A.	Efficacité comparée de la sulfadoxine-Pyriméthamine et de la

		chloroquine dans la prévention antipaludique au cours de la grossesse à Bancoumana. (Mali). FMPOS/Bko 2003 ; Thèse Med ; n°26
THERA	KATILE A.	Dynamique de l'efficacité thérapeutique de la Chloroquine dans un village a transmission palustre saisonnière intense. Bancoumana. FMPOS Bko 2003; Thèse Med; n°90
THERA	TOGOLA A.	Etude de la photochimie et de l'activité antipaludique de <i>Alchornea cordifolia schmach.</i> (EUPHORBIACEAE). FMPOS/Bko 2003 ; Thèse pharm ; n°10
THERA	DIARRA N.M.	Etude photochimique d'une plante antipaludique utilisée au mali : <i>Spilanthus oleracea jacq.</i> (asteraceae). FMPOS/Bko 2003 ; Thèse pharm ; n°28
THERA	MATALI S.	Evaluation de la réponse in vivo des souches de plasmodium falciparum a la chloroquine à Missira (Kolokani). FMPOS/Bko 2006 ; Thèse Med ; n°130
THERA	MAMADOU O.A.	Etude photochimique et de l'activité antipaludique in vivo et in vitro <i>Demomordica balsamina linn.</i> (cucurbitaceae). FMPOS/Bko 2006 ; Thèse pharm ; n°02
THERA	SIDIBE M.O.	Etude de <i>Argemone mexicana linn</i> dans le traitement traditionnel du paludisme non compliqué dans le village de Kissidougou région de Sikasso – mali. FMPOS/Bko 2006 ; Thèse pharm ; n°18
THERA	NIANGALY B.A.	Evaluation de la tolérance et de l'immunogénicité d'un candidat vaccin antipaludique dérivé de la MSP1 (FMP1) associé à l'adjuvant ASO2A dans une population adulte semi-immune à Bandiagara, Mali. FMPOS/Bko 2006 ; Thèse pharm ; n°30
THERA	GUINDO A.M.	Validation d'une technique Elisa pour l'évaluation de l'immunogénicité en phase Ib du candidat vaccin ama1-c1/alhydrogel contre le plasmodium falciparum au Mali. FMPOS/Bko 2006 ; Thèse pharm ; n°65
THERA	NDONG N. C.	Place de la Sulfadoxine-Pyriméthamine dans la politique de lutte contre le paludisme au Gabon et au Mali. Thèse pharm ;

FMPOS/Bko 2007

THERA	NGOMA N.U.	Evaluation de l'efficacité thérapeutique et de la tolérance Clinique et biologique de l'Arsucam®, du Coartem® et de l'Artéquin® dans le traitement du paludisme non compliqué de l'enfant à Libreville. Thèse Pharm FAPH/Bko2007 ; n°10
THERA	KANTE O.	Etude comparée de l'efficacité et de la tolérance de l'association sulfadoxine / Pyriméthamine / Amodiaquine versus Artémether / Luméfantrine dans le traitement du paludisme non compliqué à Plasmodium falciparum au Mali. Thèse Pharm ; FMPOS/Bko 2007 ; n°12.
THERA	NIARE B.	Essai de phase 1 d'un candidat vaccin (AMA 1 C1/ Alhydrogel R) contre le Plasmodium falciparum chez les enfants de 2 à 3 ans Doneguebougou, Mali. Thèse Med FMOS/Bko2008 ; n°138
THERA	GUINDO D.	Comparaison des 2 schémas de traitement à base d'artémisinine : Artémether + Luméfantrine et Artésunate +Amodiaquine dans la prise en charge du paludisme simple chez l'enfant à Faladié (cercle de Kati). Thèse Med FMOS/Bko2008 ; n°232
THERA	DAKOUO F.	Étude comparative du traitement du paludisme simple présomptif à domicile par <i>Argémone mexicana</i> et les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine dans le village de Kissidougou, région de Sikasso. Thèse Med FMOS/Bko2008 ; n°237
THERA	DJIMDE M.	Efficacité in vivo de 3 antipaludiques (sulfadoxine-Pyriméthamine mine-Luméfantrine) dans le traitement du paludisme non compliqué chez les enfants de 6 mois à 59 mois. Thèse Med FMOS/Bko2008 ; n°258
THERA	DARA N.	Essai Clinique et randomisé ouvert et multicentrique thérapeutique à base d'artémisinine [Artésunate-sulfaméthoxypyrazine-Pyriméthamine (dose fixe sur 3 jours) Artésunate sulfaméthoxypyrazine-Pyriméthamine (dose fixe sur 24heures) Artémether-Luméfantrine (dose fixe sur 3 jours)] sur des patients atteints de paludisme simple à P. falciparum. Thèse

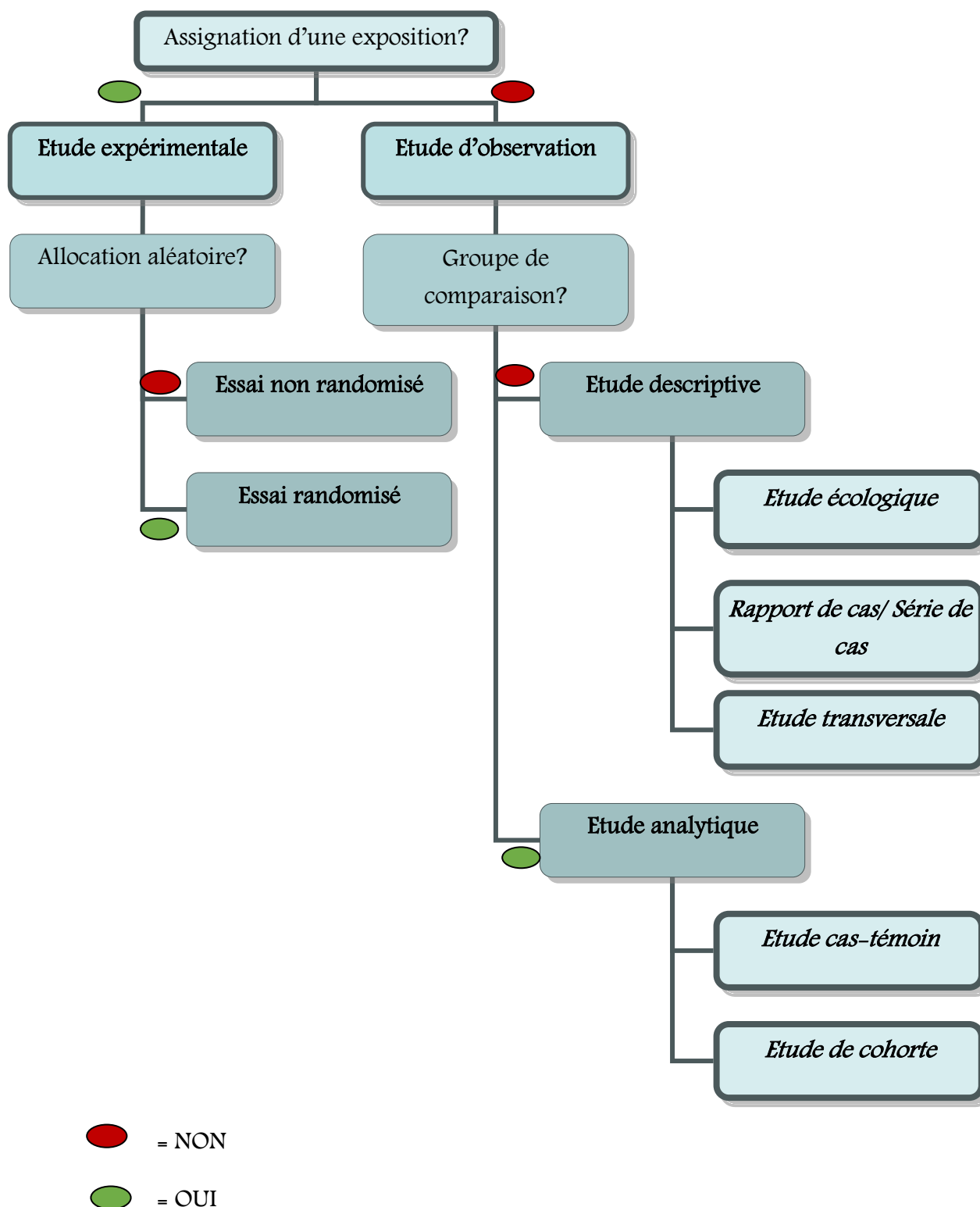
		Pharm FAPH/Bko2008 ; n° 32
THERA	TOUNKARA B.	Étude photochimique et des activités biologiques de cinq (5) plantes utilisées dans le traitement traditionnel du paludisme au Mali.; Thèse Pharm FAPH/Bko2008 ; n°66
THERA	KONE .Y	Combinaisons thérapeutiques à base d'artémisine versus Amodiaquine +Sulfadoxine Pyriméthamine dans le traitement de l'accès palustre simple à Faladié (cercle de Kati). Thèse Med FMOS/Bko2009 ; n°161.
THERA	KARIM.D.M	Efficacité comparée de deux schémas de traitement préventif intermittent à la Sulfadoxine–Pyriméthamine chez la femme enceinte au MALI. Thèse Med FMOS/Bko2009; n°162.
THERA	DICKO.O.M	Impact du Traitement préventif intermittent infantile (IPTI) du paludisme sur la couverture vaccinale du programme élargi de vaccination chez les enfants de moins de deux ans dans le cercle de Kolokani douze mois après sa mise en œuvre. Thèse Med FMOS/Bko2009; n°446.
THERA	DIARRA .M	Impact du traitement préventif intermittent de combinaisons à base d'artémisinine sur la morbidité palustre chez les enfants scolarisés à Kollé (Commune Bancoumana, cercle Kati) au Mali. Thèse Med FMOS/Bko2009; n°496.
THERA	GUIROU.C	Etude de la toxicité sub-chronique de <i>Argémone mexicana</i> utilisé dans le traitement traditionnel du paludisme. Thèse Pharm FAPH/Bko2009 ; n°31.
THERA	DIAKITE.M	Prévalence de la schistosomiase à <i>Schistosoma hæmatobium</i> et impact de son traitement sur l'évolution des paramètres paludométriques chez les enfants de 6 à 15 ans à Dialakorodji (cercle de Kati).Thèse Pharm FAPH/Bko2009 ; n°79.
THERA	DIALLO.N	Impact de l'administration répétée de trois combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine sur les réponses immunitaires naturelles antithèse Med FMOS/Bko2010; n°322.
THERA	BELLO.M.P	Etude de la fréquence des effets indésirables de deux formes d'une CTA : Coartem® dispersible et Coartésiane® suspension

		chez les enfants de 06 à 59 mois au centre de santé de référence de Niono. Thèse Med FMOS/Bko2010; n°513.
THERA	ALHOUSSEINI M.L.	Impact du traitement préventif intermittent sur le paludisme chez les enfants dormant sous les moustiquaires imprégnées d'insecticides à Siby Kati. FMPOS/Bko 2011 ; Thèse Med ; n°05
THERA	TRAORE D.	Efficacité du traitement préventif intermittent sur le paludisme chez les enfants dormants sous moustiquaires imprégnées d'insecticide à Ouéléssebougou, dans le cercle de Kati, Mali. FMPOS/Bko 2011 ; Thèse Med ; n°314
THERA	MAHAMAR A.	Chimio sensibilité de plasmodium falciparum à la sulfadoxine-Pyriméthamine (SP) plus Amodiaquine (AQ) dans le cadre du traitement préventif intermittent à la SP plus AQ chez les enfants à Djoliba, Siby et Ouéléssebougou, Cercle de Kati, Mali. FMPOS/Bko 2011 ; Thèse Pharm ; n°10
THERA	NIARE A.	Etude photochimique et des activités biologiques de <i>Evolvulus alsinoides</i> L et de <i>Vitex simplicifolia</i> Oliv dans la prise en charge du paludisme en médecine traditionnelle. FMPOS/Bko 2011 ; Thèse Pharm ; n°41
THERA	AHONSOU A.Y.	Etude de la photochimie et des activités biologiques de feuilles de cassia Linn&Bar utilisés dans le traitement traditionnel du paludisme au Togo. FMPOS/Bko 2011 ; Thèse Pharm ; n°42
THERA	BAMADIO A.	Efficacité in vivo de l'Artémether -Luméfantrine sur les souches de plasmodium falciparum et son impact sur les marqueurs moléculaires de résistances parasitaires aux antipaludiques, au mali FMPOS/Bko 2012 ; Thèse Med ; n°174
THERA	DABO T.A.C.	Efficacité comparée de deux schémas de prévention du paludisme au cours de la grossesse a Faladié (Kati). FMPOS/Bko 2005 ; Thèse Med ; n°72
THERA	DAKOUO B.	Incidence de l'anémie en saison de forte transmission du paludisme a Doneguebougou : à propos de volontaires de 6 mois à 6 ans traités par du fer, puis soumis à une chimio-prophylaxie. FMPOS/Bko 2004 ; Thèse pharm ; n°11

THERA	DAMA S.	Identification du meilleur antipaludique candidat pour l'association a l'Artésunate en vue de la mise en œuvre de la politique des combinaisons thérapeutiques au Mali. FMPOS/Bko 2006 ; Thèse pharm ; n°07
THERA	DIALLO I.A.	Evaluation d'une stratégie basée sur le traitement intermittent à la sulfadoxine-Pyriméthamine comparée à la prise en charge rapide des cas de paludisme à Kambila ; Cercle de Kati, Mali. FMPOS/Bko 2005; Thèse Med ; n°74
THERA	GADO F.A.	Etude photochimique et de l'activité antipaludique d'une recette utilisée dans le traitement traditionnel du paludisme au Niger. FMPOS/Bko 2004 ; Thèse pharm ; n°45
THERA	KONE M.	Incidence du paludisme après cessation du Traitement préventif intermittent a la Sulfadoxine-Pyriméthamine et chimio sensibilité de P. falciparum À ce médicament à Kambila ; Cercle de Kati, mali. FMPOS/Bko 2005 ; Thèse Med ; n°230
THERA	MBADINGA M.G.C.	Contrôle de qualité de l'Amodiaquine et de la quinine. FMPOS/Bko 2005 ; Thèse pharm ; n°17
THERA	OUOLOGUEM D.	Déterminants immunologiques et génomiques de la clairance des souches de plasmodium falciparum résistantes à la chloroquine. FMPOS/Bko 2004 ; Thèse pharm ; n°50
THERA	TCHOMTCHOUA A.S .	Etude de la réinfection a plasmodium falciparum chez les enfants âgés de 1 à 9 ans de Missira après clairance parasitaire, en zone endémique nord saharienne du mali. Thèse Med FMPOS /Bko 2009; n°042
autre	CISSE H.H.	contrôle de qualité des antipaludiques reçus au laboratoire national de santé, de janvier à décembre 2009. FMPOS/Bko 2012 ; Thèse pharm ; n°02
autres	DJIM M.	Contrôle de la qualité des médicaments : Cas des antipaludéens au Burkina Faso.; Thèse Pharm FAPH/Bko2008 ; n°85
autres	IBRAH.M.	Radiations solaires ultraviolette et paludisme à Bamako. FMPOS/Bko 2005 ; Thèse pharm ; n°45
NR	03p45	Efficacité comparée de la chloroquine et des combinaisons

		thérapeutiques Artésunate+ chloroquine, Amodiaquine + Artésunate et Artésunate + SP dans le traitement du paludisme simple en zone d'endémie au Mali. FMPOS/Bko 2003 ; Thèse pharm ; n°45
NR	04p57	Combinaison sulfadoxine/Pyriméthamine quinine dans le traitement du paludisme simple à plasmodium falciparum a S'élingue. FMPOS/Bko 2004 ; Thèse pharm ; n°57
NR	DICKO Y. T.	Étude randomisée comparative, d'efficacité et de tolérance de 3 schémas thérapeutiques : Coarsucam® en 1 prise ou 2 prises par jour versus Coartem® (Artémether plus Luméfantrine) dans le traitement de l'accès palustre simple à Plasmodium falciparum au Mali. Thèse Med FMOS/Bko2008 ; n°72
NR	BAGAYOKO K.	Incidence et létalité du paludisme grave et compliqué dans l'unité de réanimation pédiatrique du CHU Gabriel Touré. FMPOS/Bko 2008 ; Thèse Pharm ; n°326
NR	COULIBALY F.	.Pharmacovigilance chez la femme enceinte sous traitement préventif intermittent (TPI) à la SP dans le cercle de Bougouni. Thèse Pharm FAPH/Bko; n°69
NR	10m485	Prévention du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans de la Commune I du District de Bamako en 2009. Thèse Med FMOS/Bko2010; n°485
NR	12p24	Prévalence et mécanisme de protection du déficit en G6PD contre le paludisme dans la commune rurale de Bancoumana. FMPOS/Bko 2012 ; Thèse pharm ; n°24

FICHE 7 : Classification méthodologique des études.



FICHE D'ENQUETE GENERALE

Numéro de la fiche : / _____ /

Section /___/ 1=Pharmacie 2=médecine

Année de soutenance / _____ /

Durée de l'étude /___/

1= < 3 mois 2= 4 - 6 mois 3= 7 mois - 1 an 4=1 - 2 ans

5= 3 - 4 ans 6= plus de 4ans 7=Autres / _____ /

Types d'étude /___/

1=Transversale 2= Longitudinale

3= Cas témoin 4= Clinique randomise

5= Cohorte

6= Combinaison / _____ /

7= Autres / _____ /

Pays de réalisation /___/

1= Mali 2= Cameroun 3= Niger 4= Tchad 5= Burkina-Faso

6= Mauritanie 7= Benin 8=Autres

Site d'étude: /___/

1= hôpital Gabriel Touré 2= hôpital du point G 3= hôpital régional

4= CSREF 5= CSCOM 6=clinique privée

7=Officine/Pharmacies 8= Laboratoire d'analyse

10= Populationnelle/régionale

11= Combinaison / _____ /

12= Autres / _____ /

Sous-groupe: /___/

1: Descriptif

2: Comparatif

Groupe: /___/

A: Prospectif

B: Rétrospectif

C: Retro-prospectif

Zone d'étude /___/

1= Urbaine 2= Péri-urbaine 3=Rurale 4= Combinaison / _____ /

Types de paludismes /___/.

1= Thèse sur le paludisme simple 2=Thèse sur le paludisme grave

3= Thèses sur le paludisme grave et simple.

Objet de l'étude au premier plan /___/

1= épidémiologique 2= clinique 3= CAP 4=Entomologique

5= Diagnostique 6=Thérapeutique 7=Hématologique 8=Immunologique

10=Bibliographique 11=Autres: /_____/

FICHE D'ENQUETE SECONDAIRE

Numéro de la fiche : / _____/

Auteurs, Années	Objectifs	Méthodologie	Résultats
Thèse de		<u>Lieu :</u> <u>Période :</u> <u>Cible :</u> <u>Type :</u>	

L'étude s'intéresse-t-elle d'autres domaines en plus de le domaine au premier plan ? /__/

1=OUI

2=NON

Objet de l'étude au second plan /__/

1= épidémiologique

2= clinique

3= CAP

4=Entomologique

5= Diagnostique

6=Thérapeutique

7=Hématologique

8=Immunologique

10=Bibliographique

Technique de collecte de donnée /__/

1 = Interview directe des patients.

2= Interview du personnel de santé.

3= Consultation des dossiers de malade.

4= examen physique.

5= Collecte après prélèvement et analyse biologique.

6= interview d'un parent ou d'un accompagnant

7= combinaison / _____/

8=autres / _____/

Population de l'étude /__/.

1=enfants de moins de 5ans 2= femmes enceintes

3= personnel de santé 4= mères et/ou tuteurs

5= adultes

6=combinaison préciser /_____/.

7=Autre préciser /_____/

La thèse possède-t-elle un format numérique ? /___/

1=OUI

2=NON

Le document numérique possède-t-il un résumé? /___/

1=OUI

2=NON

Le résumé précise-t-il l'objectif de l'étude /___/

1=OUI

2=NON

Le résumé répond-il aux objectifs spécifiques ? /___/

1=Vaguement

2=convenablement

3= Parfaitement

le domaine étudié du paludisme est-il indiqué parmi les mots clés choisis ? /___/

1=OUI

2=NON

FICHE D'ENQUETE DES TENDEANCES 1

Numéro de la fiche : /_____/

Tranche d'âge majoritairement affectée par le paludisme /___/

1= 0 - 5ans

2= 5ans - 9ans

3= 10 - 16 ans

Région ID /_____/

Zone d'étude /___/

1= Urbaine

2= Péri-urbaine

3=Rurale

Paramètres épidémiologiques :

Passage (m/A)	IP	IG	IS

FICHE D'ENQUETE DES TENDEANCES 2

Numéro de la fiche : /_____/

Population d'étude /____/

1= enfants

2= femmes enceintes

3= mères

4= prestataires

5= adultes

Zone d'étude /____/

1= Urbaine

2= Péri-urbaine

3=Rurale

Quelle est la proportion de la population qui connaît le moustique comme vecteur de la maladie ? :

/____/

Quelle est la proportion de la population qui utilise les moustiquaires ? : /____/

Parmi ceux qui utilisaient les moustiquaires quelle est la proportion de moustiquaires imprégnées ? :

/____/

Quel est les moyens utilise en premier recours devant les cas de paludisme ?

moyens	Pourcentage
Automédication	
Tradi-praticien	
Centre de santé	

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
OBJECTIFS	3
1. OBJECTIF GENERAL :	3
2. OBJECTIFS SPECIFIQUES :	3
GENERALITES.	4
1. DEFINITION	4
2. EPIDEMIOLOGIE	4
3. LE VECTEUR	6
4. AGENTS PATHOGENES	6
5. CYCLE BIOLOGIQUE	7
6. PHYSIOPATHOLOGIE :	9
7. MANIFESTATIONS CLINIQUES	11
8. DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE DU PALUDISME	13
9. LES ANTIPALUDIQUES	14
10. LE TRAITEMENT DU PALUDISME:	17
11. LA PREVENTION :	18
12. LES INDICATEURS DE LA SANTE EN MATIERE DE PALUDISME.	19
13. LA REVUE SYSTEMATIQUE :	23
METHODOLOGIE :	25
1. CADRE D'ETUDE :	25
2. TYPE D'ETUDE ET PERIODE D'ETUDE	26
3. CRITERES DE SELECTION DES ETUDES.	27
4. RECHERCHE DES ETUDES (CONSTITUTION DU REPERTOIRE FINAL DE THESES.)	27
5. EVALUATION DU DOMAINE D'ETUDE DE LA THESE.	29
6. EXTRACTION DES DONNEES :	30
7. GESTION ET SYNTHÈSE DES DONNEES :	32
8. ASPECTS ETHIQUES :	32
RESULTATS	34
1 ^{ERE} PARTIE : RESULTATS QUALITATIFS	34
1. SYNTHÈSE DES ETUDES DU FOCUS-GROUPE	35
2 ^{EME} PARTIE : RESULTATS QUANTITATIFS	112
1. LES RESULTATS GLOBAUX.	113
2. LES RESULTATS DU FOCUS-GROUPE.	121
3. RESULTATS DES SOUS-GROUPES FOCUS.	127
COMMENTAIRES ET DISCUSSION	133

1. CONTRAINTES ET LIMITES.	133
2. SUR L'ENSEMBLE DES ETUDES PORTANT SUR LE PALUDISME	133
3. SUR LES ETUDES APPARTENANT AU FOCUS-GROUPE.	135
4. SUR LES ETUDES APPARTENANT AUX SOUS-GROUPES FOCUS	140
CONCLUSION ET SUGGESTIONS	143
1. CONCLUSION.	143
2. SUGGESTIONS.	144
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	146
ANNEXES	160

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Critères définissant le paludisme grave.	12
Tableau 2: Classification des antipaludiques	16
Tableau 3: Synthèse des résultats de thèses portant sur les domaines épidémiologiques du paludisme.	35
Tableau 4: Synthèse des résultats de thèses portant sur le domaine clinique du paludisme.	60
Tableau 5: Synthèse des résultats de thèses portant sur les questions CAP du paludisme.	76
Tableau 6: Répartition des thèses soutenues à la FMOS/FAPH par année et par sections.	113
Tableau 7: Evolution de la proportion des thèses portant sur le paludisme par rapport à l'ensemble des thèses soutenues par année.	113
Tableau 8: Evolution de la proportion des thèses portant sur le paludisme par rapport à l'ensemble des thèses soutenues par année dans la section médecine.	114
Tableau 9: Evolution dans la section pharmacie de la proportion des thèses portant sur le paludisme par rapport à l'ensemble des thèses soutenues par année.	115
Tableau 10: Répartition des thèses portant sur le paludisme selon leur présence à la bibliothèque de la FMOS/FAPH.	116
Tableau 11: Répartition des thèses portant sur le paludisme selon le pays de réalisation.	116
Tableau 12: Répartition des thèses portant sur le paludisme en fonction de la zone d'étude.	117
Tableau 13: Répartition des études sur le paludisme en fonction du site d'étude.	117
Tableau 14: Répartition des thèses portant sur le paludisme en fonction de la durée de l'étude.	118
Tableau 15: Répartition des thèses portant sur le paludisme selon le type méthodologique d'étude.	118
Tableau 16: Répartition des combinaisons de type d'études des thèses portant sur le paludisme.	119
Tableau 17: Répartition des thèses portant sur le paludisme selon le sous-groupe d'étude.	119
Tableau 18: Répartition des thèses portant sur le paludisme selon le groupe d'étude.	119
Tableau 19: Répartition des thèses sur le paludisme selon le type de paludisme étudié.	120
Tableau 20: Répartition des thèses sur le paludisme selon le domaine abordé au premier plan.	120
Tableau 21: Répartition des thèses sur le paludisme selon l'appartenance au focus-groupe.	121
Tableau 22: Répartition des thèses du focus-groupe selon le domaine abordé au premier plan.	121
Tableau 23: Répartition des thèses du focus-groupe selon le domaine abordé au premier plan et selon l'année.	121
Tableau 24: Répartition des proportions par rapport aux thèses soutenues des études du focus-groupe selon l'année et le domaine abordé au premier plan	122
Tableau 25: Répartition des études du focus-groupe selon l'existence d'un second domaine abordé.	123
Tableau 26: Répartition des études du focus-groupe selon le domaine abordé au premier plan et au second plan.	123
Tableau 27: Répartition des études du focus-groupe selon la technique de collecte de données.	124
Tableau 28: Répartition des études du focus-groupe selon la population d'étude.	125
Tableau 29: Répartition des thèses du focus-groupe selon la possession d'un format numérique.	126
Tableau 30: Répartition des études du focus-groupe selon la possession d'un résumé en annexe.	126
Tableau 31: Répartition des thèses du focus-groupe selon la nature de la réponse apportée aux	

objectifs spécifiques dans le résumé.	126
Tableau 32: Répartition des tranches d'âges d'enfants les plus affectées par le paludisme.	127
Tableau 33: Répartition des indices paludométriques par passages dans les zones rurales au Mali.	128
Tableau 34: Répartition des indices paludométriques par période de passage dans les zones urbaines du Mali.	129
Tableau 35: Evolution en zone rurale des connaissances des mères d'enfants de 0-5ans sur le vecteur de la maladie et de leur degré d'utilisation des moustiquaires par année d'étude.	130
Tableau 36: Evolution en zone urbaine des connaissances des mères d'enfants de 0-5ans sur le vecteur de la maladie et de leur degré d'utilisation des moustiquaires par année d'étude.	131
Tableau 37: Evolution en zone rurale, des attitudes des mères d'enfants de 0 à 5ans en premier recours devant le paludisme selon les études.	132
Tableau 38: Répartition en zone urbaine, des attitudes des mères d'enfants de 0 à 5ans en premier recours devant le paludisme selon les études.	132

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Distribution globale du risque de paludisme dans le monde en 2010	5
Figure 2: Cycle de développement du <i>plasmodium</i> .	9
Figure 3: Evolution de la proportion de thèses sur le paludisme au fil des années.	114
Figure 4: Evolution de la proportion de theses sur le paludisme en médecine et en pharmacie au fil des années.	115
Figure 5: Répartition des études portant sur le paludisme en fonction du type d'étude.	118
Figure 6: Répartition des thèses sur le paludisme selon le domaine abordé au premier plan.	120
Figure 7: Evolution des proportions des études du focus-groupe par rapport à l'ensemble des thèses soutenues au fil des années.	122
Figure 8: Répartition des techniques de collecte de données selon leur occurrence dans la combinaison de technique de collecte.	124
Figure 9: Répartition de la population d'étude selon leur occurrence dans la combinaison de population d'étude.	125
Figure 10: Evolution en zone rurale, des valeurs moyennes des indices paludométriques chez les enfants de moins 16ans.	127

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : NJONJO

Prénoms : CHRISTEL EMMANUEL

Titre de la thèse : Revue systématique des thèses portant sur le paludisme à la FMOS et la FAPH entre 2003 et 2012

Date de soutenance : Mercredi 25 Septembre 2013

Ville de soutenance : Bamako.

Pays d'origine : Cameroun, Afrique Centrale.

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de l'U.S.T.T.B.

Secteur d'intérêt : Parasitologie, Santé Publique, épidémiologie



Résumé :

Le paludisme demeure un problème de santé pour l'Afrique en général et le Mali en particulier.

Dans la lutte contre ce fléau, au Mali, plusieurs institutions entreprennent des études pour cerner ce problème dont la FMOS/ FAPH. Notre étude apporte sa contribution en se fixant comme objectif de faire la revue systématique des thèses sur le paludisme, présentées et soutenues dans les facultés de médecine et de pharmacie de l'U.S.T.T.B. entre 2003 et 2012 avec une focalisation sur les domaines épidémiologiques, cliniques, et des études CAP.

Nos résultats montraient que :

En moyenne **5,46%** des thèses soutenues portaient sur le paludisme. Des deux sections, les pharmaciens s'étaient plus intéressés à l'étude du paludisme (**11,26%** contre **4,36%** des médecins). La quasi-totalité des thèses avait été réalisée sur le territoire malien (**96,02%**) en zone urbaine (**55,56%**), au sein d'une communauté (**40,1%**). Ces thèses sont en majorité du type transversal (**58,33%**), descriptif (**68%**), prospectif (**74,6%**), et s'étendaient sur 4 à 6 mois (**30%**). L'infection palustre (les deux formes) était le type de paludisme le plus étudié et représentait **78,97%** des thèses. Des domaines abordés, les études CAP prédominaient avec **31,7%** suivies par les études épidémiologiques (**19,8%**) et les études thérapeutiques (**16,7%**).

Dans le focus-groupe :

47,5% des études du focus-groupe abordaient secondairement un autre domaine.

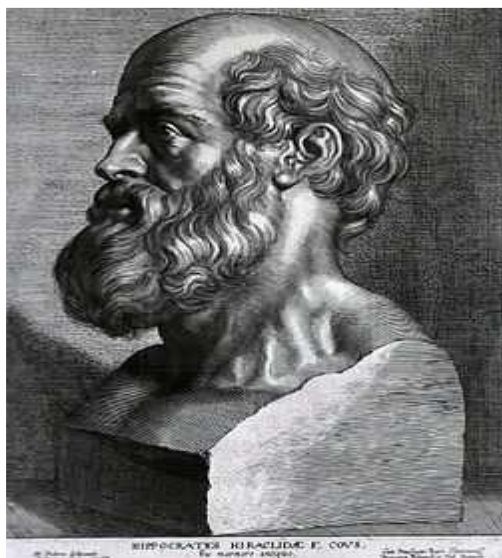
L'association étude épidémiologique/ étude CAP du paludisme était la plus fréquente (**14,3% + 16,9%**). Les enfants, et les femmes enceintes sont par ordre d'importance, les populations les plus sujettes aux études.

Dans les sous-groupes focus

Une diminution chez les enfants de 0 à 16ans, des valeurs moyens des indices paludométriques était observable tant dans les zones urbaines que rurales. Les statistiques indiquaient que les valeurs moyennes en zone rurales étaient plus élevées qu'en zone urbaines.

Alors qu'en zone urbaine les chiffres sont peu parlants, les connaissances et conduites des mères d'enfants de moins de 5ans s'étaient améliorées en zone rurale.

Mots clés : paludisme, bibliographie, revue systématique,



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront

confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

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

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

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

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

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

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

Je le jure!