

Université Lumière Lyon 2
École doctorale : Sciences de l'éducation, Psychologie, Information, Communication
Faculté : Sciences de l'information et de la communication
Équipe de recherche de Lyon en Sciences de l'information

Discours et représentations sociales dans la prévention du paludisme au Cameroun

Logique des discours, perceptions de la maladie et pratiques des populations

Par Raymond MBOUZEKO

Thèse de doctorat en Sciences de l'Information et de la Communication

Sous la direction de Jean-François TETU

Présentée et soutenue publiquement le 24 novembre 2010

Devant un jury composé de : Jean-François TETU, Professeur émérite, Université Lyon 2 Bertrand CABEDOCHÉ, Professeur des universités, Université Grenoble 3 Laurent-Charles BOYOMO ASSALA, Professeur d'université, Université de Yaoundé II

Table des matières

[Contrat de diffusion] . .	6
[Epigraphe] . .	7
[Dédicace] . .	8
Remerciements . .	9
Sigles, abbreviations et acronymes . .	10
Résumé . .	13
Abstract . .	14
Introduction générale . .	15
I - Etat des lieux . .	15
II - Raisons du choix et intérêt du sujet . .	17
III - Construction de l'objet . .	17
V - Hypothèses . .	19
VI - Cadre théorique . .	21
A – Constructivisme . .	21
B - Métaphore théâtrale de Erving Goffman . .	22
VII - Cadre méthodologique . .	22
A - Recherche documentaire . .	23
B - Travail de terrain . .	23
VIII - Définition opératoire des concepts . .	24
A - Discours . .	24
B - Représentations sociales . .	24
IX - Aperçu bibliographique . .	25
A - Documents méthodologiques . .	25
B - Documents spécifiques sur le paludisme au Cameroun . .	26
C - Publications monographiques, documents normatifs et de planification des interventions dans la lutte contre le paludisme au Cameroun . .	26
X - Plan de travail . .	29
Première partie Discours sur le paludisme . .	30
Chapitre 1 Construction des savoirs sur le paludisme . .	31
I - Découverte du paludisme dans le monde . .	31
II - Appréhension scientifique et linguistique du paludisme . .	34
III - Lutte antipaludique au Cameroun . .	44
Chapitre 2 Construction des discours sur le paludisme au Cameroun . .	52
I - Typologie et hiérarchisation des discours sur le paludisme au Cameroun . .	53
II - Eléments de base dans la construction des discours sur le paludisme au Cameroun . .	58
III - Construction des discours sur le paludisme au Cameroun . .	63
Chapitre 3 Enonciation des discours sur le paludisme au Cameroun . .	80
I – Caractéristiques générales de l'énonciation des discours sur le paludisme au Cameroun . .	81

II - Enonciation des discours sur le paludisme avant la conférence ministérielle mondiale de 1992 . .	83
III - Enonciation du discours sur le paludisme depuis la Conférence Ministérielle Mondiale de 1992 à l'an 2000 . .	87
IV - Enonciation des discours sur le paludisme a l'aube du troisième millénaire . .	93
Deuxième partie Représentations sociales sur le paludisme au Cameroun . .	102
Chapitre 4 Généralités sur les représentations sociales . .	103
I - Représentations sociales dans les sciences sociales . .	103
II - Représentations sociales et maladies . .	108
Chapitre 5 Caractéristiques des représentations sociales du paludisme dans les cultures négro-africaines . .	114
I - Représentations sociales du paludisme dans certains contextes négro-africains . .	115
II - Quelques caractéristiques des représentations sociales du paludisme et des pratiques face a cette maladie au Cameroun . .	124
Chapitre 6 Identification et organisation des représentations sociales du paludisme au Cameroun . .	132
I - Méthodologie utilisée pour l'identification des représentations sociales du paludisme chez les camerounais . .	132
II - Tentative d'organisation des représentations sociales sur le paludisme au Cameroun . .	138
III - Organisation des représentations sociales du paludisme par les camerounais . .	144
Troisième partie Discours sur le paludisme et réalite de la prévention de l'endémie au Cameroun . .	158
Chapitre 7 Discours et prévention du paludisme au Cameroun . .	159
I - Construction du corpus d'analyse . .	159
II – fonctions et caractéristiques des discours sur le paludisme . .	166
Chapitre 8 Analyse des discours et prévention du paludisme au Cameroun . .	177
I - Discours et prévention primaire du paludisme au Cameroun . .	177
II - Discours, prévention secondaire et prévention tertiaire du paludisme . .	190
III - Discours et réalité dans la prévention du paludisme au Cameroun . .	199
Conclusion générale . .	209
Bibliographie . .	216
Ouvrages . .	216
Documents de travail, rapports ou articles de périodiques . .	217
Thèses et mémoires . .	219
Webographie . .	219
Annexes . .	223
Annexe 1 : Brève présentation du Cameroun . .	223
Annexe 2 : Déclaration mondiale sur la lutte antipaludique . .	228
Annexe 3 : Déclaration d'Abuja pour faire reculer le paludisme en Afrique . .	231
Annexe 4 : Appel a l'action de Yaoundé . .	241
Annexe 5 : Cartographie des partenaires du PNLP/Cameroun . .	243

Annexe 6 : Fiches signalétiques des journaux, titres et localisation des articles de presses utilisés dans l'analyse . .	247
Annexe 7 : Formulaire de recueil des représentations sociales sur le paludisme au Cameroun . .	255

[Contrat de diffusion]

Ce document est diffusé sous le contrat *Creative Commons* « [Paternité – pas d'utilisation commerciale - pas de modification](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr/) » : vous êtes libre de le reproduire, de le distribuer et de le communiquer au public à condition d'en mentionner le nom de l'auteur et de ne pas le modifier, le transformer, l'adapter ni l'utiliser à des fins commerciales.

[Epigraphe]

« Le discours médical n'est pas un discours sur l'homme, mais sur la maladie. Il n'en implique pas moins une certaine idée implicite sur l'homme, sur sa liberté, sur son Être. » **J. Clavreul**
L'ordre médical, 1978

[Dédicace]

A Louise , mon épouse, pour son accompagnement tout au long de ce travail.

Remerciements

Au moment de soumettre le présent travail à l'examen du jury, nous voulons exprimer notre appréciation et notre reconnaissance au Pr. Jean-François Tétu, son directeur. Il a bien voulu accepter de nous guider dans la difficile tâche de construction de la réalité sociale à partir des discours et a fait preuve de patience tout au long de notre recherche.

Nous exprimons aussi notre profonde gratitude au Pr. Laurent-Charles Boyomo Assala, Directeur de l'Ecole Supérieure des Sciences et Techniques de l'information et de la Communication (ESSTIC) de Yaoundé, Cameroun et Coordonateur de l'Unité de Formation Doctorale (UFD) créée en 2004 au sein de cette institution. Depuis les travaux de Masters, il nous a fait bénéficier de son esprit de discipline et de rigueur. Nous avons été largement édifiés aux côtés de ces sommités dans la recherche en sciences sociales.

Nous sommes également reconnaissants à tous nos encadreurs, enseignants, conférenciers et séminaristes qui ont animé l'UFD depuis sa création. Nous nous interdisons d'en dresser la liste ici afin d'éviter des éventuels oublis.

Enfin, nous disons sincèrement merci à tous ceux, nombreux, qui ont contribué de quelle que manière que ce soit à la production du présent travail en espérant qu'il contribuera, un tant soit peu, à faire de la lumière sur la réalité de la prévention du paludisme au Cameroun.

Sigles, abbreviations et acronymes

AAPEC :Association d'Autopromotion des populations de l'Est-Cameroun

ACMS :Association Camerounaise de Marketing Social

ACT :Artemisinin based Combined therapy

ADRA :Adventist development Relief Agency

AEF :Afrique Equatoriale Française

AFRO :African Regional Office

AOF :Afrique Occidentale Française

BASICS :Basic Support for Institutionalizing child Survival

BIT :Bureau International du Travail

CCAM :Cameroon Coalition against malaria

CCM :Country Coordination Mechanism

CCC :Communication pour le Changement de Comportement

CDC :Centre for Diseases Control

CEMAC :Communauté Economique et Monétaire d'Afrique Centrale

CENAME :Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels

CNRS :Centre National de la Recherche Scientifique

COTCO :Cameroon Oil and Transportation Company

CRBM :Comité national Roll Back Malaria

DDT :Dichloro-diphényl-trichloro-éthane

DEA :Diplôme d'Etudes Approfondies

DRSP :Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté

DSRP :Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté

ECAM II :Deuxième Enquête Camerounaise Auprès des Ménages

EDSC :Enquête Démographique et de Santé

EMRO :East-Mediterranean Regional Office

ENPI :Entités Nosologiques Populaires Internes

EPI :Expanded Programme on Immunization

ESSTIC :Ecole Supérieure des Sciences et Techniques de l'Information et de la Communication

\$ EUDollars des Etats Unis

FAO :Food and Agriculture Organization

FASR :Facilité d'Ajustement Structurel Renforcée

FCRP :Facilité pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté

FEMEC :Fédération des Missions Evangéliques du Cameroun

FMI :Fonds Monétaire International

FMLSTP :Fonds Mondial pour la lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme

FRP :Faire Reculer le Paludisme

GFATM :Global Fund for AIDS, Tuberculosis, and Malaria

GTC :Groupe Technique Central

HCH# :Hexachlorocyclohexane # à 0,5g/m²

IEC :Information Education Communication

INS:Institut National de la Statistique

INSERM :Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IRD :Institut de Recherche pour le Développement

IRESO :Institut pour la Recherche, le développement Socio-économique et la Communication

J.C :Jesus Christ

MIIMoustiquaire Imprégnée d’Insecticide

MIM :Multilateral Initiative on Malaria

MINADER :Ministère de l’Agriculture et du Développement Rural

MINAS :Ministère des Affaires Sociales

MINATD : Ministère de l’Administration Territoriale et de la Décentralisation

MINCOM :Ministère de la Communication

MINDIC :Ministère du Développement Industriel et Commercial

MINEPAT :Ministère de l’Economie, de la Planification et de l’Aménagement du Territoire

MINFI :Ministère des Finances

MINPLADAT :Ministère de la planification, de la programmation du développement et de l’aménagement du territoire

MINPROFF :Ministère de la Promotion Féminine et de la Famille

MTN :Mobile Telecommunications Network

OCASC :Organisation Camerounaise de Santé Catholique

OCCGE :Organisation de Coordination et de Coopération pour la lutte Contre les Grandes Endémies

OMD : Objectifs du millénaire pour le Développement

OMS :Organisation Mondiale de la Santé

ONG :Organisation Non Gouvernementale

ONU :Organisation des Nations Unies

ORSTOM :Office de la Recherche Scientifique et Technique Outre-Mer

PIB :Produit Intérieur Brut

PMSC :Programme de Marketing Social du Condom

PNLP :Programme National de Lutte contre le Paludisme

PNUD :Programme des Nations Unies pour le Développement

PNUE :Programme des Nations Unies pour l'Environnement

POP :Polluants Organiques Persistants

PPTE :Pays Pauvre Très Endetté

RACTAP : Réseau d'Afrique Centrale pour le Traitement Antipaludique

RGPH :Recensement Général de la Population et de l'Habitat

SDN :Société Des nations

SIC :Sciences de l'Information et de la Communication

UFD :Unité de Formation Doctorale

UNFPA :United Nations Fund for Populations Activities

UNICEF :United Nations International Children's Emergency Fund

USAID :United States for International Development

USAID :United States Agency for International Development

VIH :Virus de l'Immunodéficience Acquise

WHO :World Health Organization

Résumé

Le paludisme est une vieille endémie tropicale bien connue, dont les moyens de prévention, de lutte, voire d'éradication sont aujourd'hui bien vulgarisés. Au Cameroun pourtant, il continue de sévir, faisant chaque année plus de victimes et de morts que toutes les autres maladies. Au vu des efforts consentis pour la contenir, nous avons choisi d'interroger les échanges discursifs entre les acteurs de la communication sociale sur le paludisme pour expliquer la persistance d'une situation aussi paradoxale. Cette maladie est, en effet, au cœur de nombreux échanges, faisant intervenir des représentations scientifiques et des représentations sociales séculaires des populations. En fonction des acteurs, l'on distingue ainsi : des discours internationaux et des discours nationaux sur cette maladie. Les seconds sont constitués principalement de discours médicaux (produits par les experts tant de la médecine conventionnelle que ceux de la médecine traditionnelle), de discours économiques et politiques. L'examen de la construction de ces discours montre que les discours nationaux sont l'adaptation des grandes orientations adoptées au niveau mondial pour la lutte contre l'endémie. Ces discours répondent, par ailleurs, aux exigences économiques, de santé publique, de mobilisation des fonds et de mobilisation sociale liés à la lutte contre le paludisme.

L'analyse de ces discours a permis de déceler plusieurs entraves à la prévention du paludisme : le jeu des protagonistes de la lutte et la promotion de méthodes de prévention impuissantes à juguler durablement le fléau paludique dans le pays. Dans cette lutte en effet, des acteurs, y compris ceux entretenant des représentations sociales néfastes sur le paludisme limitent l'accès des principales cibles de la maladie (femmes enceintes et enfants de moins de 5 ans) aux moustiquaires imprégnées d'insecticides. D'autres mettent en avant leurs profits personnels. Enfin, les discours montrent que les méthodes courantes de prévention de la maladie sont celles de protection contre les piqûres de moustiques et non celles de frein à leur prolifération. Elles se confinent au domaine de la santé au lieu de faire de la lutte un problème holistique de développement qui met une emphase sur les mesures d'assainissement pour contrôler la prolifération des moustiques.

Mots clés : Paludisme - Prévention-Discours- Représentations sociales - Jeu des acteurs

Abstract

Malaria is an old endemic disease which means of prevention, treatment, not to name eradication, is well known and vulgarized. However, this disease is each year the main cause of sickness and death in Cameroon, in spite of tremendous endeavors to fight it. The present research has chosen to scrutinize social communication actors' speeches on the disease to try and shed light into this paradoxical situation. Malaria inspires a number of discourses exchanges involving scientific representations and aged social representations of populations on the disease. Based on actors' functions, one can distinguish between international and national discourses on the disease. National discourses mainly include medical speeches (produced and used by modern and traditional medical experts), economical and political speeches. The study of the construction of those speeches shows that at the national level, the speeches on malaria are adapted from global orientations on malaria control adopted at international level. In the other hand, those speeches respond to the economical and public health requirements, as well as to resources and social mobilization needed for malaria control.

Discourses analysis on malaria in Cameroun has shown that the prevention of this endemic disease is render ineffective by many reasons, namely: a kind of game played by some key actors of the fight against malaria and the promotion of prevention methods that stand little chance to sustainably get rid of the malaria scourge in the country. Some actors, including persons attached to misleading social representations on malaria, prevent the main malaria targets (pregnant women and under five children) from access to impregnated mosquito nets. By involving themselves in the fight against malaria, some other actors put forward their own interest. Lastly, some speeches clearly show that prevention methods, promoted in the country, aim at protecting populations from mosquito bites while neglecting mosquito proliferation. The tendency is to consider malaria control as an exclusive health problem instead of treating it as a holistic developmental problem, widely calling upon sanitation measures to continuously cut down in mosquito population.

Key words: Malaria-Prevention-Discourses-Social representations-Actors role play

Introduction générale

Le présent travail cible les discours sur le paludisme au Cameroun.¹ Important problème de santé publique, le paludisme y entretient une activité langagière accompagnant la lutte contre la maladie. Ce travail prolonge la réflexion que nous avons amorcée au cours de nos recherches de Diplôme d'Etudes Approfondies (DEA) en Sciences de l'Information et de la Communication sur l'étude sociologique des messages de sensibilisation dans la lutte contre le paludisme au Cameroun.

La perspective choisie dans la présente recherche est de questionner les discours sur la pathologie en rapport avec sa prévention dans l'espace social camerounais. Les discours visés ici sont construits à partir des représentations scientifiques de la maladie, d'une part, des représentations sociales sur ce fléau et des pratiques face à la maladie, d'autre part. Le premier type de représentations est inspiré par la pensée scientifique, caractérisée par une logique canoniquement instituée dans son raisonnement, par la soumission de ce raisonnement à l'épreuve des faits, par une forte régulation institutionnelle des procédures qu'elle utilise et par la reproductivité des phénomènes sur lesquels elle porte. Le second type de représentations est inspiré par la pensée du quotidien que P. Moliner et P. Rateau (2009) qualifient, à l'instar de S. Moscovici et M. Hewstone, de « *pensée du sens commun* » ; de « *logique naturelle* » comme J.B. Grize ; de « *pensée naturelle* » comme V. Haas et D. Jodelet ; ou encore, de « *pensée sociale* » comme le suggèrent M. L. Roquette et C. Guimelli. Nous nous proposons d'inscrire cette posture de recherche dans une trajectoire constructiviste afin de mieux interroger la réalité sociale liée à la prévention du paludisme au Cameroun.

I - Etat des lieux

Encore appelé *malaria*, le paludisme est une pathologie millénaire qui sévit généralement, de façon endémique, dans les régions tropicales, notamment les régions chaudes et marécageuses, où elle cause de nombreux décès.

Au Cameroun, le paludisme est la première cause de morbidité et de mortalité (Ministère de la santé publique 2002 : 102). Les statistiques sanitaires révèlent qu'il est responsable de :

- 40 à 45% des motifs de consultations médicales ;
- 30% des hospitalisations ;
- 50% de morbidité chez les enfants de moins de 5 ans ;
- 40% des décès chez les enfants de moins de 5 ans, et ;
- 35 à 45% du total des décès dans les formations sanitaires du pays.

Les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes sont les groupes les plus vulnérables à cette maladie (Ministère de la santé publique, 2007 : 54). Par ailleurs, les statistiques montrent que le paludisme est un des déterminants importants du frein au développement

¹ Des indications sur ce pays de l'Afrique centrale sont à l'annexe 1 du présent travail.

socio-économique du pays, car il est responsable de 26 % d'arrêts maladie chez les travailleurs et de 40 % des dépenses annuelles de santé dans les ménages (EDSC III 2005 : 165).

Pourtant, contrairement à d'autres maladies, l'homme peut éviter le paludisme à une triple condition : (i) empêcher la prolifération des vecteurs de la maladie (les moustiques) dans son environnement de vie ; (ii) se protéger des piqûres des anophèles femelles qui favorisent la transmission aux individus de l'agent pathogène (le *plasmodium*), surtout la nuit. (iii) en cas d'infection et de détection précoce des premiers symptômes de l'accès palustre, prendre convenablement un antipaludéen. Bien administrés et s'ils sont de bonne qualité, les antipaludéens sont efficaces contre les accès palustres. L'observance des conditions simples de prévention du paludisme requiert des individus exposés à l'endémie, des connaissances et des aptitudes qu'ont vocation à leur conférer les programmes nationaux de lutte contre le paludisme. Ils comportent généralement, en effet, un volet *Information Education et Communication* qui s'efforce d'orienter les attitudes et comportements des populations pour prévenir la survenue de la maladie, aider à la bonne prise en charge des accès palustres et éventuellement favoriser la disparition de la maladie. Grâce à certains de ces programmes, le paludisme a déjà été éradiqué dans plusieurs pays². Cette pathologie continue, néanmoins, à être un problème majeur de santé publique dans le monde. En témoignent, les rencontres mondiales et les engagements pris à ce jour par des leaders mondiaux pour limiter les dégâts dus à celle-ci. Au nombre de ces rencontres, citons la conférence ministérielle sur le paludisme, tenue en 1992 à Amsterdam³, et au cours de laquelle les participants ont adopté une stratégie mondiale de lutte mettant en exergue le renforcement de « *méthodes individuelles et communautaires de protection contre les piqûres des moustiques* » (OMS, 1992 :12). De même, notons qu'en 1998, l'OMS a lancé l'initiative mondiale *Faire Reculer le paludisme* pour tenter de contenir les ravages de cette endémie dans le monde. Le 25 avril 2000, dans le cadre de cette initiative, les Chefs d'Etats et de Gouvernements africains réunis à Abuja au Nigeria ont, à leur tour, fait une déclaration les engageant à s'assurer que d'ici 2005 :« *Au moins 60% de ceux qui sont exposés au paludisme - particulièrement les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes - bénéficient de la meilleure combinaison possible des mesures préventives individuelles et communautaires comme les moustiquaires imprégnées d'insecticides ou autres interventions existantes et accessibles pour prévenir l'infection et la souffrance.* »⁴ (OMS, 2000) Le paludisme a été également présenté comme un problème de développement qui préoccupe tant les pays endémiques que ceux ne connaissant pas ou plus la maladie. Lors de l'Assemblée générale des Nations Unies en l'an 2000, en effet, les Etats membres ont retenu la lutte contre le paludisme comme le sixième des huit Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Cet objectif vise à « *combattre le VIH /SIDA, le paludisme et d'autres maladies* » d'ici 2015. Plus spécifiquement, en l'adoptant, les Etats membres des Nations unies se donnaient au plus quinze ans pour inverser la tendance inquiétante du paludisme et d'autres grandes maladies comme le Syndrome de l'Immunodéficience Acquise (SIDA) et la tuberculose observée au

² En Europe et en Amérique centrale dans les années 1950. A l'île de la Réunion en 1979. C'est parce que la lutte antivectorielle (assainissement de l'environnement) a été relâchée que le Chikungunya a resurgi : c'est bien la preuve évidente que cette lutte pour l'environnement - et sa surveillance après éradication- doit être sans relâche.

³ La Conférence ministérielle sur le paludisme s'est tenue du 26 au 27 octobre 1992 à Amsterdam, Hollande. La déclaration mondiale faite à cette occasion figure en annexe 2 du présent travail.

⁴ Tiré de la Déclaration d'Abuja pour Faire Reculer le Paludisme en Afrique. Cette déclaration, ainsi que le plan d'action de sa mise en œuvre constituent l'annexe 3.

début du troisième millénaire. Au total, le paludisme apparaît comme un sujet se prêtant au développement d'un discours pluriel accompagnant les investissements nationaux et internationaux de riposte contre cette endémie. Il appelle conséquemment des ajustements mentaux et physiques des individus en vue d'intégrer et de gérer cette pathologie en fonction de leur environnement.

II - Raisons du choix et intérêt du sujet

Pendant de nombreuses années, nous avons été responsable de l'information et de la promotion de la santé au sein de la représentation de l'OMS au Cameroun, structure technique qui donne une assistance technique au pays en matière de santé, y compris dans la lutte contre les grandes endémies, dont le paludisme. A ce titre, nous avons participé à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies de communication à l'intention des populations à risque afin de promouvoir la prévention du paludisme chez celles-ci. Le présent travail nous donne l'opportunité d'interroger *a posteriori* les discours entre les protagonistes de cette lutte ainsi que sur cette maladie dans l'environnement camerounais pour comprendre pourquoi la prévention du paludisme continue d'y être un problème majeur. L'intérêt heuristique de la présente recherche réside dans l'identification et l'analyse des discours sur le paludisme afin de cerner et de rendre intelligibles les logiques structurant les perceptions et les pratiques des acteurs de la lutte contre cette endémie au Cameroun. Sur le plan pratique, ce travail pourra, le cas échéant, servir d'amorce à une analyse plus fine de la situation et à des réajustements normatifs et stratégiques éventuels de la lutte qui continue dans le but de sauver des vies potentiellement menacées par cette maladie.

III - Construction de l'objet

Le propos au cœur de la présente recherche est de tenter de cerner la réalité sociale dans la prévention du paludisme au moyen des discours. Or cette réalité, tout comme l'objet de médiation que sont les discours, ne sont pas donnés d'emblée. Nous ne pouvons les atteindre qu'au moyen d'une construction minutieuse car, comme l'affirme Bachelard : « // *n'y a de science que du caché* » (in M. Grawitz, 1986 : 401). La connaissance n'étant pas un donné, mais une construction comme l'indiquent par ailleurs A. Mucchielli et C. Noy (2005), l'objet de notre étude n'échappe pas à ce principe.

En effet, la conférence ministérielle sur le paludisme de 1992 a entérinée une stratégie mondiale de lutte inscrivant l'endiguement de la maladie au cœur d'une problématique sollicitant l'intervention des experts de plusieurs disciplines. Dès lors, les discours sur cette maladie ne peuvent plus se limiter aux seules déclarations des experts médicaux dont la présence dans la lutte antipaludique est la plus visible, notamment à travers les discours médicaux. Ils intègrent également ceux des autres experts qui contribuent à une synergie d'actions rendue indispensable par l'approche multisectorielle caractérisant dorénavant une telle lutte. Ces discours prennent aussi en compte les déclarations des populations à risque du paludisme. En effet, celles-ci connaissent le paludisme depuis longtemps, en ont des perceptions variées, le plus souvent culturellement marquées, des expériences

personnelles et des pratiques qui ont une incidence inéluctable sur la prévention de la maladie.

De façon générale, le travail de recherche à opérer est d'examiner l'essentiel de ce qui se dit sur le paludisme au Cameroun, de tenter une typologie des discours avec ces déclarations et de les analyser afin de cerner les réalités cachées derrière les trois types de prévention conventionnelle de la maladie que sont :

- *la prévention primaire* ou la lutte contre les risques avant l'apparition de la maladie. Ces risques se déclinent en conduites individuelles, environnementales ou sociétales. Dans le cas du paludisme, ils sont constitués par tout ce qui favorise la prolifération des moustiques, le contact avec l'anophèle femelle à travers leurs piqûres et l'inoculation du plasmodium à l'homme ;
- *la prévention secondaire* ou l'observance des indications permettant d'éviter les complications de la maladie. Pour le cas qui nous intéresse, la prévention secondaire est la mise en pratique des indications permettant d'éviter l'évolution de l'accès palustre simple vers le paludisme grave. Ceci suppose la reconnaissance des premiers signes d'alerte de la survenue de la maladie et la recherche d'une prise en charge ou du traitement précoce de l'accès palustre, soit en se rendant dans un centre de santé pour un diagnostic approprié et un bon traitement, soit par la prise en charge de l'accès à domicile, par des antipaludéens courants administrés convenablement.
- *la prévention tertiaire* renvoie à la mise en pratique des indications permettant une bonne gestion de la maladie, en cas de complication, afin d'éviter la mort du patient. Il ne s'agit pas ici de la prise en charge clinique de la maladie, ce qui ne relèverait plus de la compétence des SIC, mais de l'orientation des malades, en cas de besoin, vers les lieux appropriés pour des soins adéquats.

Idéalement, si les populations à risque mettent en pratique les mesures et conseils permettant d'assurer la prévention primaire, l'on évoluera progressivement vers l'élimination⁵ du paludisme dans cet environnement. A contrario, la morbidité due à la maladie ira croissante, dans le cas où aucun des trois types de prévention susmentionné n'est correctement assuré ; les gens seront de plus en plus malades. Par conséquent, l'on enregistrera de plus en plus de complications et de décès dus au paludisme dans cet environnement.

Notre recherche situe son objet dans les discours sur le paludisme au Cameroun. Cet objet se construit en mettant ensemble :

- d'une part, les déclarations à l'endroit des populations à risque par les acteurs de la lutte aux fins de prévention du paludisme ;
- d'autre part, ce que disent les populations exposées à cette maladie, traduisant la psychologie sociale en termes de perceptions de la maladie, croyances, opinions et pratiques courantes vis-à-vis du paludisme par celles-ci, et ;
- toute prise de position ou déclaration mettant de la lumière sur les pratiques en vigueur dans la lutte contre le paludisme au Cameroun.

L'objet ainsi construit doit être rigoureusement analysé afin d'en dégager la substance permettant une lecture fidèle de la réalité de la prévention du paludisme au Cameroun.

IV – Problématique

⁵ L'élimination renvoie à une situation où la maladie n'atteint plus une large portion de la population.

A la différence des maladies de découverte récente comme le SIDA (apparu au début des années 80), les fièvres hémorragiques⁶ ou encore le Chikungunia⁷, le paludisme est une affection millénaire sévissant de manière endémique. En 2005, le Rapport Mondial sur cette maladie a relevé qu'annuellement pour 60% des cas de cette affection survenant dans le monde, 75% sont à *plasmodium falciparum* et plus de 80% des décès dus à cet agent pathogène particulièrement virulent sont localisés en Afrique subsaharienne (OMS, UNICEF, 2005 : xxiv).

Si nous prenons le cas isolé d'un pays endémique comme le Cameroun, l'épidémiologie du paludisme y est bien connue ; les cycles de développement du moustique, de l'anophèle femelle et du *plasmodium falciparum* y sont bien maîtrisés ; les méthodes préventives de la maladie y sont bien identifiées. Sur un autre plan, des médicaments antipaludiques dont l'efficacité ne fait pas de doute y sont disponibles pour rapidement résorber des accès de cette endémie. L'on y note cependant une récurrence des infections, l'évolution fréquente de la maladie du stade des accès palustres simples vers le paludisme grave et de nombreux décès du fait d'une prise en charge peu appropriée. Face à ce constat, nous avons formulé la question de recherche au cœur de la présente recherche en ces termes :

Les connaissances sur le paludisme et les moyens pour le prévenir, voire même le combattre, étant éminentes et bien vulgarisées auprès des Camerounais, qu'est-ce qui explique que cette maladie demeure, depuis plusieurs années, la première cause de consultation médicale dans la majorité des formations sanitaires et la pathologie la plus meurtrière dans le pays ?

Une préoccupation pareille peut à priori faire appel à plusieurs disciplines pour l'élucider : la médecine, l'économie, les sciences politiques, la sociologie, l'anthropologie, etc. Nous choisissons volontiers de nous intéresser aux discours, quels qu'ils soient, sur le paludisme pour tenter de comprendre ce qui fait problème. L'orientation des SIC que nous adoptons ainsi dans cette recherche nous installe au carrefour et fédère, pour ainsi dire, divers champs disciplinaires dans le sens où elle nous permet d'interroger les interactions entre les acteurs de la lutte contre la maladie. La scrutation du problème de recherche avec les lunettes de communicateurs nous autorise à proposer les hypothèses ci-dessous.

V - Hypothèses

En guise de réponse provisoire à notre question de recherche, nous retenons comme hypothèse principale que :

Les méthodes de prévention de la maladie véhiculées par les discours sur le paludisme ne sont pas toujours appropriées et/ou ne sont pas toujours bien comprises des populations qui ont par conséquent du mal à bien les mettre en pratique.

Cette hypothèse principale suggère une triple conjecture au vu des efforts investis dans cette lutte au Cameroun. Ceci nous amène à la scinder en trois sous-hypothèses centrées sur les cibles principales de la maladie et sur la construction des discours qui nous intéressent.

⁶ Ebola en est le type qui a fait des ravages en Afrique centrale dans les années 90

⁷ Maladie qui a connu des apparitions sporadiques et furtives au Gabon et en Guinée Equatoriale en 2006.

La première sous-hypothèse (H1) s'intéresse au discours médical dans cette lutte et se fonde sur l'exposition continue des populations les plus vulnérables, sur certaines considérations socioculturelles et des représentations sociales sur la maladie au Cameroun. Nous l'énonçons comme suit :

H1 : Les principales victimes du paludisme (femmes enceintes et enfants de moins de 5 ans) ne bénéficient pas toujours des mesures de prévention de la maladie contenues dans le discours médical, ou ne les mettent pas toujours en pratique.

La seconde sous-hypothèse (H2) nous est suggérée par le fait qu'il y a plusieurs intervenants dans la lutte contre le paludisme au Cameroun qui produisent tous des discours. Or, à travers ces discours ou leurs interactions, certains de ces acteurs sociaux donnent l'impression de mettre leurs intérêts propres avant la prévention de la maladie proprement dite. Cette sous-hypothèse se présente comme suit :

H2 : Il y a discordance et/ou cacophonie entre les discours de certains acteurs de la lutte contre le paludisme au Cameroun.

La dernière sous-hypothèse (H3) indexe les méthodes de lutte contre cette endémie au Cameroun dont elle récuse l'efficacité. Elle relève en effet que ces méthodes ne visent pas prioritairement la lutte contre la prolifération des moustiques à travers l'assainissement de l'environnement dans lequel vivent les populations. La présence des moustiques en grand nombre dans l'environnement serait ainsi un facteur favorable à la persistance de la maladie. Cette sous-hypothèse tire sa consistance de l'expérience de la réapparition de cas autochtones de paludisme dans des pays où la maladie a été éradiquée, mais où les moustiques ont à nouveau colonisé l'environnement à la faveur d'un relâchement dans l'assainissement de l'environnement. Nous formulons cette sous-hypothèse de la manière suivante :

H3 : Les discours dans la lutte contre le paludisme au Cameroun mettent peu d'importance sur l'hygiène du milieu et l'assainissement de l'environnement comme moyens efficaces de lutte contre cette maladie. A contrario, ils promeuvent les moyens de protection contre les piqûres des moustiques dans un environnement propice à leur prolifération.

Dans les trois sous-hypothèses, la communication peut être indexée comme un des principaux responsables de la survenue, de la persistance et de la gravité de cette endémie dans le pays. Roman Jacobson ne dit-il pas que :

“ Le problème essentiel de la communication est celui du code commun à l'émetteur et au récepteur et sous-jacent à l'échange des messages. Toute communication serait importante à l'abri d'un répertoire de possibilités préconçues ou de représentations préfabriquées ”. (1953 :129).

F. Chinji Kouleu (2004) en déduit trois niveaux de problèmes dans l'analyse de la communication : la précision, l'exactitude et l'efficacité. La précision renvoie à une analyse sémantique (étude scientifique du sens ou de la signification des unités linguistiques et de leurs combinaisons), l'exactitude à une analyse technique et l'efficacité à l'impact ou aux effets. L'orientation sémantique est celle que nous avons retenue dans le choix des hypothèses. On peut voir à présent quelle grille de lecture se prête le mieux à ce travail.

VI - Cadre théorique

La question de recherche et les hypothèses ci-dessus nous permettent d'envisager les discours sur le paludisme au Cameroun comme le lieu d'expression des acteurs sociaux concernées ou non par l'endémie palustre. Nous convoquons deux approches théoriques qui nous semblent les mieux indiquées pour l'analyse des interactions entre ces acteurs dans la lutte contre cette endémie. Il s'agit du constructivisme et de la métaphore théâtrale.

A – Constructivisme

Pour le courant constructiviste, l'univers humain est construit par les acteurs sociaux dans et par l'ensemble de leurs échanges ou « *communication généralisée* » (A. Mucchielli 2001 : 107). A travers ce courant, l'on peut partir des pré-constructions ou des échanges entre les acteurs sociaux pour examiner les réalités dans cet univers. Pour ce qui est de la réalité sur la prévention du paludisme au Cameroun, les pré-constructions visées sont : le discours international qui oriente les discours sur la lutte contre le paludisme au niveau national ; les perceptions ; les croyances et représentations sur la maladie. Nous nous sommes inspiré de la méthode de la contextualisation « *actionniste* », une des méthodes constructivistes proposées par A. Mucchielli et C. Noy (2005) pour l'étude des communications sur le paludisme et, du constructivisme structuraliste de P. Bourdieu, pour faire la lumière sur la prévention du paludisme à travers ce qui se dit et se fait dans la lutte contre cette maladie au Cameroun.

La méthode de la contextualisation « *actionniste* » nous donne à voir que dans la lutte contre le paludisme, les actions des acteurs sociaux seraient compréhensibles en fonction de leur définition de la situation et des objectifs et attentes qu'ils ont par rapport à cette lutte. Leur implication dans la lutte est à la source de leurs actions, étant donné que plus ils sont impliqués, plus ils vont essayer d'agir stratégiquement pour atteindre leurs objectifs et voir leurs attentes se réaliser. L'organisation de cette lutte serait ainsi, comme l'affirme Silverman (in A. Mucchielli et C. Noy, 2005 : 55) « *le résultat de l'interaction de personnes motivées cherchant à résoudre leurs propres problèmes* ».

Sur un autre plan, le constructivisme structuraliste de P. Bourdieu nous amène à envisager l'univers humain comme un faisceau de relations entre les acteurs sociaux. La lutte contre le paludisme au Cameroun y apparaîtrait comme un champ ou un microcosme appartenant au macrocosme qu'est la lutte contre les maladies. Ce champ est le lieu de convergence d'un certain nombre d'acteurs occupant différentes positions dans la lutte contre le paludisme. Par son action, chaque acteur est en relation explicite ou non avec les autres acteurs engagés dans cette même lutte dans le pays. La lutte contre le paludisme au Cameroun est ainsi, selon cette approche Bourdieusienne, une :

“ Structure de relations objectives entre des positions de force, (qui) sous-tend et oriente les stratégies par lesquelles les occupants de ces positions cherchent, individuellement ou collectivement, à sauvegarder ou à améliorer leur position et à imposer le principe de hiérarchisation le plus favorable à leurs produits. ”. (P. Bourdieu avec L. J. D. Wacquant (1992 : 78).

Ce champ est caractérisé par un habitus spécifique, c'est-à-dire des manières de penser et de faire propres à ses acteurs. Il est aussi marqué par une violence symbolique qui fait que les acteurs dominés adhèrent à l'ordre dominant en méconnaissant les mécanismes

et le caractère arbitraire. Les interactions discursives dans le champ de la lutte contre le paludisme se conforment à cette violence symbolique.

Dans les deux approches du constructivisme, le concept de discours qui nous intéresse renvoie à la communication de manière générale. Or, celle-ci revêt une signification large, allant du langage (parlé ou écrit) à la gestuelle, bref à tout comportement humain porteur de sens.

B - Métaphore théâtrale de Erving Goffman

Dans la métaphore théâtrale, E. Goffman (in J. Nizet et N. Rigaux, 2005) met en exergue *la présentation de soi*. Il envisage la vie sociale comme une *scène* (région où se déroule la représentation), avec ses acteurs, son public et ses *coulisses* (l'espace où les acteurs peuvent contredire l'impression donnée dans la représentation). Il nomme *façade* différents éléments avec lesquels l'acteur peut jouer, tel le *décor*, mais aussi la *façade personnelle* (signes distinctifs, statut, habits, mimiques, sexe, gestes, etc.). Les acteurs sociaux, dans leurs interactions quotidiennes, se mettent en scène, offrant à leur public l'image qu'ils se donnent. Ils peuvent avoir plusieurs rôles, sans qu'il y en ait un plus *vrai* que l'autre, et prendre leur distance vis-à-vis d'eux, jouant sur la dose de respect à la règle qu'ils jugent nécessaire ou adéquate.

Ce courant théorique nous amène à envisager l'investissement des acteurs sociaux dans le champ de la lutte contre le paludisme non seulement comme un faisceau de relations, mais aussi comme des interactions entre eux. Ce champ peut être rapproché à *une scène* sur laquelle les différents intervenants sont en pleine représentation. Ces acteurs présenteraient ainsi une attitude de *lutteurs acharnés contre la maladie* au public dans la *façade*, mais volontiers une autre attitude dans les *coulisses* où l'on pourrait clairement voir les enjeux visés par leurs actions. Cela étant, la métaphore théâtrale, à elle toute seule, serait inapte à traduire toutes les aspérités de la réalité liée à la prévention du paludisme au Cameroun. En clair, le champ de la lutte contre le paludisme au Cameroun n'est nullement réductible à une scène de représentation *sensu stricto*. Au demeurant, la non prise en compte de ce courant dans nos analyses ferait dérober certains aspects de cette réalité, autrement plus claire lorsqu'ils sont examinés sous le prisme de la représentation. En effet, certaines actions des acteurs sociaux dans la lutte contre le paludisme au Cameroun ont tous les contours de représentations face à un public donné qui, comme le précise E. Goffman (in Jean Nizet et Nathalie Rigaux, op. cit.) produisent un sentiment de réalité. En d'autres termes, les acteurs sociaux dans leurs actions de lutte contre le paludisme au Cameroun se prêtent souvent à des jeux spécifiques avec des enjeux clairement imaginables. Le cadre conceptuel étant identifié, il est maintenant judicieux de présenter les outils de notre investigation.

VII - Cadre méthodologique

Pour cerner la logique des discours dans la prévention du paludisme au Cameroun, d'une part, les perceptions et pratiques des populations vis-à-vis de cette maladie au Cameroun, d'autre part, nous avons adopté deux méthodes de collecte de données : La recherche documentaire et le travail de terrain.

A - Recherche documentaire

La recherche documentaire nous a permis de suivre l'historique de la maladie depuis sa découverte jusqu'à nos jours et de déblayer le champ de la lutte contre le paludisme au Cameroun.

B - Travail de terrain

1. Analyse de contenu

En tant que technique documentaire permettant la recherche de l'information, nous l'avons utilisée pour la collecte des informations sur notre sujet. Nous avons retenu la Conférence ministérielle internationale sur le paludisme d'Amsterdam d'octobre 1992 comme la limite inférieure de notre collecte de données. Cette conférence a, selon nous, montré la volonté mondiale de lutte et arrêté les bases stratégiques de cette lutte dans le monde. Deux journaux ont été identifiés pour capter l'essentiel des discours sur le paludisme dans le pays, à savoir : *Cameroun Tribune*, seul quotidien public d'information du Cameroun paraissant de manière ininterrompue depuis le 1^{er} juillet 1974⁸ et *La Nouvelle Expression*, un des quotidiens privés d'information paraissant depuis 1996. Ces deux parutions nous ont semblé bien indiquées pour suivre l'évolution des discours des différentes couches sociales et des diverses sensibilités sur cette maladie au Cameroun. Nous avons examiné les numéros de ces journaux pendant la période allant de 1992 à 2008. Les détails sur le corpus d'analyse figurent dans le chapitre 7 du présent travail. Nous avons aussi toutefois pris en compte tout autre élément publié dans ces journaux après notre période d'étude ou dans tout autre support d'information tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du pays et apportant des renseignements fondamentaux sur les discours sur cette maladie au Cameroun.

L'analyse de contenu a aussi porté sur des émissions radios et de télévisions sur le paludisme. Il n'a pas été possible de faire un échantillonnage serré des programmes diffusés sur les antennes nationales de ces médias pendant la période d'étude en raison des problèmes liés au défaut d'archivage systématique de ces programmes. Nous avons exploité ceux sur lesquelles nous avons pu mettre la main. Nous nous sommes aussi intéressé aux chansons composées et utilisées pendant la période de notre étude pour les besoins de sensibilisation du public sur le paludisme.

2. Entretiens approfondis

Pour identifier les perceptions et pratiques des populations ou les représentations sociales des populations sur la maladie, nous avons utilisé la *méthode associative* de J. C. Abric (2001). Celle-ci a consisté à retenir un échantillon réduit de personnes (128) sur l'ensemble du territoire national à qui il a été demandé d'indiquer les idées et images qui leur viennent spontanément à l'esprit lorsqu'on leur dit "*le paludisme au Cameroun*" (Cf. Guide d'entretien en annexe 4).

En examinant les idées et images qui reviennent dans les énumérations, puis par la technique d'objectivation et d'ancrage, l'on peut avoir une idée nette des représentations que les Camerounais associent à cette maladie. Cette méthode a été complétée par la demande faite aux enquêtés d'indiquer les cinq idées, images et croyances majeures, par ordre d'importance, qui leur viennent à l'esprit lorsqu'on parle du paludisme au Cameroun.

⁸ Le premier numéro de *Cameroon Tribune* paraît ce jour-là.

Les éléments recueillis ont permis de tenter une organisation des représentations sociales sur le paludisme par les Camerounais.

3. Observation directe

A côté des techniques précédentes, nous avons par moments fait appel à nos sens pour observer les acteurs de la lutte contre le paludisme en situation, notamment pendant les activités promotionnelles comme la commémoration des journées de sensibilisation ou des séances de distribution de dispositifs de lutte contre cette maladie aux populations.

Le cadre méthodologique étant ainsi présenté, quel est le contenu des termes couramment utilisés dans le travail ?

VIII - Définition opératoire des concepts

Deux concepts majeurs sont au cœur de notre travail : celui du *discours* qui vient des sciences du langage et dont l'usage a été particulièrement fécond en sciences de la communication et celui des *représentations sociales* qui vient de la psychologie sociale, et a une visée assez différente. Nous en indiquons, ci-après, l'entendement pratique que nous leur donnons dans notre travail.

A - Discours

La notion de discours revêt un caractère polysémique dans le champ de la linguistique. C'est un assemblage de mots, de phrases, de textes ou de gestes employés pour exprimer des pensées et exposer des idées. Il s'agit d'un terme particulièrement riche, pouvant intégrer une approche historique ou sociologique, sans enlever le fait qu'il s'agit avant tout d'un acte de communication, souvent complexe, ayant une visée qui peut échapper à son auteur. Dans un même texte, en effet, plusieurs types de discours peuvent se superposer ou s'entremêler, créant ainsi une polyphonie textuelle. Ces voix peuvent être indifférentes l'une à l'autre, se compléter, rentrer en concurrence ou en contradiction. Il peut aussi y avoir, entre ces voix, jeu au sens ludique, d'où le concept d'ironie d'un texte, ou au sens mécanique révélant la friction entre les voix, la concurrence, avec pour résultat, la production de certains effets.

Dans le présent travail, tous ces attributs communicationnels qui caractérisent les discours nous intéressent, mais, nous appréhendons le discours d'abord comme un ensemble de phrases, de textes ou d'énoncés dont la matérialité apparaît clairement dans les échanges humains. En parlant de discours sur le paludisme, nous indexons cet ensemble, qu'il soit savant ou populaire, utilisé en rapport avec le paludisme. Nous adoptons invariablement le pluriel et le singulier pour le terme *discours* afin de rendre compte tant de la variété d'énoncés sur le paludisme dans le milieu social camerounais que de la spécificité de chacun des énoncés dans un champ donné. L'on parlera ainsi de discours politiques sur le paludisme, de discours économiques sur le paludisme ou de discours de santé publique sur le paludisme.

B - Représentations sociales

Les représentations sociales sont, de façon générale, la manière dont les individus d'une société donnée se représentent quelque chose ou alors les constructions mentales qu'ils se font d'une chose. Ces constructions ou les images qu'ils projettent de cette chose orientent leurs manières d'appréhender cette chose et les pratiques en rapport avec celle-ci. Nous voulons envisager les représentations sociales du paludisme, dans notre travail, comme cette connaissance naïve qui transparaît dans les déclarations spontanées de *monsieur tout le monde* lorsqu'il parle du paludisme. Pour naïves qu'elles soient, certaines de ces déclarations permettent d'identifier les images courantes liées à cette endémie dans un espace social donné. Ces notions-clé étant rendus intelligibles par rapport à notre propos, nous pouvons à présent examiner l'état des connaissances actuelles sur les discours et les représentations sociales des Camerounais sur le paludisme.

IX - Aperçu bibliographique

Le discours sur le paludisme au Cameroun n'a pas fait l'objet d'une littérature abondante ces dernières années. Cette aridité s'explique sans doute par l'ambiguïté qu'il y a à mettre en évidence et à publier sur des aspects discursifs dans un domaine purement technique (la lutte contre la maladie). En effet, les recherches entomologiques et médicales mettant un accent sur les insectes transmettant la maladie, le diagnostic et la prescription du médicament règnent en maître dans ce domaine.

La présente revue de littérature prend en compte trois principales catégories de documents : les documents méthodologiques ; la littérature générale sur le paludisme au Cameroun ; puis, les publications monographiques, y compris les documents normatifs et de planification des interventions pour la lutte contre cette maladie au Cameroun.

A - Documents méthodologiques

Cette catégorie est individualisée dans cette revue de la littérature pour énumérer les publications à vocation méthodologique auxquelles nous avons eu fréquemment recours dans le présent travail.

A. Mucchielli et C. Noy (2005) dans leur ouvrage intitulé *Etude des communications : approches constructivistes* discriminent clairement entre constructivisme et constructionnisme. Le premier concept est une position épistémologique traduisant un parti pris sur la connaissance et les modalités pour arriver à cette connaissance, à la différence du second qui est un point de vue scientifique sur la manière dont les hommes arrivent à percevoir le monde et à agir dans ce monde interprété par eux. Le constructionnisme considère que la plupart des phénomènes dont parlent les hommes et par rapport auxquels ils agissent sont des constructions qu'ils élaborent eux-mêmes. Alain Mucchielli et C. Noya nous font, dans cet ouvrage, une présentation détaillée de sept méthodes constructivistes pour l'étude des communications.

Dans *Réponses* ouvrage présentant un entretien de P. Bourdieu avec L. J.D. Sacquant, (1992), P. Bourdieu explique clairement les termes fondateurs de sa sociologie, à savoir celui de *champ*, de *capital* et d'*habitus*. Il explique aussi les relations entre les agents sociaux dont les actions quotidiennes permettent d'établir entre eux des relations de domination symbolique qui est prééminent dans le constructivisme structuraliste. Ce document nous a

permis d'étudier ce type de relations dans la lutte contre le paludisme à travers les discours des différents agents impliqués dans cette lutte.

J. Nizet et N. Rigaud (2005) dans *La sociologie d'Erving Goffman* présentent les approches qui fondent la théorie de la métaphore théâtrale d'E. Goffman dans les interactions entre les acteurs sociaux. Quelle est l'attitude des acteurs sociaux lorsqu'ils sont face à face ? Comment se déroule l'interaction lorsque l'une d'entre elles commet un impair ou présente un handicap physique ou si elle est considérée comme malade mentale ? Voilà autant de questions et bien d'autres soulevées par E. Goffman dans ce document pour tenter de comprendre les rôles que mettent en scène les acteurs sociaux dans une situation donnée. Ce document nous a permis de lire le jeu des acteurs sociaux dans le champ de la lutte contre le paludisme à travers les interactions existant entre eux.

J-C Abric (2001), dans *Pratiques sociales et représentations*, présente les techniques utilisées couramment pour identifier les représentations sociales. L'auteur établit une relation étroite entre les représentations sociales et les pratiques sociales. Par conséquent, la connaissance du contenu des représentations sociales et de leur organisation repose obligatoirement sur la prise en compte des pratiques sociales. En exploitant une des techniques présentées dans cet ouvrage, nous avons identifié quelques représentations sociales majeures des Camerounais sur le paludisme et nous en avons proposé une organisation.

B - Documents spécifiques sur le paludisme au Cameroun

Deux ouvrages ont été retenus dans cette catégorie car ne traitant pas du paludisme uniquement sous l'aspect médical, mais aussi en rapport avec l'environnement.

A. Samé Ekobo a publié en 1997, *Santé, climat et environnement au Cameroun*, un document dans laquelle paludisme apparaît comme l'une des principales maladies dont les manifestations au Cameroun sont graves et fortement variables suivant les régions et les époques de l'année. Cet ouvrage donne, avec beaucoup de résultats de terrain, la situation du paludisme au Cameroun en rapport avec les faciès climatiques. Ces travaux ne sont pas centrés sur les discours, mais l'auteur opte, dans ceux-ci, pour une stratégie endogène de traitement et de prévention de la maladie qui font allusion au discours.

A. Samé Ekobo et al (2005) ont publié l'ouvrage intitulé *Grands travaux et maladies à vecteurs au Cameroun : Impact des aménagements urbains et ruraux sur le paludisme et autres maladies à vecteurs*. L'ouvrage passe ainsi en revue les grands travaux de développement au Cameroun ces dernières décennies (Complexes agro-alimentaires, barrages hydro-électriques, etc.) et, note qu'ils entraînent de grands bouleversements dans l'environnement et des risques sanitaires du fait des variations subséquents dans la faune des vecteurs de maladies. S'agissant du paludisme et d'autres pathologies à transmission vectorielle, Il fait mention des activités d'IEC à mener pour la protection de la santé des populations.

C - Publications monographiques, documents normatifs et de planification des interventions dans la lutte contre le paludisme au Cameroun

Dans cette catégorie, nous avons répertorié la littérature grise, c'est-à-dire les travaux de recherche non publiés, thèses, mémoires et, rapports nationaux et internationaux sur la lutte contre le paludisme intéressant le Cameroun.

En 1996, grâce à un financement de l'UNICEF, Le PMSC, l'IRESO et al ont produit un document sur « Connaissances, Aptitudes et Pratiques des populations du Cameroun en matière de prévention et de traitement du paludisme dans les provinces du Centre, du Sud et de l'Est ». Il porte sur une étude menée dans le but d'analyser préalablement la situation pour le lancement d'un programme de distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticides dans les villes de grande endémicité du paludisme au Cameroun. Les résultats de l'enquête ont montré que la presque totalité des enquêtés en zone urbaine (98%) et en zone rurale (94%) ont déjà entendu parler du paludisme, mais seuls 13% en zone urbaine et 7% en zone rurale déclarent utiliser une moustiquaire. L'accès à ce dispositif de lutte contre les piqûres des moustiques serait, selon l'enquête, plus facile en zone urbaine qu'en zone rurale, compte tenu de l'éloignement du centre d'acquisition du dispositif et des contraintes financières.

A. Riffet (2002), dans une thèse de médecine de l'université de Bordeaux intitulée « Le paludisme au Cameroun : Revue bibliographique de 1959 à 2001 », fait un inventaire des travaux de recherche clinique et des enquêtes épidémiologiques sur la maladie pendant cette période. Il note une insuffisance de la lutte antivectorielle, principalement au niveau familial et la faiblesse de l'immunité chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes, groupes les plus exposés au paludisme. Les travaux d'A. Riffet ne font pas mention de recherche sur les échanges discursifs dans le cadre de cette lutte au Cameroun.

T. Awono Avouzoua (2002) analyse la stratégie de communication pour la mise en œuvre de l'initiative *Faire Reculer le paludisme* par le Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP) pendant la période 2001-2006 dans un mémoire de fin d'étude, réalisé pour l'obtention du diplôme supérieur de journaliste spécialisé en Santé et environnement de la division III de l'ESSTIC, Université de Yaoundé II. Il s'agit d'une étude prospective des stratégies retenues par le Cameroun à travers le PNLPP aux lendemains de la déclaration d'Abuja pour faire reculer le paludisme en Afrique. Ce travail a été effectué juste après l'adoption d'un plan stratégique de lutte contre cette maladie par le Ministère de la santé publique. Il recense les différentes activités d'IEC à mettre en œuvre par le programme. L'auteur ne s'attarde toutefois pas sur les acteurs de la mise en œuvre de ces interventions et ne s'intéresse guère aux discours à convoquer dans ces interventions.

Le Ministère de la santé publique publie en 2002 le document de plan stratégique de lutte contre le paludisme au Cameroun pour la période 2002-2007. Cette publication présente l'organisation de la lutte contre le paludisme au Cameroun pendant cette période. Il montre la segmentation de la population et énumère les différentes interventions qui peuvent permettre au pays de diminuer la morbidité et la mortalité dues à cette maladie dans le pays. Des activités IEC sont envisagées dans ce plan pour lutter contre le paludisme, mais, les discours à utiliser ne sont pas abordés dans les détails. Un autre document du plan stratégique de cette lutte a aussi été élaboré par ce ministère en 2007 pour la période 2007-2010.

Les bureaux de l'OMS pour l'Afrique et de la Méditerranée Orientale (AFRO/EMRO) ont publié, en 2004, le « Rapport sur la mise en œuvre du plan d'action de la déclaration d'Abuja ». Ce document note les efforts des différents pays pour faire reculer le paludisme, mais déplore la couverture des interventions essentielles qui reste encore assez faible. Il propose en outre 14 recommandations pour améliorer la situation actuelle. La recommandation n° 8, qui nous intéresse, conseille aux pays de conduire un plaidoyer

auprès des leaders politiques, administratifs, traditionnels et religieux, puis de sensibiliser les populations sur les priorités dans cette lutte afin de multiplier les interventions de communication dans la lutte. Cette recommandation suggère l'utilisation des outils IEC appropriés, surtout pour les populations déshéritées. Au demeurant, aucune indication précise n'est donnée sur la manière d'élaborer ces outils IEC.

Dans son mémoire de Masters à l'Unité de Formation Doctorale de l'ESSTIC soutenu en 2005, R. Mbouzeko a analysé la communication dans la lutte contre le paludisme au Cameroun. Il s'est essentiellement focalisé sur l'analyse sociologique de la production des messages de sensibilisation. Le document présente les messages diffusés à l'intention des populations ciblées dans le cadre de la lutte contre le paludisme au Cameroun. Notre présente recherche prolonge ce travail de Masters et essaye de dégager les logiques qui sous-tendent les discours, puis les perceptions et les pratiques des populations dans le cadre de la lutte contre cette maladie.

En 2005, E. Fondjo, R. Okalla Abondoproduisent le rapport « Collecte des données sur le paludisme au Cameroun ». Il s'agit des résultats d'une enquête transversale réalisée en décembre 2004, financé par le Fonds mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme dans 166 districts de santé du pays⁹ pour apprécier l'atteinte des objectifs régionaux de lutte contre cette maladie au Cameroun. Ce rapport présente des résultats préoccupants sur la prévention du paludisme dans le pays : en effet, moins d'une personne sur 5 (18%) dort sous une moustiquaire et 7 personnes sur 100 en moyenne utilisent une moustiquaire imprégnée d'insecticides pour éviter de contracter la maladie du fait des piqûres des moustiques. Pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans, les taux moyens d'utilisation de ce dispositif de lutte sont de 14,04% pour les premières et 7,5% pour les seconds. La chimio-prophylaxie est, par contre, mieux observée chez la femme enceinte¹⁰ (42,20%). L'enquête a aussi débouché sur le constat de l'existence d'un écart significatif entre la disponibilité de la moustiquaire et l'utilisation de la moustiquaire imprégnée. Elle recommande, pour combler les écarts observés, l'utilisation d'une part de l'IEC pour sensibiliser les communautés sur l'importance de cette barrière contre les piqûres de moustiques et d'autre part, l'accroissement de l'offre de service des moustiquaires imprégnées à travers la formation des personnes en service dans les centres d'imprégnation des moustiquaires.

Nous mettons dans cette catégorie le document intitulé « l'Appel à l'action de Yaoundé : Tous unis contre le paludisme », engagement lancé par les partenaires de la lutte contre le paludisme à l'issue de la réunion du MIM¹¹ et du 5^e Forum du partenariat FRP tenus à Yaoundé, Cameroun du 13 au 19 novembre 2006. Cet appel à l'action tire ses fondements dans l'ampleur du paludisme sur les jeunes enfants et les femmes enceintes, des conséquences économiques de la maladie en Afrique et du constat de la non-atteinte des objectifs à mi-parcours de la déclaration d'Abuja pour Faire Reculer le Paludisme en Afrique. Il engage les gouvernements à élaborer et mettre en œuvre des plans de lutte intégrés dans des politiques nationales de développement durable pour intensifier les interventions contre le paludisme. Suivant ce cri de détresse des acteurs, ces plans

⁹ Ce chiffre constitue le total des districts de santé dans le pays par le Ministère de la santé publique en ce moment-là. Il est à noter que ce nombre est en constante progression, le découpage du pays en districts de santé restant toujours une œuvre inachevée. Il y en a plus de 170 en 2007.

¹⁰ Sans doute parce que les médicaments sont, pour cette méthode, pris au plus 3 fois pendant une grossesse et ce, devant le personnel soignant.

¹¹ Multilateral Initiative on Malaria qui est une alliance d'organismes et d'individus concernés par le paludisme

doivent être développés selon une méthode participative et bénéficier de mécanismes forts de financement, de gestion et d'une coordination au niveau national¹².

Au total, la littérature répertoriée dans cette catégorie relève la gravité de la situation du paludisme au Cameroun et il convient, à juste titre, de noter ici l'importance et l'urgence des interventions de communication ciblées sur les populations présentées habituellement sous le vocable générique d'IEC. Ce concept renvoie implicitement au contenu de ce qu'il faut transmettre aux populations et à la manière de le faire. De cette revue de littérature, il ressort qu'il y a peu de travaux centrés sur les discours sur le paludisme au Cameroun. Lorsqu'ils existent, ces travaux sont focalisés sur les stratégies de lutte en termes d'IEC et de marketing social des dispositifs de prévention contre la maladie. Ceci montre que l'orientation de notre travail dans la perspective d'aborder les discours sur cette maladie dans sa globalité est originale et qu'elle offre une opportunité pour accroître nos connaissances dans ce domaine.

X - Plan de travail

Nous organisons notre recherche autour de trois parties :

La première partie est intitulée *Construction du discours sur le paludisme au Cameroun*. Dans celle-ci, nous examinons l'émergence et la confirmation de la pathologie sur le plan scientifique, puis l'évolution de sa validation sur le plan linguistique. Dans cette partie aussi, nous nous intéressons à la construction des discours sur le paludisme par les différents acteurs de la lutte et leur énonciation dans l'environnement social camerounais.

La seconde partie de notre travail est consacrée à l'examen des *représentations sociales du paludisme* par les Camerounais. Elle examine, dans un premier temps, ces représentations dans le contexte négro-africain. Ensuite, elle montre que les représentations sociales sont une forme de discours, mais du sens commun, et elle s'emploie à en déceler le contenu et l'organisation en rapport avec le paludisme dans l'environnement social camerounais.

Dans la troisième et dernière partie, nous analysons le discours savant et le discours du sens commun sur le paludisme au Cameroun pour saisir le sens de la prévention de cette maladie en rapport avec les jeux des différents acteurs et les enjeux que cache la lutte contre cette maladie au Cameroun. C'est à ce niveau que nous vérifierons les hypothèses que nous avons retenues au départ comme réponses provisoires à notre question de recherche.

¹² L'appel à l'action de Yaoundé figure en annexe du présent travail.

Première partie Discours sur le paludisme

Comment se construisent les discours sur le paludisme au Cameroun? Telle est la préoccupation au cœur de la présente partie. Elle appelle des réponses exigeant l'examen du matériau basique et des stratégies convoqués dans cette construction, des caractéristiques de ces discours, des différents intervenants dans celui-ci, ainsi que des visées des discours si nous voulons nous en servir pour évaluer la prévention de cette pathologie au Cameroun. La prudence commande toutefois de préciser que dans cet examen, nous passerons rapidement, dans les discours, sur les élaborations scientifiques complexes inhérentes à cette maladie.

De façon générale, et nous référant aux définitions opérationnelles de ce concept dans notre introduction, les discours renvoient à des « *énoncés produits dans un but précis, selon une stratégie particulière* ». Pour repréciser cette définition, le dictionnaire *Larousse* présente le discours comme un : « *développement oratoire sur un sujet déterminé, prononcé en public* » ou encore comme une « *réalisation concrète, écrite ou orale, de la langue, considérée comme un système abstrait* » ou alors comme un « *ensemble de manifestations verbales, orales ou écrites, représentatives d'une idéologie ou d'un état de mentalités à une époque* ». Toujours selon ce même dictionnaire, l'idéologie renvoie à : « *un ensemble plus ou moins systématisé de croyances, d'idées, de doctrines influant sur le comportement individuel et collectif* »

Dans le cas des discours sur des sujets scientifiques comme le paludisme, objet d'un nombre important et varié de travaux de recherches, les manifestations verbales, orales et écrites auxquelles nous nous référons sont des savoirs. Du fait de la méthode expérimentale et du raisonnement par induction qui caractérisent les recherches scientifiques, ces savoirs forment des lois qui sont des résultats de recherches. Les lois sont, elles-mêmes, établies après la mise en pratique des règles de la méthode scientifique édictées, au départ, par René Descartes, à savoir : l'observation de l'évidence, l'analyse, l'organisation et la vérification des faits (André Robinet : 1986). Les savoirs peuvent être des réponses à des problèmes spécifiques rencontrés, de manière itérative, par l'homme à un moment donné de sa vie.

Ces discours ont la propension de vulgariser les savoirs auprès des cibles intéressées par les recherches. Ils constituent ainsi des éléments d'information et d'éducation qui permettent à un locuteur « A » d'envoyer des informations à un destinataire « B » sur un sujet précis, avec possibilité d'une action (ou d'une rétroaction) immédiate ou différée de « B ». Ce principe est largement exploité en matière de santé publique dont les discours sont en général des informations, des indications pratiques ou des prescriptions sur une maladie donnée au grand public dans un support et canal de communication donné, pour l'amener à bien comprendre l'évidence observée et pour orienter ses actions dans le sens de se prémunir de la maladie. Au demeurant, les discours de santé publique sont pris dans un inter-discours constitué d'un univers d'autres discours au travers duquel ils doivent nécessairement se frayer un chemin.

Ces prolégomènes ainsi présentés, nous adoptons une approche historique dans la présentation des éléments de construction des discours sur le paludisme. Cette orientation nous a permis d'apprécier la construction des éléments techniques fondamentaux sur la maladie, puis des éléments linguistiques pour la nommer sur le plan du langage. Nous nous sommes ensuite intéressés aux modalités de construction des différents discours sur cette pathologie, ainsi qu'à leur énonciation dans l'espace social camerounais.

Aussi, la présente partie de notre travail s'articule-t-elle autour de trois chapitres. Le premier fait une brève exploration des premières recherches qui ont conduit à la formation progressive des savoirs sur le paludisme dans le monde en général et au Cameroun en particulier. Le second chapitre suit la même orientation et montre comment à partir de ces savoirs se sont construits les discours sur la maladie au Cameroun. Enfin, le troisième chapitre s'intéresse à l'énonciation des discours sur cette maladie dans l'espace social camerounais pendant notre période d'étude.

Chapitre 1 Construction des savoirs sur le paludisme

Avant 1880, aucun lexique médical ne contenait les termes *malaria* en Anglais et *paludisme* en Français (Vaucel et al, 1968). Puis, lorsque ces vocables y figurent plus tard, les savoirs auxquels ils renvoient ne sont pas les mêmes que ceux relevant de cette maladie de nos jours. Ces savoirs présentent le paludisme comme des ennuis ayant un rapport étroit avec les marais, d'où la désignation qui emprunte au mauvais air circulant dans l'environnement des marais. Tout part des malaises perçus par les individus qui souffrent de fièvres diverses. Les savants mènent des recherches pour comprendre l'origine de ces malaises et trouver les moyens d'y remédier. Au fil des ans, ces recherches produisent des résultats qui permettent à la science d'évoluer progressivement, d'identifier l'agent causal de ces malaises et de modifier radicalement la perception initiale du paludisme pour en faire la maladie que nous connaissons aujourd'hui.

Sur la lutte contre cette maladie, les savoirs se sont aussi accumulés au fil des ans. Les recherches continuent certes, mais la maladie est de nos jours bien connue et les savants proposent des moyens de plus en plus efficaces pour la prévenir et pour la soigner. Nous nous proposons dans ce chapitre de refaire la longue marche vers la connaissance du paludisme et des moyens de son endiguement.

I - Découverte du paludisme dans le monde

La découverte du paludisme dans le monde est le résultat d'un double investissement :

- d'abord sur le plan scientifique, à travers l'évolution des travaux scientifiques qui ont permis d'établir la vérité sur la maladie ;
- ensuite, sur le plan linguistique, avec l'introduction progressive des vocables *malaria* et *paludisme* dans la langue anglaise et dans la langue française pour nommer cette réalité scientifique.

A - Validation de la *malaria* ou *paludisme* sur le plan scientifique

Depuis l'antiquité, les populations se plaignaient des fièvres fréquentes (malignes, putrides, insidieuses, bilieuses, pernicieuses, comateuses, intermittentes, quotidiennes, doubles,

tierces, quarts, etc.) dont les zones marécageuses sont les lieux de prédilection. Ces fièvres causaient de nombreux décès. Des recherches scientifiques ont été initiées pour comprendre ce phénomène et l'on a parlé de *fièvres des marais*. Pour tenter d'expliquer la survenue de ces fièvres, une théorie, dite de *miasme morbide*, a été développée et vulgarisée par Hippocrate De Cos, Claude Galien, Ibn Sîna, Pedanius Dioscoride et Rhazes (P. Aubry, 2005). Celle-ci postule que les fièvres observées chez les populations sont la conséquence des exhalations des eaux stagnantes, des effluves ou des émanations putrides et autres exhalations méphitiques des marais. La théorie de *miasmes morbides* a prévalu jusqu'au 19^e siècle (M. Vaucel et al, op.cit.).

Jusqu'à la fin du 19^e siècle, le paludisme reste alors une maladie presque inconnue.

C'est le 6 novembre 1880, à Constantine, que A. Laveran¹³ fait une découverte qui révolutionne les savoirs sur la maladie et établit l'étiologie du paludisme telle qu'elle est connue actuellement. Il observe, en effet, un élément microscopique parasitant le sang. Pendant une dizaine d'années, ses recherches permettent de classer le parasite

responsable de la transmission de la maladie (hématozoaire¹⁴) dans l'embranchement des protozoaires, la classe des sporozoaires et le genre plasmodium. L'histoire du paludisme s'enrichit plus tard par l'identification de quatre espèces de plasmodiums qui transmettent le paludisme à l'homme. Ce sont : *plasmodium falciparum*, *plasmodium vivax*, *plasmodium malariae* et *plasmodium ovale*. Le *plasmodium falciparum* est le plus répandu et le plus virulent des quatre.

En 1897, D. Ross¹⁵ montre que la transmission du paludisme des oiseaux se fait par un moustique. La découverte des kystes paludéens dans les parois de l'estomac d'un anophèle ayant piqué un malade atteint de paludisme l'amène ensuite à faire le postulat du même type de transmission pour le paludisme humain. Le moustique incriminé dans cette

transmission est l'anophèle femelle. En 1898, les travaux de P. Manson¹⁶ valident cette thèse. Clarac et Bouet font les mêmes observations à Madagascar entre 1902 et 1904. Bien plus, ils établissent une corrélation entre la fréquence, et la gravité du paludisme d'une part, et la dispersion et l'abondance des anophèles d'autre part. Ils remarquent aussi que la destruction des lieux de ponte des moustiques réduit nettement la morbidité due à cette maladie (M. Vaucel et al, op. cit). Telle est l'évolution des connaissances sur la maladie sur le plan scientifique. Il reste maintenant à savoir comment les termes qui la nomment de nos jours ont été introduits dans le langage courant.

B - Introduction des vocables *malaria* et *paludisme* dans les langues française et anglaise

A une époque éloignée, L'Italie a connu une grande inflation des épisodes de paludisme. Dans le même temps, il a été observé que ces épisodes étaient plus fréquents dans des localités marécageuses dont la caractéristique principale était qu'il s'y dégageait de l'air fétide ou simplement du « *mauvais air* ». L'expression anglaise *malaria* aurait été forgée, depuis le moyen âge dans ce pays, à partir de la racine latine *mala* et du suffixe *aria* qui ciblait

¹³ Médecin militaire, ancien élève de Pasteur. Il reçoit le prix Nobel de Médecine en 1907.

¹⁴ Parasites affectent les animaux mais ne sont pas transmissibles à l'homme

¹⁵ Médecin anglais de l'armée des Indes. Il reçoit le prix Nobel de médecine en 1902.

¹⁶ Médecin anglais des douanes chinoise d'Amoy.

l'endroit de survenue du paludisme, à savoir les mauvais endroits comme les marécages. L'expression ainsi trouvée n'avait pour autant pas la prétention de nommer la maladie, mais sa cause. Le mot *malaria* aurait été utilisé pour la première fois en 1740 par H. Wolpole, pour désigner la cause d'une mortalité estivale élevée à Rome. C'est seulement en 1743 que *malaria* serait apparu dans un texte médical italien publié par F. Jacquier (M. Vaucel et al, op cit).

Dans l'ouvrage *Man's mastery of Malaria*¹⁷, P. F. Russel présente l'historique de ce mot et indique qu'il ne figure ni dans le dictionnaire anglais de Thomas Blount de 1656, ni dans la traduction anglaise du dictionnaire de Stephen Blacard de 1684, ni dans le premier dictionnaire médical de John Quincy de 1719.

Shelley et Bryon, quant à eux, font respectivement mention de *malaria fever*¹⁸ et *malaria season*¹⁹ en 1818 et en 1821 mais, le *Dictionnary of the English language*²⁰ dans son édition de 1827 ne fait pas encore mention du mot malaria. C'est Macculloch qui fut vraisemblablement le premier auteur médical à utiliser ce terme. Il déclare l'emprunter à la langue italienne, dans son ouvrage *Malaria: an essay on the production and the propagation of this poison*²¹. Il faut noter cependant que *malaria* est jusque-là utilisé pour désigner une substance chimique. En 1880, après la découverte révolutionnaire du plasmodium par Laveran, la langue anglaise adopte le mot *malaria* pour désigner la maladie telle que nous la connaissons aujourd'hui.

Si l'on peut ainsi avoir des références précises sur l'incorporation du vocable *malaria* dans la langue anglaise, il n'est pas très facile d'en dire autant du mot *paludisme* dans la langue française.

Le mot paludisme est forgé à partir de la racine latine *palus* qui veut dire marais ou marécage. M. Vassel et al (op. cit.) indiquent que le dictionnaire de l'académie française de J.J. Coigrard de 1694 mentionne bien les mots *marais* (*marest*) et *marécage*, mais pas les mots *palus* ou *palud* dont le dictionnaire de 1947 de Grandsaigue fait remonter l'apparition au 12^e siècle. Le dictionnaire de l'ancienne langue française de 1888 de Godefroy fait remonter les adjectifs *palustreux* à 1485, *paludeux* à 1491 et *paludineux* à 1530. En 1958, le dictionnaire étymologique de Dauzat précise que l'utilisation de *palustre* a été faite pour la première fois par Desdier en 1505 et celui de *paludier* par Thomas Corneille en 1731.

Ces expressions renvoient soit au marécage, soit à ce qui y vit ou y croît (homme, plante) et pas à une maladie pouvant avoir un rapport nominal avec le paludisme. M. Vassel et al (op.cit.) situent l'apparition de l'adjectif *paludéen* dans la littérature médicale française, associée à la fièvre ou à la maladie, autour des années 1840 mais, selon eux, ce n'est qu'en 1851 que le dictionnaire lexicométrique et descriptif des sciences médicales et vétérinaires de Raige Delorme, Boulet et Daremberg fait apparaître l'adjectif *paludéen* avec la définition suivante : « *Paludéen, adj. (de palus, marais) : qui a rapport aux marais, qui est causé par les effluves marécageux ; miasmes paludéens, affections, fièvres paludéennes.* »

¹⁷ La maîtrise du paludisme par l'homme.

¹⁸ Fièvre malaria

¹⁹ Saison de la malaria.

²⁰ Dictionnaire de la langue anglaise.

²¹ Malaria : un essai sur la production et la propagation de ce poison.

Le mot *paludéen* est admis à l'académie française en 1878. De même en est-il de son synonyme *palustre*, comme l'indique le *dictionnaire général de la langue française, du commencement du 18^e siècle à nos jours*, de Hatzfeld et Darmesteter (1890-1893). Cependant, le mot *paludisme* n'apparaît pas encore. Il n'existe, non plus, ni dans le dictionnaire de médecine de E. Littré et C. Robin (1873), ni dans le grand dictionnaire universel de Pierre Larousse de 1874. Par contre, le mot *impaludisme* commence à apparaître dans tous les rapports médicaux et dans toutes les communications à partir de 1846. On le définit comme :

« Un état général de l'économie avec prédisposition aux affections intermittentes de la rate, amenée par le séjour dans les marais ». (E. Littré et C. Cohin, 1873)

C'est d'ailleurs à ce terme *impaludisme* que plusieurs dictionnaires d'après, et jusqu'en 1908 renvoient le lecteur qui cherche l'explication du mot paludisme (Dictionnaire de médecine de E. Littré, 21^e édition).

Enfin, le mot *paludisme* apparaît en 1884 dans le Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales de A. De Chambre (Vaucel et al, op. cit.).

La même période d'introduction officielle du mot paludisme dans la langue française est retenue dans plusieurs dictionnaires de la langue française. Il a fallu toutefois attendre 1920 et la 7^e édition du dictionnaire des termes techniques de médecine de M. Garnier et de V. Delamare pour voir accoler au mot paludisme, le nom de Verneuil, le chirurgien auquel revient le mérite de l'avoir préconisé et fait adopter par Laveran. Ce dernier l'avait du reste utilisé lui-même dans un article intitulé *Du paludisme à ses microbes*, publié dans le Bulletin de la Société Médicale des hôpitaux ou encore dans son livre intitulé *Traité de paludisme* publié en 1907.

Dans un rapport sur la terminologie du paludisme, l'OMS a reprécisé dans la série de monographies n° 25, publiée par un comité d'experts,²² que les Allemands, les Anglais et les Italiens utilisent le mot *malaria*, alors que les Français et les Espagnols utilisent les mots *paludisme* et *paludismo* pour designer « un état pathologique dû à des sporozoaires du genre *plasmodium* » (Vaucel et al, 1954)

Si la maladie nommée « paludisme » est ainsi apparue dans sa découverte, sa validation scientifique et sa désignation dans les langues française, anglaise, italienne allemande et espagnole, quels en sont les principaux contours dans la science et le langage de nos jours ?

II - Appréhension scientifique et linguistique du paludisme

Depuis les étapes précédant la découverte des causes réelles du paludisme et la désignation de la maladie telle que connue actuellement, les travaux scientifiques se sont poursuivis et les résultats ont continué à construire les savoirs sur cette pathologie tropicale. Des termes et expressions existent sur le plan linguistique, pour rendre ces savoirs accessibles au public non nécessairement scientifique. Nous présentons ici quelques généralités sur la maladie et les grandes étapes de la lutte contre le paludisme au Cameroun.

A - Maladie et lutte

²² Constitué par Marcel Vaucel, H. Gallimard et E. Roubaud

Le paludisme, comme nous l'avons indiqué plus haut, est une maladie infectieuse parasitaire, causée par un parasite du sang, le *plasmodium*. Il existe quatre types de *plasmodium* : *plasmodium falciparum*, *Plasmodium malariae*, *Plasmodium vivax* et *Plasmodium ovale*. La répartition géographique de ce parasite se présente ainsi :

- *plasmodium vivax* se rencontre dans la plupart des zones tempérées, autant que dans de nombreux pays tropicaux, bien qu'il soit essentiellement absent de l'Afrique de l'Ouest. Il est la cause la plus fréquente de la fièvre tierce bénigne.
- *plasmodium malariae* présente une répartition plus clairsemée, grossièrement superposable à celle de *plasmodium falciparum*. Il est la cause du paludisme « bénin » quarte car ayant une périodicité des recrudescences fébriles de trois jours
- *plasmodium ovale*, qui cause une forme « bénigne » de paludisme ou fièvre tierce, n'est rencontré que dans certaines zones de l'Afrique intertropicale.
- *plasmodium falciparum* est très répandu en Afrique subsaharienne où le taux de mortalité extrêmement élevé lui est en grande partie imputable. Des signes inquiétants témoignent de l'extension du paludisme à *P. falciparum* à de nouvelles régions et de sa résurgence dans des zones où il avait été éliminé. L'infection à *P. falciparum* est la plus sévère et peut entraîner la mort du patient.

A côté de ces quatre types de *plasmodium* classiquement connus, la taxonomie en retient un cinquième aujourd'hui : *Plasmodium knowlesi*. Il est génétiquement proche de *Plasmodium vivax*, et microscopiquement, de *Plasmodium malariae*. *Plasmodium knowlesi* est un parasite des primates qu'on considérait récemment comme exceptionnel chez l'Homme mais qu'on sait maintenant courant en Malaisie, Thaïlande, Myanmar, Philippines et Singapour. C'est un parasite à cycle court, de vingt quatre heures seulement (J. Breuil, 2009).

Pour ce qui est de la transmission de la maladie, le *plasmodium* est inoculé à l'homme au cours de la piqûre et du repas sanguin des femelles de moustiques infestées qui appartiennent à diverses variétés d'anophèles. Les photographies de la figure 1 montrent un moustique en plein repas sanguin.



Figure 1 : Moustique au cours d'un repas sanguin

(Source : www.asnom.org 2001-2007)

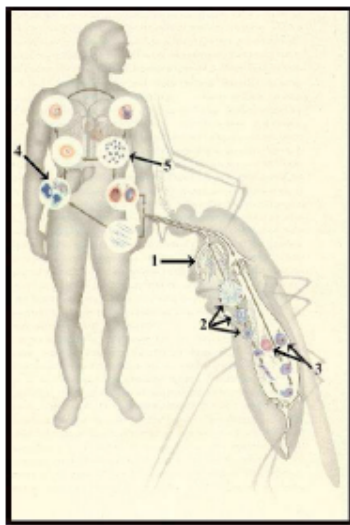
L'anophèle femelle pique généralement du coucher au lever du soleil et sa piqûre est particulièrement indolore, à la différence de celles de certains moustiques²³. Cet insecte affectionne le sang humain. Il en a besoin pour la maturation de ses œufs qu'il pond dans des eaux claires, dormantes, en milieu ensoleillé et sans végétation. Les vieilles boîtes de conserves, les vieux pneumatiques et autres objets usagers contenus dans les débris ménagers offrent d'excellentes opportunités de collecte de telles eaux. Bien souvent, de petites quantités d'eau, aux aisselles des plantes, suffisent pour cette ponte.

²³ C'est le cas des *Culex* dont les piqûres ne passent pas inaperçues.

Il s'y développe des larves qui formeront d'autres moustiques. Aussi les broussailles et autres champs aux abords des habitations favorisent-ils la prolifération des moustiques et par conséquent entretiennent l'endémie palustre.

Le microbe du paludisme pénètre dans l'organisme de l'hôte humain lorsqu'un anophèle contaminé parasite le sang d'un hôte. Il subit alors une série de transformations au cours de son cycle de vie complexe. Grâce à ces changements, il engendre des plasmodies capables d'infecter à nouveau un moustique s'il pique cet hôte à présent contaminé. (OMS, 2005). Au cours du repas sanguin de l'anophèle, le sang infecté est absorbé et le parasite va continuer son développement dans l'estomac du moustique. Les jeunes parasites qui en seront issus migreront aussi plus tard dans les glandes salivaires du moustique pour une autre contamination d'un individu sain au cours d'une prochaine piqûre. Le cycle homme-moustique-homme est ainsi fermé. La transmission peut également se faire par transfusion sanguine d'un individu dont le sang est infecté à un individu sain, ou encore par la transmission du parasite de la mère à l'enfant au cours de la grossesse. (OMS, op. cit.). Le schéma ci-dessous illustre les différentes phases de développement du plasmodium tant chez le moustique que chez l'homme. Elles sont au nombre de cinq et suivent les séquences ci-après :

- la première phase intervient juste après la piqûre d'un individu infecté par un moustique. Le plasmodium jeune passe alors dans les glandes salivaires du moustique et évolue progressivement vers l'estomac de l'insecte ;
- la seconde phase est celle de multiplication du parasite dans l'estomac du moustique ; il en résulte de nombreux gamétocytes qui seront à l'origine de plasmodies. Celles-ci vont recoloniser les glandes salivaires du vecteur et pénétrer dans le corps d'un individu sain, à la faveur d'une prochaine piqûre et de la succion du sang de celui-ci par l'anophèle femelle ;
- la quatrième phase est la phase hépatique. Après la piqûre du moustique, les parasites inoculés à l'homme sain par le moustique sont entraînés par la circulation sanguine, sous forme de *sporozoïtes*, et atteignent le foie. Ils se différencient dans les cellules hépatiques pour donner la forme invasive appelée *mérozoïte* qui colonise le corps de l'individu. La différenciation des parasites dans les cellules hépatites entraîne souvent une légère augmentation de la taille de cet organe, ainsi que celle de la rate. La mesure de l'index splénique chez les enfants pour apprécier le niveau d'endémicité du paludisme dans une communauté (technique très utilisée pendant l'époque coloniale par les médecins indigènes) était évaluée à partir de cette modification anatomique.
- La dernière étape est celle de libération des parasites adultes du foie et la colonisation des hématies du sang par les nouveaux plasmodiums. L'individu peut dès lors développer les premiers symptômes du paludisme. S'il est piqué par un anophèle femelle, celle-ci peut prélever son sang avec l'agent pathogène de la maladie et le transmettre à un autre individu sain au cours de la prochaine piqûre et du subséquent repas sanguin sur un autre homme sain.



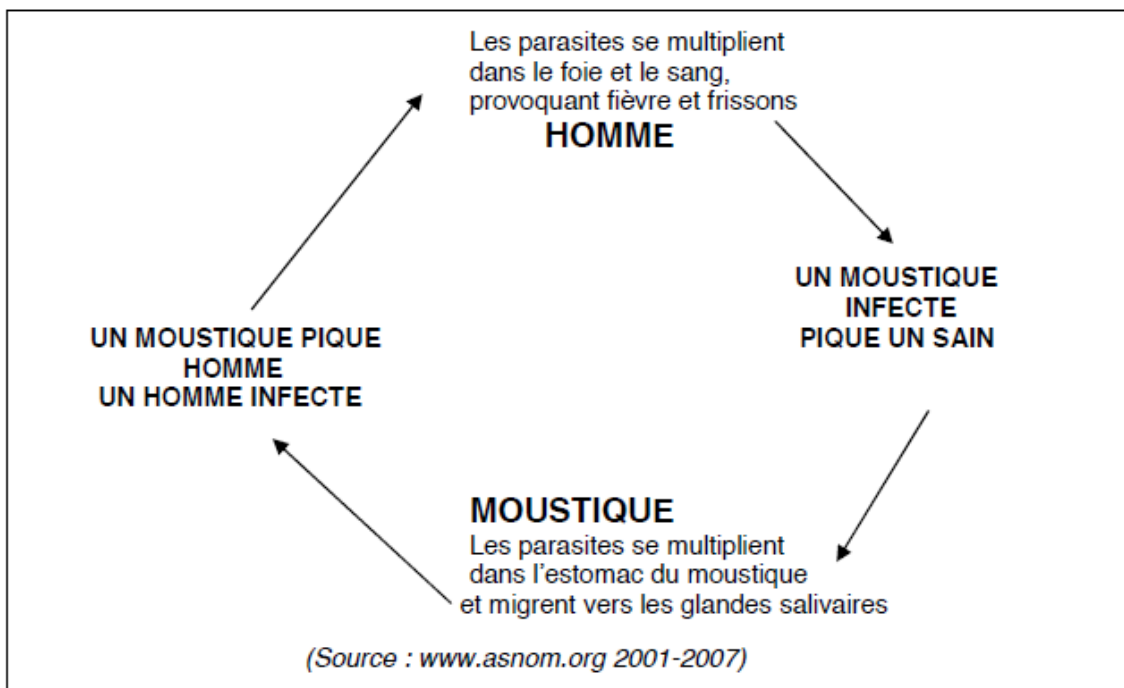
1. Parasites (plasmodium) jeunes dans les glandes salivaires du moustique.
2. Parasites embryons du moustique.
3. Gamétocytes airés sur les parois de l'estomac des mâles et femelles du parasite dans l'estomac du moustique.
4. Phase hépatique (les parasites ont atteint le foie de l'homme piqué par l'anophèle).
5. Libération des parasites adultes du foie, colonisation des hématies du sang où les cycles sexué et asexué du parasite se poursuivent.

(Source: Farbenfabriken Bayer in Bill McConnel, 2002)

Figure 2 : Cycle de développement du parasite du paludisme

(Source: Farbenfabriken Bayer in Bill McConnel, 2002)

Les différentes étapes du cycle de développement du parasite du paludisme ainsi présentées, cet autre schéma monte clairement la complémentarité entre l'homme et le moustique dans l'infection palustre :



(Source : www.asnom.org 2001-2007)

Figure 3 : Rôles complémentaires de l'homme et du moustique dans le cycle de transmission du paludisme

(Source : www.asnom.org 2001-2007)

L'homme et le moustique apparaissent ainsi comme des individus qui hébergent le plasmodium. Il est inoculé à l'homme sain par un moustique qui l'a préalablement prélevé du sang d'un homme infecté. Le plasmodium se développe dans le corps du moustique

sans incidence sur l'hôte, cependant qu'il provoque la fièvre et des frissons chez l'homme infecté. Nous avons ainsi présenté comment l'homme contracte la maladie. Il y a des signes annonciateurs de la contamination ou symptômes qui montrent que l'individu infecté par le parasite développe la maladie.

1. Symptômes du paludisme

L'invasion du sang d'un individu par le *plasmodium* constitue la primo-infection. Elle se passe généralement de façon inaperçue. Selon L'OMS (2005), le paludisme est une maladie fébrile aiguë dont la période d'incubation est de sept jours au moins. Par conséquent, toute maladie fébrile dont les symptômes se manifestent moins d'une semaine après la première exposition possible n'est pas le paludisme.

La forme la plus grave est causée par *plasmodium falciparum* et présente des caractéristiques cliniques variables telles qu'une fièvre, des frissons, des céphalées, des douleurs et faiblesses musculaires, des vomissements, de la toux, de la diarrhée et des douleurs abdominales. D'autres symptômes liés à une insuffisance organique peuvent survenir (par exemple, une insuffisance rénale aiguë, des convulsions généralisées, un collapsus circulatoire) et conduire au coma et à la mort. On estime qu'environ 1% des sujets infectés par *Plasmodium falciparum* meurent de la maladie. Les premiers symptômes, parfois bénins, ne sont pas toujours faciles à reconnaître. Pour des voyageurs ayant séjourné dans des pays impaludés, il faut songer au paludisme à *falciparum* dans tous les cas de fièvre inexpliquée commençant à un moment quelconque entre le septième jour et trois mois (ou davantage dans de rares cas) après la dernière exposition possible aux piqûres des moustiques ; toute personne présentant un épisode fébrile pendant cette période doit immédiatement solliciter un bon diagnostic.

Un diagnostic précoce et un traitement approprié peuvent sauver des vies. Le paludisme à *plasmodium falciparum* peut être mortel si le traitement est différé de plus de 24 heures. Le diagnostic s'effectue sur un frottis sanguin prélevé sur le patient et porte sur la recherche des parasites du paludisme. Si le premier frottis ne révèle aucun parasite mais les symptômes subsistent malgré tout, il est conseillé de prélever une série d'échantillons sanguins et d'en examiner les frottis à des intervalles de 6 à 12 heures. Les femmes enceintes, les enfants de moins de 5 ans et les voyageurs âgés sont particulièrement exposés à la maladie. Le paludisme chez une femme enceinte accroît le risque de décès maternel, de fausse couche, de mort-né et de décès néonatal. La prévention et le traitement du paludisme à *falciparum* deviennent plus difficiles à mesure que s'accroît la résistance du *Plasmodium* à divers médicaments. Les formes de paludisme causées par d'autres espèces de *Plasmodium* sont moins graves et rarement mortelles.

Une pharmaco-résistance a, au demeurant, été signalée pour *Plasmodium vivax*, principalement en Indonésie (Irian Jaya) et en Papouasie-Nouvelle-Guinée, un plus grand nombre de cas sporadiques étant déclarés en Guyane. Pour *plasmodium vivax*, on a constaté une sensibilité décroissante à la chloroquine en Inde, au Myanmar, en République de Corée, en Thaïlande, ainsi qu'au Brésil, en Colombie et au Guatemala. Une résistance de *Plasmodium malariae* à la chloroquine a été aussi signalée en Indonésie.

Les accès palustres se manifestent souvent le soir et sont précédés de prodromes ou signes d'alerte annonçant la crise aiguë. Ils se déroulent généralement en 3 phases étalées sur plusieurs heures :

- une phase de frissons intenses accompagnés d'une poussée de température (39 à 40°C) et d'une baisse de tension artérielle ; le patient frissonne sous la couverture ;

- une phase de fièvre sèche pendant laquelle la température peut atteindre 40 à 41°C ; la peau est sèche et brûlante. Le patient rejette ses couvertures ;
- une phase de sueurs abondantes : la température retombe, la tension artérielle remonte ; les urines du patient sont foncées.

Les directives de l'OMS reprises dans le document du plan stratégique de lutte contre le paludisme au Cameroun 2007-2010 produit par le Ministère de la santé publique indiquent que la primo-infection et les accès palustres ainsi décrits représentent ce qu'on nomme *paludisme simple*. Pour en finir, le patient doit nécessairement prendre un antipaludéen, généralement par voie orale, pour tuer les parasites contenus dans son sang. Si le patient n'est pas rapidement traité, les parasites peuvent provoquer des dégâts sur certains de ses organes (rate, foie, cerveau, etc.).

Le paludisme simple peut aussi évoluer vers le *paludisme grave*, un *accès pernicieux* ou un *neuro-paludisme*. Cette dernière forme de la maladie se manifeste avant tout par des troubles neurologiques. Le patient peut présenter des troubles de conscience (coma), des convulsions (chez l'enfant). Il peut aussi avoir des troubles psychiques. Ces symptômes peuvent souvent être accompagnés d'une insuffisance rénale nécessitant une dialyse ou d'une détresse respiratoire aiguë qui requiert une ventilation artificielle. A côté de ces formes de paludisme, il en existe d'autres, trompeuses, qui surviennent surtout chez les enfants. Il s'agit des accès de fièvre inconstants, combinés à des troubles digestifs. (MSP, 2007).

Les femmes enceintes, les enfants de moins de 5 ans, les voyageurs venant des régions indemnes de paludisme et certaines personnes dans des conditions particulières (personnes ayant subi une opération chirurgicale ou une greffe d'organes et personnes ayant subi une transfusion sanguine) constituent des cibles particulièrement vulnérables de cette maladie. S'agissant particulièrement des femmes enceintes, le placenta contient une grande quantité de globules rouges parasités qui perturberait ainsi les échanges entre la mère et le fœtus et provoquerait une diminution du poids de l'enfant à la naissance (IRD, 2005). Dans les zones d'Afrique où le paludisme est endémique, la maladie serait responsable de 30% des cas de faible poids observés chez le nouveau-né. 3 à 5% des décès de nourrissons africains sont ainsi dus à *plamodium falciparum* qui représente aussi un danger sérieux pour la femme enceinte chez qui elle cause 2 à 15% des anémies maternelles (IRD, Op cit.).

Dans les années 1980, avec la découverte du VIH, un virus transmis par le sang, des débats fort nourris ont eu lieu sur la possibilité de transmission concomitante du VIH et du plasmodium d'un individu infecté par le VIH à un individu sain par le moustique. Après investigations, des travaux scientifiques ont montré que cela n'est pas possible. Afin de vulgariser ce nouveau savoir sur le VIH et SIDA, en 1989, l'OMS a publié un document de prévention du SIDA par la promotion de la santé dont le titre est : *Questions et réponses sur le SIDA à l'intention des stations de radio*. Il aborde plusieurs aspects de la question. Les extraits ci-après de ce document apportent des éléments qui apaisent les appréhensions du public sur la transmission de la maladie par les moustiques et les punaises.

« Q : Les moustiques propagent-ils le SIDA ? R : Non Q : Et d'autres insectes piqueurs ou suceurs ? R : Non plus Q : Pourquoi les moustiques ne peuvent-ils transmettre le SIDA ? R : Il semble y avoir plusieurs raisons pour lesquelles le moustique ne transmet pas le virus du SIDA. On pourrait penser qu'un moustique est comme une « seringue volante » qui peut être contaminée et propager le virus par injection quand il pique. L'image peut être bien trouvée, mais elle ne tient pas compte des faits. Pour commencer, les moustiques n'injectent pas du sang, ils

en tirent. Quand ils piquent quelqu'un, ils injectent une substance qui empêche le sang de se coaguler et ils sucent une certaine quantité de ce sang. Quand ils s'envolent, ils vont digérer leur repas, et non le réinjecter à une autre personne. Qui plus est, il ne s'agit que de quantités de sang infimes, et la probabilité que le virus du SIDA s'y retrouve est extrêmement réduite, même s'il s'agit du sang d'une personne infectée. Après qu'un moustique ait pompé du sang, un autre obstacle, dans le corps du moustique, s'oppose à la transmission du virus du SIDA. Nous savons que le virus vit dans certaines cellules du corps humain et qu'il ne vit pas dans les cellules d'un insecte. Cela signifie que, biologiquement, les moustiques ne peuvent pas « héberger » le virus du SIDA à la différence du parasite du paludisme qui prospère chez le moustique et se communique aux gens piqués par celui-ci. » (OMS, 1989)

Nous avons gardé ces extraits larges pour donner une idée des discours à la propagation desquels les médias, comme la radio, ont été mis à contribution afin de juguler l'épouvante qui associait le moustique à la propagation du VIH. Cette découverte est venue à temps dédouaner la partie du monde où le paludisme sévit de façon endémique.

Ainsi se présente donc le paludisme dans le processus de sa contraction et dans ses manifestations symptomatiques. L'homme en étant sa cible de prédilection, Il est important de voir comment il s'est organisé, au fil des ans, pour faire face à la menace que cette maladie représente pour lui.

2 - Grands repères dans la lutte contre le paludisme

Le paludisme est apparu depuis des siècles comme un ennemi redoutable pour l'homme. Aussi, des stratégies de lutte ont-elles été élaborées et mise en œuvre par celui-ci pour en éviter les ravages. Au nombre de celles-ci, la recherche et l'utilisation de médicaments antipaludiques à des fins curatives, mais aussi l'utilisation de plusieurs moyens de prévention, y compris l'utilisation des médicaments à titre prophylactique.

a Médicaments

La quinine est le médicament le plus vieux et le plus efficace, jusqu'à date, utilisé pour soigner les fièvres. F. Tillequin, professeur à l'Université René Descartes, Paris 5 et membre de l'unité mixte de recherche du CNRS, dans la communication sur *Synthèse et Structure de Molécules d'Intérêt Pharmaceutique*, donnée au cours de la conférence sur le thème *Les médicaments d'aujourd'hui et de demain sont dans la nature* (SD) publiée en ligne, a retracé l'histoire de ce précieux médicament.

Le premier produit utilisé avec succès pour traiter les fièvres engendrées par le paludisme serait le *quinquina*. Ce produit a été découvert à la suite de la conquête espagnole de l'Amérique du Sud. En effet, les *quinquinas* sont un groupe d'une trentaine d'espèces d'arbres de la famille des *Rubiaceae* qui poussent sur le versant humide de la Cordillère des Andes, entre 1500 et 3500 mètres d'altitude. A l'origine, ces régions montagneuses sont exploitées par les missionnaires jésuites qui observent les traditions locales et constatent que les Indiens absorbent, contre les fièvres, une poudre de l'écorce de *quiquina*. Cette poudre sera exportée en Europe, vers la fin du 16^e siècle, sous le nom de *poudre des jésuites*. Son succès est d'abord mitigé. L'assainissement des marais de Versailles, lors de

la construction du célèbre château qui porte le nom de ce lieu²⁴, déclencha des crises de paludisme en France. Quand le fils de Louis XIV, le grand dauphin de France, est guéri grâce à la *poudre des jésuites*, le roi fait publier un document sur ce traitement par l'apothicaire royal. Malgré tout, les provenances et les teneurs en principes actifs de cette poudre restent inconnues.

Au 18^e siècle, Joseph de Jussieu récupérera des échantillons de *quinquina* au cours des expéditions en Amérique Latine. Il fera décrire cette plante par Linné qui crée le genre *Cinchona*. La description du genre sera, elle-même, faite par les botanistes Ruiz et Pavon après un séjour au Chili à la fin du 18^e siècle. *Cinchona officinalis*, variété surtout utilisé pour les boissons, est très aromatique mais pauvre en principes actifs, *Cinchona succirubra* ou encore *quinquina rouge*, à l'origine de la quinine, sera plus largement exploité.

En 1817, Pelletier et Caventou, deux pharmaciens français, isolent, pour la première fois, un alcaloïde appelé quinine, à partir des écorces de *Cinchona succirubra*, ceci permet de peser la quantité exacte de médicament à donner aux malades par rapport à leurs poids. Ce médicament révolutionnera le pronostic de la maladie (R.S. Desowitz, 1996). La quinine sera fabriquée et vendue vers 1830. Au cours de la conquête de l'Algérie, le médecin militaire français Maillot, qui a déjà utilisé la quinine en Corse, fait un large usage du nouveau médicament avec beaucoup de succès. Il fixe avec précision les schémas curatifs pour la quinine et initie aussi la chimioprophylaxie basée sur des prises quotidiennes de ce produit. Pendant un siècle, de Maillot aux années 1930, les sels de quinine sont les seuls antipaludiques utilisés pour lutter efficacement contre le paludisme. Présentés sous forme orale (en comprimés ou en sirop pour les enfants) et en ampoules injectables, ils couvriront tous les besoins curatifs et préventifs pour faire efficacement face à cette pathologie. La matière première provenant de la côte Ouest de l'Amérique du Sud, où les Indiens locaux sont employés par les Occidentaux lors des expéditions de récolte des écorces, l'exploitation de cette plante va vite poser des problèmes d'approvisionnement et d'importants problèmes écologiques.

Le botaniste Hughes Algernon Weddell rapportera des graines de *quinquina rouge* en France en 1837 au Musée national d'histoire naturelle et les fera germer. Le Musée distribuera ensuite des plants à diverses institutions botaniques européennes. Les problèmes de mise en culture des plants seront nombreux. En effet, il s'agit d'une espèce qui pousse généralement dans les zones intertropicales humides et montagneuses, entre 1000 et 3000 mètres d'altitude. Les *quinquinas* poussant en dessous de ces altitudes sont paradoxalement dépourvus de quinine ! Ceci est en relation sans doute avec la nécessité, pour la synthèse par la plante de la quinine, d'une forte exposition aux rayons ultraviolets (la quinine serait donc une forme de protection synthétisée par la plante à l'action des ultraviolets).

Toujours selon F. Tillequin (op. cit.), les Anglais sont les premiers à se lancer dans la culture du quinquina vers 1859, dans une petite zone himalayenne chaude et humide (région de Darjeeling). Mais, les surfaces cultivées sont trop réduites pour permettre une exportation des écorces. Ils introduisent alors des cultures de *Cinchona succirubra* à Ceylan, avec succès jusqu'aux environs de 1885. L'Angleterre a alors le monopole de la culture et de l'exportation du *quinquina*. La Hollande la supplantera plus tard en instituant cette culture dans ses colonies en zones intertropicales, et particulièrement dans l'île de Java. De nombreuses hybridations sont effectuées et l'on passe de la culture des *quinquinas* du groupe *succirubra* à des espèces du groupe *ledgeriana*. L'on produira ainsi des quinquinas

²⁴ Château de Versailles

jaunes avec des écorces très riches en quinine (12% environ, au lieu de 5% pour le groupe *succirubra*).

En 1940, l'Allemagne nazie détruit les stocks de quinquinas lors du bombardement d'Amsterdam et les Japonais envahissent l'île de Java. Les troupes alliées, australiennes et américaines, combattant dans la zone pacifique sud n'ont plus de produits nécessaires pour traiter leurs soldats atteints de paludisme. La lutte contre cette maladie évolue alors vers une double direction :

- l'obtention d'antipaludéens de synthèse, avec le même noyau de base : création de la nivaquine^R par les Américains qui copient les produits de synthèse fabriqués par les Allemands pendant la guerre. Dans les années 50-60, ces produits de synthèse dont le coût de fabrication est très faible, tendent à remplacer la quinine d'extraction, plus chère ;
- l'introduction de cultures de *quinquina* en Afrique (Guinée, Cameroun, Côte d'Ivoire, Congo belge).

Sur un autre plan, vers 1930, à côté des médicaments naturels, les produits de synthèse commencent à être fabriqués à large échelle ; ils sont efficaces, peu onéreux et ont une action prophylactique persistante qui permet des prises médicamenteuses non plus quotidiennes, mais hebdomadaires. L'inconvénient commun de ces produits est l'apparition rapide de souches résistantes. La résistance du plasmodium *falciparum* à la chloroquine va entraîner un vaste programme de recherches sur les médicaments antipaludiques aux Etats Unis, alors en guerre au Vietnam, et la mise au point de molécules plus efficaces, notamment la méfloquine et l'halofantrine (R.S. Desowitz, op cit). La bonne vieille quinine, ainsi que d'autres molécules de synthèse, continuent à être utilisées dans les pays africains, dont le Cameroun, pour juguler les accès palustres. Les résultats de travaux de recherche de l'IRD menés entre 1984 et 1995 mettent toutefois en évidence une forte augmentation de la mortalité palustre liée à l'émergence de la résistance à la chloroquine dès 1998. La chloroquine ne guérit plus que la moitié des enfants auxquels elle est prescrite en Afrique et l'on pense que cela est dû, en grande partie, à une utilisation massive, et en monothérapie, des différents médicaments de lutte contre cette endémie.

Le meilleur traitement obtenu aujourd'hui est à base d'*artémisinine*, extraite du *Qinghao*, plante connue en Chine depuis 2000 ans, et du développement d'associations d'antipaludéens à effet potentialisateur. Ces combinaisons de médicaments marchent dans la grande majorité des cas et aucune résistance n'a encore été observée. Mais à cause de leurs prix élevés, 10 à 20 fois plus chers que la chloroquine, ces traitements ont longtemps été boudés par les agences internationales.

Il a fallu attendre la publication de l'article intitulé : WHO, the Global Fund, and medical malpractice in malaria treatment²⁵ par A. Attaran & al²⁶ pour voir un changement s'amorcer dans la recommandation des ACT comme standard pour la prise en charge du paludisme au niveau mondial. En effet les signataires de cet article se montrent très critiques sur les orientations politiques de l'OMS, du Fonds Mondial pour la lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, puis des bailleurs de fonds qui appuient la lutte contre le paludisme pour la prise en charge des accès palustres dans les pays endémiques pauvres. En

²⁵ OMS, le Fonds Mondial, et la mauvaise pratique médicale dans le traitement du paludisme

²⁶ Dans *The Lancet*, vol 363 du 17 janvier 2004.

voici quelques morceaux choisis : « ...WHO violates its own policy standard regularly. Most African countries reluctantly cling to chloroquine, sulfadoxine-pyrimethamine, or the insignificantly better combination of chloroquine and sulfadoxine-pyrimethamine, because ACT is ten times more expensive and, therefore, unaffordable to them. When those same countries seek financial aid from the Global Fund for AIDS, Tuberculosis, and Malaria (GFATM) to purchase ACT, they are forcefully pressured out of it by governments such as the USA, whose aid officials say that ACT is too expensive and “not ready for prime time”. WHO acquiesces to this pressure to cut costs, and despite a policy that names ACT as the gold standard of treatment, WHO signs its approval when GFATM funds cheap but ineffective chloroquine or sulfadoxine-pyrimethamine to treat P falciparum malaria. » (A. Attaran et al in The Lancet, vol 363, 2004 : 237). (L'OMS viole constamment les termes de sa politique. Beaucoup de pays africains ne veulent pas abandonner la chloroquine, la sulfadoxine-pyriméthamine ou alors la combinaison insignifiante des deux médicaments au motif que les ACT sont dix fois plus chers, et par conséquent hors de prix pour eux. Lorsque ces mêmes pays sollicitent des aides financières auprès du Fonds Mondial pour la lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (FMLSTP) pour acheter des ACT, ils subissent la pression des gouvernements comme ceux des Etats-Unis dont les gestionnaires de l'aide estiment que les ACT sont trop chers et « pas prêts à être utilisés en première intention ». L'OMS cautionne ces diminutions de coûts, en dépit d'une politique qui identifie les ACT comme le standard du traitement antipaludique. Elle approuve plutôt le financement des médicaments moins chers et inefficaces comme la chloroquine et la sulfadoxine-pyriméthamine pour le traitement des cas de paludisme à plasmodium falciparum.)

Cet article pamphlétaire a amené l'OMS à revoir sa position pour la vulgarisation de l'utilisation des ACT pour la lutte contre le paludisme à travers le monde. L'Organisation appelle aujourd'hui les laboratoires à stopper la commercialisation des monothérapies à base d'artémisinine et recommande l'utilisation des ACT (associations thérapeutiques à base d'artémisinine). La combinaison des dérivés de cette substance avec d'autres médicaments réduit le risque d'apparition de résistances, mais en plus, elle permet d'obtenir de meilleurs résultats thérapeutiques. Elle est efficace à 95 % et soigne les accès palustres en trois jours au lieu de sept. D'autre part, les médicaments contre le paludisme actuellement en cours de développement ne seront pas au point avant une dizaine d'années. Ce qui fait dire au directeur du département paludisme de l'OMS, le docteur Arata Kochi que :

«Si nous perdons l'artémisinine, nous n'aurons plus de médicament efficace contre le paludisme». (V. Gas, 2006 : 1)

Aujourd'hui, près de 33 pays africains ont officiellement adopté l'utilisation des bithérapies pour traiter le paludisme, mais seulement 11 ont commencé à le mettre en place et seul un plus petit nombre encore à l'échelle nationale. La production de ces médicaments reste actuellement très insuffisante et beaucoup de décideurs hésitent encore à s'engager dans l'adoption d'un traitement au coût élevé sans l'assurance d'obtenir des fonds suffisants pour le poursuivre à long terme.

b. Autres dispositifs de lutte contre la maladie

En dehors des traitements curatifs et prophylactiques faisant usage des médicaments ci-dessus évoqués, il existe des dispositifs de protection individuelle utilisés surtout dans le cadre de la lutte antivectorielle, pour se protéger des piqûres de moustiques. Au nombre de ceux-ci, l'on a : des insecticides, des produits fumigènes, des diffuseurs électriques dans les pièces d'habitation ; des moustiquaires imprégnées d'insecticides ou non, des grillages aux fenêtres, des vêtements longs et serrés pour les sorties en soirée et répulsifs à appliquer sur les parties découvertes du corps. Il importe, toutefois, de préciser que ces dispositifs de lutte contre le paludisme sont couramment rencontrés en ville.

Dans les campagnes, ces dispositifs de lutte n'existent pas toujours, ce qui rend compliquée la prévention du paludisme. Pour une protection durable contre la maladie, il est important de noter que l'assainissement de l'environnement, notamment avec la destruction des eaux stagnantes, reste la meilleure arme contre le paludisme. Elle a l'avantage de limiter la prolifération des moustiques et, ce faisant, de diminuer la probabilité pour que ceux-ci piquent les individus. Nous venons ainsi de passer en revue l'organisation de la lutte contre le paludisme au niveau mondial. Comment cette lutte a-t-elle été assurée au Cameroun au fil des ans ?

III - Lutte antipaludique au Cameroun

A - Organisation traditionnelle de la lutte contre le paludisme

Au Cameroun, les pratiques ancestrales de lutte contre le paludisme n'ont pas toujours été convenablement documentées en raison de la culture dominante de l'oralité. Il n'est par conséquent pas aisé de dire, de manière précise et exhaustive, quelles sont les pratiques traditionnelles en matière de prévention et de guérison des fièvres²⁷. Pour l'essentiel, traditionnellement il est fait usage de décoctions d'herbes²⁸ et d'écorces d'arbres pour lutter contre les moustiques et le paludisme. Le *quinquélaba*, connu sous le nom scientifique de *Combretum micranthum*, a été introduit au Cameroun, comme dans certains autres pays africains, pendant l'époque coloniale. Les feuilles et les graines de cette plante ont été utilisées sous forme d'infusions pour lutter contre les fièvres. De même, la *citronnelle*, une plante communément connue sous le nom local emprunté à l'Anglais de « *Fever-grass* » est consommée sous forme de tisane chaude dans presque toutes les régions du Cameroun en cas d'accès fébriles. Il n'est, au demeurant, pas prouvé que cette médication artisanale soigne efficacement le paludisme.

B - Organisation moderne de la lutte antipaludique au Cameroun

Pour bien cerner l'organisation moderne de la lutte antipaludique au Cameroun, nous remontons jusqu'à l'époque coloniale. Le paludisme a largement fait des victimes tant chez les colons que chez les populations autochtones. L'organisation de la lutte antipaludique a globalement été la même dans les pays impaludés. Nous en donnons ici quelques précisions sur la lutte dans l'Afrique Equatoriale Française (AEF) et de l'Afrique Occidentale Française (AOF) avant et après les indépendances de ces pays puis, nous nous arrêterons sur le cas du Cameroun. L'organisation de cette lutte était faite suivant les schémas classiques ci-après :

²⁷ C'est généralement sous ce nom générique qu'on nomme le paludisme.

²⁸ Qui varient d'une culture à l'autre.

1 Médecine curative et individuelle

Cette médecine était faite dans les formations sanitaires et consistaient à rechercher les symptômes de la maladie pendant la consultation et à administrer un traitement aux malades souffrant de paludisme. Les traitements étaient faits, au cas par cas, pour tous les malades se présentant dans la formation sanitaire (dispensaire ou hôpital). En général, les malades fiévreux recevaient systématiquement de la quinine puis, plus tard, les médicaments recommandés et utilisés pour soigner les accès palustres étaient la *quinacrine*, la *nivaquine* et la *chloroquine*. A côté de ces traitements curatifs dans les formations sanitaires, de vastes campagnes de traitement prophylactiques du paludisme auprès des populations ont été organisées pendant de longues années.

2 Mesures prophylactiques de masse

Elles étaient précédées d'une enquête épidémiologique qui évaluait l'intensité de l'endémie dans la région où la campagne était planifiée, par l'établissement de l'index splénique, c'est-à-dire l'évaluation de la grosseur de la rate, signe de l'infection hépatique chez les enfants et les adolescents. Ceux-ci étaient examinés dans quelques villages par le médecin de brousse et systématiquement dans les écoles. AB. Laing (1984) indique qu'un total de 880 000 enfants de 5 à 15 ans ont reçu hebdomadairement une dose de chloroquine²⁹ pendant l'année scolaire de 1964 à 1967 tant dans la partie septentrionale que dans la partie méridionale du pays. Des enquêtes épidémiologiques étaient menées de temps à autre pour évaluer les campagnes. Les résultats se sont avérés concluants comme le montre le tableau ci-après qui révèle dans tous les cas une baisse substantielle du taux de concentration du parasite dans le sang des individus soumis au traitement.

		1964/65		1965/66		1966/67	
		Before treatment	After 3 months	Before treatment	After 3 months	Before treatment	After 3 months
<u>North Cameroon</u>	No. of children surveyed:	2324	1952	2338	1955	2946	2842
	Mean asexual parasite index:	63.8	9.4	66.1	8.9	17.8	7.9
<u>Central and South Cameroon</u>	No. of children surveyed	-	-	5175	5137	5216	4989
	Mean asexual parasite index	-	-	44.4	2.7	38.4	9.3

Tableau 1: The effects of chemoprophylaxis with weekly chloroquine

(5 mg base per kg body weight) in school children in Cameroon³⁰

(Source: Etude réalisée par AB. Laing, 1984)

Le tableau montre des statistiques continues dans le nord Cameroun (*North Cameroon*) de l'année scolaire 1964/65 à 1966/67 alors que celles de l'année scolaire 1964/65 manquent pour le Centre et le Sud Cameroun (*Central and South Cameroon*). Le nombre d'enfants concernés par la surveillance (*No of children surveyed*) est beaucoup moins élevé dans la partie septentrionale que dans la partie méridionale ; le rapport est du

²⁹ 5mg/kg de poids corporel

³⁰ Les effets de la chimioprophylaxie par l'administration hebdomadaire de la chloroquine (5 mg par kg de poids corporel) aux enfants des écoles au Cameroun.

simple (autour de 2000 enfants) au double (5000 enfants). La moyenne des parasites asexués (*Mean asexual parasite index*) noté avant le traitement (*Before treatment*) diminue substantiellement dans les deux parties du pays après trois mois (*After 3 months*). Ce tableau montre l'efficacité de cette campagne de chimioprophylaxie de masse avec administration de la chloroquine à l'école, mais, elle reste localisée, visiblement onéreuse et impossible à étendre à l'ensemble de la population dans l'une ou l'autre des parties du pays. En outre, il faut noter que les campagnes étaient menées au cours de l'année scolaire et la réinfection des enfants se produisait pendant les périodes de vacances.

Les traitements prophylactiques ci-dessus étaient accompagnés de la lutte antivectorielle pour freiner la prolifération des agents vecteurs du paludisme. En outre, le service d'hygiène et l'Institut Pasteur, représentés dans presque tous ces pays, essayaient d'identifier les types de moustiques dans les différents biotopes et de comprendre leurs mœurs. Cela permettait de mettre en place les stratégies les plus indiquées pour s'attaquer à ces vecteurs. Jusqu'à la fin de la seconde guerre mondiale, au Cameroun comme dans la plupart des pays africains, la lutte antivectorielle était organisée autour de :

- l'assèchement des gîtes larvaires de moustiques ;
- l'épandage de mazout sur les eaux superficielles non drainables pour asphyxier les larves (Cf figure 4 ci-dessous) ;
- le traitement des puits maraîchers ou de jardins et de marigots par des pulvérisations d'huiles minérales dérivées du pétrole ;
- l'introduction de poissons consommateurs de larves (espèces *Gambusia* ou *Girardinus*) dans les bassins et collections d'eau recherchés par les anophèles ;
- les visites domiciliaires assurées par les *brigades du service d'hygiène*, susceptibles d'infliger des contraventions aux habitants en cas de découverte des gîtes de ponte dans leurs concessions ;
- les pulvérisations sur les murs des habitations d'insecticides végétaux, pyréthrine et autres *fly-tox* (Cf. figure 6) ;
- l'usage de moustiquaires pour la nuit ;
- la mise en place de grillages métalliques aux fenêtres ; ou,
- l'application sur la peau de citronnelle, d'huile de palme, etc. pour éviter les piqûres de moustiques ;
- certaines pratiques indigènes qui se sont avérées efficaces, à l'instar de l'habitude de garder les cases enfumées par un feu de bois allumé dans les maisons d'habitation.



Figure 4 : *Lutte anti-larvaire par épandage du mazout sur une eau stagnante*

(Source : www.asnom.org 2001-2007)

Après la seconde guerre mondiale, l'avènement du DDT, insecticide à effet rémanent, marque une étape décisive dans la lutte antivectorielle, du moins dans les agglomérations urbaines. Il est utilisé pour des pulvérisations, dans les domiciles et dans les haies et frondaisons sur la voie publique (Cf. figure 5). Deux inconvénients ne tardent pas à survenir : d'une part, le coût élevé de ces pulvérisations et d'autre part, dès 1956, l'apparition d'espèces anophéliennes résistantes à ces produits.

Dans les années 1930, les antipaludiques synthétiques à prises prophylactiques hebdomadaires sont largement utilisés. Les résultats obtenus s'avèrent satisfaisants, notamment en 1937, au Tchad, à Madagascar, en Cochinchine et en Annam. Les index spléniques chutent de façon significative.



Figure 5 : *Exemple de pulvérisation de vastes espaces*

(Source : www.asnom.org 2001-2007)



Figure 6 : *Mise en charge des pulvérisateurs d'insecticides*

(Source : www.asnom.org 2001-2007)

S'appuyant essentiellement sur la lutte antivectorielle, l'OMS adopte en 1956 une résolution en faveur de l'éradication du paludisme. En raison de sa diversité bioclimatique et dans le cadre de la mise en œuvre de cette résolution, de 1953 à 1964, le Cameroun est l'un des pays pilotes pour l'expérimentation de cette éradication en Afrique. Dans cette perspective, des campagnes de santé publique sont organisées dans des zones pilotes du Nord sahélien et du Sud tropical du Cameroun par le service d'hygiène mobile et de prophylaxie.

Campagne du Sud Cameroun

Elle a été menée de 1953 à 1964 et elle était basée uniquement sur des pulvérisations intra domiciliaires d'insecticides (dieldrine, HCH et DDT). Les villes de Yaoundé et de Douala qui disposaient chacune d'un service d'hygiène urbaine chargé de lutter contre les vecteurs du paludisme, n'étaient pas intéressées par cette campagne. Dans ces villes-là, les services d'hygiène s'occupaient non seulement des pulvérisations intra domiciliaires, mais aussi de l'épandage d'insecticides sur les eaux stagnantes pour tuer les larves de moustiques.



Figure 7 : Une séance de pulvérisation intra domiciliaire

(Source : www.asnom.org 2001-2007)

Dans la partie centrale de la zone pilote du sud, après trois années consécutives de pulvérisation, la transmission du paludisme touchait à son point terminal et donnait de bonnes raisons d'envisager l'arrêt des pulvérisations et la mise sur pied d'un système de surveillance épidémiologique des cas de paludisme à l'horizon 1960. Les différentes espèces de moustiques avaient disparu. Pourtant, avec les modifications écologiques dues

à la déforestation et au développement des cultures, de vastes espaces ont été *savanisés*, créant des conditions favorables au retour des moustiques.

Devant cette impossibilité d'éradiquer le paludisme, les autorités sanitaires ont pensé que l'administration d'antipaludiques à toute la population pourrait conduire à long terme à l'éradication. Des campagnes de chimioprophylaxie sont alors entreprises dans les écoles. Sur le plan pratique, des comprimés de nivaquine, puis de chloroquine ont été hebdomadairement distribués aux élèves de cette partie du pays à partir de 1964. Elle a conduit à une baisse significative des indices parasitaires chez les jeunes et à une réduction de la morbidité et de la mortalité palustre. Cette pratique a été abandonnée, vers la fin des années 60, suite à la modification des groupes cibles de la chimioprophylaxie antipaludique, au coût élevé des interventions, mais aussi à l'apparition des résistances à la chloroquine.

Campagne du Nord Cameroun

Cette campagne a été réalisée de 1953 à 1957 et elle s'est appuyée sur des aspersions intradomiciliaires d'insecticides (*DDT*, *dieldrine*). A partir de 1957 à la suite de la résistance observée d'*Anophela gambia* à la *diéldrine*, les aspersions ont continué uniquement avec le DDT ; la chimioprophylaxie a été associée à la campagne de lutte antivectorielle dans le but de diminuer le nombre de porteurs d'hématozoaires et d'interrompre la chaîne de transmission. Signalons que cette campagne a fait baisser la densité anophélienne dans les villages traités du Nord- Cameroun ainsi que les indices parasitaires pendant les trois mois qui ont suivi les aspersions. En 1969, en raison du coût élevé des pulvérisations d'insecticides et de la recolonisation des espaces traités par les moustiques après quelques temps, l'OMS a fait le constat officiel de l'échec de la résolution en faveur de l'éradication planétaire du paludisme (Desfontaine et al, 1988).

Aussi fallait-il identifier de nouvelles stratégies de lutte contre le paludisme. Aux pulvérisations et à la chimioprophylaxie de masse ont succédé l'éducation sanitaire, le traitement présomptif des cas de paludisme et la promotion de l'utilisation d'une nouvelle arme réputée efficace, la moustiquaire imprégnée d'insecticide (Desfontaine et al, op.cit).

La chimiorésistance du *plasmodium* aux antipaludiques courants s'est poursuivie pendant cette période. L'OMS situe la moyenne de ce phénomène à 16%, avec des pics de l'ordre de 28 à 30% dans la zone de forêt³¹, et de 6 à 10% dans les zones de savane et dans la zone sahélienne du pays. Ceci signifie que les échecs des traitements des accès palustres avec les antipaludiques courants sont plus fréquents dans le centre et le sud du pays (zone forestière) que dans les autres parties du pays.

Ce phénomène s'est accentué avec la manipulation des médicaments antipaludiques par des mains inexpertes³². L'automédication est aussi très répandue pendant cette période ; toute fièvre est assimilée au paludisme. Les mères d'enfants achètent et donnent des médicaments antipaludiques à leurs enfants sans respecter la posologie ; le sous-dosage est courant, étant donné que les symptômes de la maladie disparaissent avec seulement une partie du traitement (MSP, 1995). Compte tenu du pouvoir d'achat peu élevé de la plupart des victimes de cette maladie, la disparition des symptômes de la maladie est généralement assimilée à la guérison. Ceci est à la base des comportements des malades favorisant la résistance du plasmodium aux médicaments antipaludiques courants.

³¹ Ce taux se situe à 28% à Yaoundé.

³² Existence de circuits informels de vente de médicaments dans le pays.

C - Pharmaco-résistance dans le traitement antipaludique et la vaccination contre le paludisme

A partir de 1985, le phénomène de chloroquinorésistance³³ déjà d'actualité dans les pays de l'Afrique de l'Ouest atteint le Cameroun. Des évaluations de chimiosensibilité du *plasmodium falciparum* à la chloroquine et à l'*amodiaquine* sont effectuées dans le sud du Cameroun. Les taux de résistance de ce parasite aux médicaments antipaludiques courants sont significatifs. Des études ont toutefois recommandé de continuer à utiliser ces produits comme des médicaments de première intention pour traiter les accès palustres simples (P. Gazin et al, 1990). Au demeurant, le phénomène de résistance à la chloroquine ira grandissant, obligeant les individus à recourir à de nouveaux médicaments pour soigner leurs accès palustres ; les conséquences de cette nouvelle donne dans le traitement contre le paludisme sont indiquées dans la déclaration d'Amsterdam en ces termes :

« La complication de la pharmacorésistance complique le traitement du paludisme et impose souvent le recours à de nouveaux médicaments qui risquent d'être plus coûteux ou plus toxiques que la chloroquine » (OMS, 1992 :4).

La lutte contre cette maladie au Cameroun, après la conférence ministérielle sur le paludisme de 1992 a suivi les étapes ci-après :

- Un premier programme national de lutte contre le paludisme au Cameroun a été élaboré en 1995 ;
- une déclaration de politique nationale de lutte contre le paludisme a été élaborée et adoptée en 1997 ;
- à la suite du lancement de l'initiative mondiale *Faire Reculer le Paludisme (FRP)*, un engagement formel du Président de la république pour appuyer la lutte contre le paludisme a été signifié à la Directrice Générale de l'OMS le 28 avril 1999 ;
- le Cameroun a pris part au sommet des Chefs d'Etat et de Gouvernements africains relatif à l'initiative FRP à Abuja le 25 avril 2000 et a signé la *Déclaration d'Abuja pour Faire Reculer le Paludisme en Afrique*. Par ailleurs, le Ministère de la santé publique a été identifié comme la structure gouvernementale responsable de la mise en œuvre de la déclaration d'Abuja ;
- l'initiative FRP a été officiellement lancée le 25 juillet 2000 par le Ministre de la Santé Publique en présence des partenaires internationaux et nationaux ;
- un plan stratégique national de lutte contre le paludisme pour la période 2001-2005 a été élaboré en 2001. Un autre a été adopté en 2007 pour la période 2007-2010.

Côté vaccin, devant l'échec de l'éradication mondiale du paludisme et plus tard la chimiorésistance du *plasmodium* au médicament de traitement courant (chloroquine) et l'incidence toujours importante du paludisme, des initiatives de recherches vaccinales ont vu le jour dans le monde. La plus ancienne, initiée par le groupe dirigé par Ruth et Victor Nussenzweig du Centre médical de l'Université de New York, a démarré en 1967. C'est en 1988 que le colombien, Manuel Elkin Patarroyo de l'*Instituto de Immunologia* de Bogota en Colombie propose au monde le vaccin SPf66 dont les essais cliniques se sont avérés plus encourageants, mais insuffisants pour une utilisation à grande échelle et une protection prolongée. Comme évolution des savoirs dans ce domaine, le journal *Mutations en ligne*, sous la plume de Marion Obam, publie un article le 14 janvier 2009 dont le titre est : *Recherche : Un vaccin contre le paludisme en chantier*. A travers celui-ci, il annonce la découverte du candidat vaccin Rts,s/As contre le paludisme comme résultats partiels des

³³ Résistance du *plasmodium falciparum* à la chloroquine.

recherches commencées en 2001 après la signature d'un accord de partenariat entre Glaxosmithkline (Gsk) et Path Malaria vaccine initiative (Mvi). Si les tests sont concluants, Rts,s/As deviendra un vaccin devant protéger les nourrissons et les jeunes enfants contre le paludisme.

Ce chapitre liminaire de la partie de notre travail consacrée à la construction des discours sur le paludisme nous a permis de passer en revue l'essentiel des savoirs existant actuellement sur cette pathologie. La trajectoire historique choisie nous a donné l'occasion de les présenter suivant la séquence de leurs occurrences, suivant les multiples conjectures qui ont accompagné les recherches et l'organisation de la lutte contre la pathologie dans le monde. L'intérêt en est que ce chapitre nous donne une vue paranomique sur la pathologie. Les différents acteurs impliqués dans la lutte auront la latitude de puiser dans ce creuset pour discourir sur le paludisme suivant les trajectoires qu'ils se donnent. Nous nous pencherons, dans le prochain chapitre, sur les différentes modalités de construction de ces discours.

Chapitre 2 Construction des discours sur le paludisme au Cameroun

Les recherches scientifiques sur le paludisme, les stratégies de lutte contre cette maladie et les rapports y afférents ont permis, au fil des ans, l'accumulation des savoirs et l'émergence progressive du paludisme comme un phénomène concret dans le monde. Les échos de ce phénomène et son apparition dans les échanges humains (oraux et verbaux principalement) sont le fait des discours qu'il permet de générer. Le présent chapitre s'intéresse justement à la construction des discours centrés sur cette pathologie. Les acteurs de la communication sociale intervenant dans la production et la manipulation de ces discours peuvent être variés, eu égard au nombre d'individus intéressés, d'une manière ou d'une autre, par le paludisme dans le monde. Quels sont les mécanismes mobilisés pour la construction des discours sur cette maladie et comment apparaissent-ils dans l'espace social camerounais ? Telle est notre préoccupation fondamentale dans ce chapitre. Nous nous proposons de l'examiner à travers les trois questionnements suivants :

- d'abord peut-on tenter une typologie et une hiérarchisation des discours sur le paludisme dans l'espace social camerounais ?
- ensuite, quel est le corpus de base qui sert à la construction de ces discours ainsi identifiés et classés ? A travers cette question, nous voulons identifier les éléments de base qui permettent de construire les discours sur le paludisme au Cameroun ?
- enfin, quelles sont les stratégies utilisées pour construire les différents types de discours identifiés à la suite de la réponse à la première question ? Pour le faire, nous serons amenés à voir : *Qui tient un discours sur le paludisme au Cameroun ? avec quel statut ? Quels sont les emplacements institutionnels d'où le sujet parlant tient un tel discours, et enfin, comment ces discours sont-ils construits ?*

Aussi voulons-nous organiser le travail dans ce chapitre autour de trois parties calquées sur l'ordonnancement des questionnements précédents : D'abord établir la typologie et la hiérarchisation des discours qui nous intéressent, ensuite déterminer le corpus de base qui sert à leur construction, puis les stratégies de construction de ces discours dans l'espace social camerounais.

I - Typologie et hiérarchisation des discours sur le paludisme au Cameroun

Le chapitre précédent a révélé un foisonnement de savoirs sur le paludisme, ce qui augure, à priori de la possibilité pour ce sujet d'alimenter une pléthore de discours. A l'examen des savoirs, il est loisible de conclure que le paludisme est une réalité ontologique incréée, palpable et objectivement décelable. Il s'agit d'une maladie courante, dont le processus de la contamination et la symptomatologie sont bien élucidés aujourd'hui tout autant que sont connus les moyens de sa prévention et de sa prise en charge médicamenteuse.

Ainsi présenté, le paludisme n'est pas, en tout point, comparable à une maladie comme le syndrome de l'immunodéficience acquise (SIDA), d'apparition récente, sur lesquels les savoirs sont encore en pleine construction. De prime abord, le SIDA, en tant que maladie, traîne un mystère dans sa désignation imprécise et trop proche de la description de ses manifestations symptomatiques. Qu'est-ce qui cause l'effondrement du système immunitaire chez les patients de cette maladie ? Ici, plusieurs thèses s'affrontent : L'une d'elles l'attribue à la présence dans le corps du patient d'un virus (le VIH) qui s'attaque à ce système, une autre y voit l'action d'un poison qui détruit lentement le corps du patient, un sort, une malédiction, etc. En adoptant la posture scientifique qui valide la thèse de la contamination virale, force est de constater qu'en dépit de nombreuses recherches scientifiques sur le virus qui cause la maladie, il n'existe pas, à ce jour, de médicaments capables de stopper définitivement son action dans le corps de l'homme.

L'unanimité sur la réalité ontologique de cette pathologie n'étant pas encore faite, le SIDA est à la base de nombreux discours qu'entretiennent certains acteurs de la communication sociale au Cameroun sur cette maladie. Messanga Obama, (2009) a fait l'analyse de ces discours et est arrivé au constat que cette communication sur le SIDA fait intervenir un discours dominant avec des acteurs partageant les mêmes savoirs et pratiques scientifiques et un discours dominé que tiennent certains autres acteurs de cette communication sociale s'appuyant sur une autre forme de rationalité.

Ce développement succinct tendant à examiner comparativement les modalités discursives sur ces deux maladies nous permet de conclure que le SIDA est susceptible de susciter beaucoup de conjectures, y compris celles remettant en cause l'authentification du fléau comme une maladie scientifiquement validée. A contrario, le paludisme n'entretient pas de polémique scientifique sur les causes de sa survenue. Aussi, le discours dominant sur le paludisme est-il enclin à être en parfaite adéquation avec les savoirs scientifiques constitués sur cette pathologie. Ainsi, on parle du paludisme d'abord en termes de santé ; le discours dominant est celui de santé publique. Ce discours coexiste avec d'autres types de discours dans la communication sociale sur cette maladie au Cameroun. La discrimination et la hiérarchisation des discours sur le paludisme au Cameroun nous semblent se présenter de la manière suivante :

- discours de santé publique ;
- discours économique ;
- discours politique ;
- autres types.

Examinons les spécificités de chacun de ces discours.

A - Discours de santé publique sur le paludisme au Cameroun

Ce discours est dit de santé publique parce qu'il regroupe l'ensemble des phrases, textes et énoncés sur cette maladie conformément aux principes de santé publique. Le but visé par ces discours est de fournir des outils sous forme d'information correcte sur la maladie et de conseils pour amener les individus et les communautés à bien identifier le paludisme et à savoir comment se prémunir pour éviter de le contracter, d'en souffrir et/ou d'en mourir s'ils attrapent la maladie.

Il est important de noter que pour une bonne prévention du paludisme au niveau du Cameroun, il faut un environnement favorable, c'est-à-dire une organisation du système de santé qui facilite la réponse aux exigences liées aux trois types de prévention (primaire, secondaire et tertiaire) indispensables à une lutte conséquente contre cette endémie. Cela suppose aussi que cette organisation du système de santé est bien comprise des populations qui en sont des *clients* et que bon usage en est faite par celles-ci. Prévenir le paludisme suppose aussi que l'éducation sanitaire des populations sur cette pathologie est convenablement assurée. Le cas échéant, les victimes potentielles de la maladie sauront exactement ce qu'il faut faire pour éviter de contracter la maladie, reconnaître précocement les signes d'alerte devant les amener à s'inquiéter et à rechercher les soins appropriés, dans les lieux indiqués, pour éviter les complications des accès simples de la maladie qui peuvent entraîner la mort.

Le discours de santé publique sur le paludisme au Cameroun prend en compte chacun des détails précédents. Il s'appuie sur des éléments qui fondent le sujet dans la rationalité scientifique, sur la politique sectorielle de réorientation des soins de santé primaires adoptée par le pays en 1992, sur le programme national de lutte contre le paludisme créé en 1995 et sur les plans stratégiques nationaux de lutte contre le paludisme³⁴. Pour autant, il n'est pas consigné *in extenso* dans un document donné, mais il apparaît dans les déclarations des acteurs de lutte contre cette maladie ou les acteurs de la communication sociale sur le paludisme au Cameroun. L'essentiel des énoncés qui le constituent sont indiqués dans les documents normatifs qui reprennent les éléments de politique sus-évoqués sur l'endémie. Les autres éléments de ce discours de santé publique sont tirés de l'organisation du système de santé du Cameroun et de ce que celle-ci prévoit pour la lutte contre les maladies transmissibles. Les énoncés de ce discours comprennent les éléments suivants pour les 3 types de prévention :

A Prévention primaire

La politique nationale de lutte contre le paludisme au Cameroun en vigueur en ce moment a retenu deux approches stratégiques pour la prévention du paludisme : la lutte antivectorielle et le traitement préventif intermittent³⁵ chez la femme enceinte.

S'agissant de la lutte antivectorielle, elle est dirigée contre le vecteur du microbe causant le paludisme, c'est-à-dire le moustique. Elle est essentiellement basée sur les aspersions intra-domiciliaires et l'utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticides. Il faut cependant noter que depuis l'arrêt des campagnes de pulvérisation d'insecticides dans les domiciles, dans les haies et frondaisons sur la voie publique pour la lutte contre le paludisme dans les années 1960, les aspersions intra-domiciliaires n'ont repris au Cameroun, et à titre expérimental, qu'en 2008. L'insecticide utilisé était alors le DDT, à nouveau recommandé à faible concentration par l'OMS pour éviter la pollution de l'environnement. Les campagnes de masse pour cette forme de lutte antivectorielle ne

³⁴ Deux plans stratégiques nationaux de lutte contre le paludisme ont été élaborés depuis le début du présent millénaire (pour les périodes 2001-2006 et 2007-2010).

³⁵ Il s'agit de la prise d'un antipaludique à titre prophylactique (la sulfadoxine pyriméthanine) par la femme enceinte.

sont pas encore organisées dans le pays. Le ministère de la santé publique encourage les populations à compléter localement les deux approches stratégiques de prévention du paludisme ci-dessus par des interventions supplémentaires que sont la lutte anti-larvaire et l'assainissement de l'environnement, surtout dans les zones des grands travaux et les zones d'irrigation.

L'utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticides est la méthode la plus recommandée par les pouvoirs publics au Cameroun, depuis quelques années, pour la prévention du paludisme. Aussi, le ministère de santé publique organise-t-il fréquemment des campagnes de distribution gratuite de ce dispositif de lutte. Plusieurs organisations de la société civile et du secteur privé suivent cet exemple. Parallèlement, le ministère renforce les centres de ré-imprégnation de moustiquaires existant déjà dans les ménages. Il s'efforce aussi, depuis quelques temps, à mettre à la disposition des populations des moustiquaires à *imprégnation longue durée* et renforce la sensibilisation des communautés à l'utilisation de ce dispositif de protection contre les piqûres de moustiques.

S'agissant du traitement préventif intermittent, il est destiné à la femme enceinte chez qui le paludisme est une maladie dangereuse. Ce traitement prophylactique doit lui être administré lors des consultations prénatales à partir du troisième mois de grossesse. Il est basé sur une bithérapie³⁶, au lieu d'une monothérapie³⁷, en raison de la résistance croissante du plasmodium à l'antipaludéen courant (chloroquine) et moins cher.

B Prévention secondaire et prévention tertiaire

Ces deux types de prévention appellent l'utilisation de médicaments. Des antipaludéens efficaces sont recommandés par le PNLP, en cas d'accès palustres, tant à domicile, pour les cas de paludisme simple, que dans une formation sanitaire, pour les cas de paludisme grave. L'approche stratégique de prise en charge du paludisme à domicile est en cours d'expérimentation. Des relais communautaires ont été formés, à ce propos, pour une meilleure sensibilisation des populations.

Le discours de santé publique sur le paludisme est loin d'être immuable. Il est très sensible aux changements d'orientation des stratégies mondiales de lutte contre la maladie. Sur le plan stratégique, ce discours traduit les options politiques gouvernementales et les stratégies nationales en vigueur pour la lutte contre la maladie. Sur le plan opérationnel, ce discours est décliné en stratégies et messages de communication pour guider les communautés, les familles et les individus dans la lutte. Cette présentation montre toute l'importance du discours de santé publique sur la prévention du paludisme. Il a souvent, de ce fait, tendance à faire ombrage aux autres types de discours qui sont pourtant tout autant utile à la prévention de cette pathologie au Cameroun.

B - Discours économique sur le paludisme au Cameroun

Il apparaît être le second en importance dans la discrimination des discours sur le paludisme au Cameroun. Nous en parlons en termes de discours économique pour mettre en prime les buts (cachés ou clairement exprimés) visés par les acteurs de ces discours, au delà de la présentation de l'incidence économique de la maladie et de la prévention de sa survenue chez les Camerounais. En effet, des aspects économiques sont visibles dans les énoncés de ce discours ayant notamment trait aux :

³⁶ L'antipaludéen utilisé ici résulte de la combinaison de deux molécules : la sulfadoxine et la pyriméthamine.

³⁷ La chloroquine.

- dispositifs de protection contre les piqûres des moustiques vendus dans le commerce : produits fumigènes, diffuseurs électriques dans les pièces d'habitation ; moustiquaires imprégnées d'insecticides ou non, grillages aux fenêtres, etc. ;
- médicaments utilisés à titre prophylactique et ceux utilisés pour le traitement des accès palustres simples tant à domicile que dans les formations sanitaires.

Ce discours est généralement de type promotionnel et il emprunte souvent au langage du commerce et du marketing avec une orientation claire vers le renforcement des ventes et la réalisation des profits. Cela est plus marqué pour les dispositifs de protection contre les piqûres des moustiques dont les ventes sont accompagnées souvent de spots ou d'insertions publicitaires dans les médias. S'agissant par exemple des moustiquaires, certains acteurs diffusent des publicités sur des types de moustiquaires bien déterminées. C'est le cas de *Super moustiquaire*, vendue par l'organisation non gouvernementale ACMS avec une tablette de ré-imprégnation nommée *BLOC*.

Les médicaments se prêtent peu aux mêmes traitements discursifs que les dispositifs de barrière contre les piqûres de moustiques. Leurs ventes ne sont pas accompagnées de publicité car la publicité sur les médicaments est, en principe, interdite au Cameroun. Néanmoins, en 2005, à la suite de la résistance avérée du plasmodium aux antipaludéens courants administrés en monothérapie, le Ministère de la santé publique a adopté la bithérapie, à base d'ACT, dans le traitement du paludisme au Cameroun à partir de 2006. De nouveaux antipaludéens sont apparus dans les officines publiques et privées où ils sont le plus souvent vendus aux patients sans ordonnance médicale.

Il est indéniable que ce discours s'appuie sur un argumentaire solide de santé publique qui fonde son existence. Il est important pour la prévention du paludisme chez l'homme, mais, il sert aussi par moments, un dessein économique pas toujours visible. Les prix pratiqués dans les officines privées pour les nouveaux antipaludéens³⁸ dans un environnement où le pouvoir d'achat est généralement bas, sont révélateurs de cette propension affairiste qu'on ne peut facilement défaire de certains énoncés du discours sur la prévention du paludisme par les médicaments au Cameroun. L'existence d'un marché parallèle de vente illicite de médicaments (y compris des antipaludéens) en pleine expansion dans le pays vient corroborer cette assertion. Qu'en est-il du discours politique ?

C - Discours politique sur le paludisme au Cameroun

Comme nous l'avons déjà signalée plus haut, la caractéristique majeure du paludisme est que cette maladie ne sévit de nos jours que dans les pays pauvres. Des stratégies efficaces de lutte contre cette endémie ont été correctement mise en œuvre dans les pays où la maladie a été éradiquée ; elles sont, au demeurant, coûteuses et ne peuvent être répliquées dans les pays hébergeant encore la maladie que si ceux-ci reçoivent une assistance des bailleurs de fonds ou des pays riches. Le discours politique sur le paludisme sert prioritairement cette cause et sert aussi à la mobilisation des populations pour lutter contre le fléau paludique.

Ce type de discours est généralement produit par de hauts commis de l'administration, dans des grands fora et rencontres internationales, scientifiques ou non. Ce sont des sortes d'outils de plaidoyer pour attirer l'attention de la communauté internationale et susciter la mobilisation des ressources financières nécessaires à la mise en œuvre des stratégies de lutte avérées. Ce discours met en prime le devoir de solidarité mondiale afin d'aider les pays pauvres à se débarrasser de ce fléau qui plombe leurs développements. Les énoncés

³⁸ Autour de 4 000 francs CFA, soit un peu plus de 6 euros pour le traitement d'un accès palustre simple.

choisis pour un tel discours ne s'appesantissent guère plus sur les actions à mener aux niveaux opérationnels, mais montrent la volonté des pays de mettre en route des politiques conséquentes, ainsi que leurs limites financières pour assurer une lutte bien coordonnée au niveau des communautés et des individus ;

Tels se présentent donc les différents discours sur le paludisme au Cameroun. Cependant, présentés comme nous l'avons fait semble biaiser la réalité inhérente à ces échanges discursifs qui ne s'applique pas exclusivement à la médecine conventionnelle moderne. Il nous semble juste d'adjoindre aux éléments des différents types de discours présentés, ceux relevant de la médecine traditionnelle. Ils n'apparaissent pas au niveau stratégique car la réflexion pour la complémentarité des deux formes de médecine dans le système de santé du Cameroun est encore en cours. Au demeurant, ces éléments sont présents au niveau opérationnel. Ils appartiennent en général au discours de santé publique car ils ont beaucoup plus trait soit à l'évitement de la survenue des fièvres, soit au traitement des accès fébriles qui sont les symptômes majeurs du paludisme auxquelles les adeptes de cette forme de médecine s'attaquent le plus souvent.

Certains de ces éléments, un peu comme dans le discours sur le SIDA, semblent se démarquer de la rationalité scientifique qui indexe le moustique et le plasmodium dans la transmission du paludisme. Mais, ces éléments mettent simplement en exergue certaines considérations culturelles liées à cette maladie. Ces éléments de la médecine traditionnelle apparaissent aussi de plus en plus dans le discours économique, notamment avec l'invasion du marché local par des produits asiatiques pour la prévention de cette endémie. Ces produits sont généralement vendus avec force publicité, dans plusieurs médias locaux, y compris ceux interpersonnels.³⁹

D - Autres types

Lorsque certains acteurs sociaux au Cameroun parlent du paludisme, il n'est pas possible de ranger leurs discours dans les types précédents. Les représentations mises en situation dans ces discours mettent en situation l'appréhension de la maladie dans des contextes précis. A titre d'illustration, dans une chanson populaire au Cameroun dont le titre est *Sentiment moko*, s'inscrivant dans le style dansant *Coupé-décalé*, le chanteur⁴⁰ dit : « ça donne le palu... ». Il emprunte, dans cet énoncé, aux manifestations fébriles des accès palustres pour anticiper une situation où sa chanson susciterait chez ses fans des émotions qui les feraient trembler (cette fois-ci de plaisir et non de douleur) comme s'ils souffraient du paludisme. Il est par conséquent indiqué d'individualiser un type non spécifique que nous nommons *autres discours*. Ce rajout dans la classification nous permet de regrouper tous les discours sur le paludisme ne rentrant dans aucune des catégories précédentes.

Le discours économique, le discours politique et les sur le paludisme interfèrent certainement avec le discours majeur de santé publique dont la vocation directe est de produire rapidement des résultats sur le plan épidémiologique en termes de recul et de disparition progressive des accès palustres. Ce faisant, il y a inéluctablement une incidence directe sur la prévention globale de la maladie. Dans le but de mieux cerner les différents types de discours, nous allons à présent nous intéresser aux éléments basiques de leur construction.

³⁹ Ces produits sont souvent présentés et vantés au public par des vendeurs ambulants

⁴⁰ Le nom d'artiste du chanteur est Kopé Joël, plus connu sous le pseudonyme de DJ Kaloudji. Le Coupé-décalé est un rythme d'origine ivoirienne.

II - Eléments de base dans la construction des discours sur le paludisme au Cameroun

Les discours courants sur le paludisme utilisés dans l'espace social camerounais sont construits à partir d'un certain nombre d'énoncés de base qui évoluent en fonction des savoirs sur la maladie, des stratégies de lutte adoptées au niveau mondial, ainsi que des orientations données à la lutte contre le paludisme au niveau du Cameroun et des éléments permettant la vulgarisation de la maladie auprès du public.

A - Discours sur le paludisme au début du présent millénaire

Les recherches scientifiques sur le paludisme sont menées depuis de nombreuses années et reprécisent constamment les savoirs existant sur la maladie. Grâce à ces recherches, la transmission du paludisme, le diagnostic, le comportement du vecteur et les médicaments pour la traiter sont aujourd'hui bien connus. A. Riffet (2002) a donné un aperçu de ces recherches réalisées dans le pays de 1959 à 2001. En général, les savoirs issus des recherches sont examinés et validés par des commissions techniques, notamment au niveau de l'OMS au cours des rencontres d'experts qu'elle organise régulièrement. Des stratégies de lutte sont ainsi examinées, adoptées et recommandées aux pays membres de l'organisation pour leur mise en œuvre dans les programmes nationaux. La réunion ministérielle sur le paludisme d'Amsterdam de 1992 et le sommet des chefs d'Etats africains sur l'initiative *Faire Reculer le Paludisme* d'Abuja de l'an 2000 que nous avons évoquées plus haut en sont des prototypes. Ces rencontres auxquelles le Cameroun a pris part produisent des éléments qui alimentent les échanges discursifs autour du phénomène paludique dans les pays.

Aussi, certains éléments vont-ils apparaître comme socle de la construction des discours sur le paludisme. Ces éléments sont le fruit des investigations scientifiques (biologiques, biochimiques, médicales, etc.) sur cette pathologie ou des reprises des savoirs identifiés dans le premier chapitre afin de les vulgariser auprès du public cible. En fait, un document recensant exhaustivement de tels éléments n'existe pas.

En revanche, l'opuscule *Savoir pour sauver*⁴¹ qui a la prétention de rassembler « l'essentiel de ce que les familles et les communautés doivent savoir sur les problèmes courants de santé » pour en prévenir les désagréments à ceux de leurs membres qui sont ciblés peut nous servir de document de référence pour identifier ces éléments clé pour la construction des discours sur le paludisme. La première édition de cette publication est parue en 1989, la seconde en 1993, la troisième en 2001 et on en est aujourd'hui à la quatrième édition parue en 2010. Jusqu'à l'aube du présent millénaire, ces éléments fondateurs des discours se présentaient comme indiqué dans le tableau suivant :

⁴¹ Publié par l'UNICEF, en collaboration avec l'OMS, l'UNESCO, l'UNFPA, le PNUD, ONUSIDA, le PAM et la Banque Mondiale.

1. *Le paludisme est transmis par les piqûres des moustiques. Le meilleur moyen de prévenir les piqûres de moustiques est de dormir sous une moustiquaire traitée avec un insecticide recommandée.*
2. *Partout où le paludisme sévit, les enfants sont en danger. Il est donc important qu'un agent de santé qualifiée examine immédiatement tout enfant qui a la fièvre. Ce dernier doit suivre dès que possible un traitement antipaludique approprié.*
3. *Le paludisme est très dangereux pour la femme enceinte. Partout où il est présent, il importe que la femme enceinte le prévienne avec des comprimés antipaludiques prescrits par un agent de santé.*
4. *Tout enfant souffrant du paludisme ou en convalescence a besoin de beaucoup boire et manger.*
5. *Les familles et les communautés peuvent prévenir le paludisme en prenant des mesures pour éviter la reproduction des moustiques.*

Tableau 2 : Eléments fondateurs des discours sur le paludisme

(Source : Tableau préparé par nos soins à partir des renseignements contenus dans « Savoir pour sauver, 2001 »)

Dans le cas des discours de santé publique, ces éléments servent à élaborer des messages d'information et de sensibilisation à l'attention du public cible. Les autres discours s'adossent sur ces éléments qui fondent leur légitimité auprès du public.

Le choix des énoncés publiés dans cet opuscule comme éléments fondateurs des discours sur le paludisme est sans doute réducteur de la diversité des thèmes à aborder sur le paludisme. Au demeurant, nous avons choisi de les retenir comme tels car, *Savoir pour*

⁴² *sauver* est publié au moins en 15 millions d'exemplaires et est largement vulgarisé dans le monde⁴³. Il s'agit d'un document qui constitue une grande source d'inspiration pour la presque totalité des parties prenantes aux différentes problématiques de santé qu'il aborde et pour lesquelles il donne des conseils à suivre pour les résoudre. Autre précision : les auteurs de ce document n'en présentent pas le contenu comme les seuls conseils à suivre pour lutter contre les problèmes de développement objets de la publication. Ceci suggère par conséquent que des rajouts peuvent y être apportés en fonction des cibles à aborder.

Ainsi présentés, les éléments fondateurs des discours sur le paludisme contenus dans ce document, à l'examen, suggèrent quelques commentaires et quelques critiques : d'abord, ils s'appuient sur des informations épidémiologiques sur la maladie. Lorsqu'ils sont accompagnés des statistiques sur le paludisme, ils sont assez pertinents pour montrer que le paludisme est une maladie grave dont on peut toutefois se prémunir. Ensuite, ils précisent clairement que les enfants et les femmes enceintes sont les cibles les plus à risque de la maladie. Enfin, ils indiquent que la prévention du paludisme peut se faire par l'empêchement de la prolifération des moustiques dans l'environnement et par la protection contre leurs piqûres.

⁴² La première édition était publiée en 1989 par l'UNICEF, l'OMS et l'UNESCO ; la seconde, en 1993 par les 3 premiers et l'UNFPA

⁴³ Il est publié en Anglais et en Français, mais les éditeurs encouragent sa reproduction, y compris en d'autres langues, avec simplement comme conditionnalité de mentionner la source de l'information.

B - Evolution des éléments de base des discours sur le paludisme ces dernières années

Avec l'évolution de la lutte contre le paludisme au cours de la décennie 2000-2010, les éléments fondateurs des discours sur le paludisme ont subi une légère modification que relève la 4^e édition de *Savoir pour sauver* parue en 2010. Rappelons que chaque parution intègre, en principe, les connaissances et évidences les plus récentes sur le paludisme par rapport à l'année de parution de l'édition. Cette édition retient quatre informations clef (au lieu de cinq dans la troisième édition) à l'intention des familles et des communautés pour lutter efficacement contre le paludisme :

- Le premier élément est le même que celui que nous avons présenté dans le tableau 2 ci-dessus ;
- A l'information contenue dans le second élément de la troisième édition, il est mentionné le rajout suivant : *La thérapie à base de combinaisons d'artémisinine (ACT) est recommandée par l'OMS pour le traitement du paludisme à plasmodium falciparum. C'est le type de paludisme le plus sévère et responsable de presque tous les décès dus au paludisme ;*
- Le troisième élément qui mettait un accent sur la prévention thérapeutique dans l'édition précédente est complété par l'indication que la femme enceinte doit dormir sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide ;
- Le quatrième élément reste inchangé, et ;
- le cinquième élément est absent.

Le commentaire qui se dégage de cette reconsidération des éléments fondamentaux liés au paludisme est qu'elle réoriente les discours sur cette pathologie en donnant des précisions sur la bonne prise en charge médicamenteuse du paludisme à *plasmodium falciparum*. Elle pêche, toutefois, sur un double plan :

Les éléments fondateurs des discours ainsi présentés n'insistent pas sur la nécessité pour les enfants d'utiliser la moustiquaire imprégnée d'insecticides pour se protéger des piqûres des moustiques ;

Ces éléments mettent peu d'emphasis sur l'assainissement de l'environnement comme mesure idoine de lutte contre la prolifération des moustiques responsables du paludisme. Il s'agit là, à notre sens, d'un paradoxe car dans la version précédente de ce document de référence, cette dimension de la lutte était déjà bien prise en compte. L'insalubrité de l'environnement est pourtant une sorte de tendon d'Achille dans cette lutte car, la diminution de la prolifération des moustiques devrait favoriser la diminution des piqûres des moustiques, et partant, celle de la récurrence des cas de paludisme dans le monde.

Notons que la nécessité de revoir les éléments fondateurs des discours sur le paludisme était du reste apparue aux lendemains du sommet d'Abuja dont les résolutions étaient alignées sur les objectifs du millénaire pour le développement. Les chefs d'Etats et de gouvernement s'y étaient, en effet, engagés à tout mettre en œuvre, dans leurs pays respectifs, afin que d'ici 2005 :

- « Au moins 60% de ceux qui souffrent du paludisme aient un accès rapide au traitement, et soient capables d'utiliser correctement un traitement abordable et efficace, et cela dans les 24 heures suivant l'apparition des symptômes ;
- au moins 60% de ceux qui sont exposés au paludisme - particulièrement les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes - bénéficient de la meilleure combinaison possible des mesures préventives individuelles et communautaires

comme les moustiquaires imprégnées d'insecticides ou autres interventions existantes et accessibles pour prévenir l'infection et la souffrance, et ;

- au moins 60% de toutes les femmes enceintes qui sont exposées au paludisme, spécialement celles qui en sont à leur première grossesse, puissent avoir accès à la chimioprophylaxie ou au traitement présomptif intermittent. » (OMS, 2000).

Ce changement au niveau des éléments fondamentaux des discours et d'autres données conjoncturelles de la lutte contre cette maladie ont, entre temps, entraîné une évolution dans les discours de santé publique sur le paludisme dans certains pays. Au Cameroun par exemple, depuis l'année 2005, le programme national de lutte contre le paludisme a revu les ingrédients basiques des discours sur le paludisme pour y ajouter les éléments contenus dans le tableau ci-dessous.

1. *Le moustique vecteur du paludisme se développe dans les eaux stagnantes. Il attaque ses victimes de nuit dans leur sommeil.*
2. *Le meilleur moyen de combattre le paludisme est de le prévenir par l'utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticides (MII) associée aux actions suivantes :*
 - *L'administration du traitement préventif intermittent (TPI) chez les femmes enceintes ;*
 - *L'élimination des eaux stagnantes ;*
 - *La destruction des gîtes larvaires ;*
 - *L'installation des grilles sur toutes les fenêtres et autres ouvertures de maisons*

Tableau 3 : Exemple de compléments des éléments fondateurs des discours sur le paludisme

(Source : Programme national de lutte contre le paludisme au Cameroun, 2005).

Ce complément d'éléments fondateurs des discours sur le paludisme met un accent sur l'hygiène du milieu qui est très importante dans la lutte contre cette pathologie. Ainsi présentés, ces éléments fondateurs émanant du PNLP recèlent quelques imprécisions. Par exemple, le premier élément contenu dans le tableau 3 traite de la transmission du paludisme et signale que celle-ci se passe pendant le sommeil de la victime potentielle. Tout laisse croire, et cela n'est pas exact, qu'il y aurait une telle relation intime entre le sommeil et la transmission de la maladie que l'absence de sommeil peut empêcher la contraction de la maladie. De même aussi, l'élément 2 ne donne pas une explication claire de la chimioprophylaxie par l'administration du Traitement Préventif Intermittent chez la femme enceinte et donne peu de précision sur les grilles à mettre sur toutes les fenêtres et les ouvertures de maisons dans la lutte contre le paludisme. Mais, il s'agit certainement des lacunes qui, sur le plan discursif, ouvre la voie à des conjectures trahissant souvent le niveau de spécialisation des acteurs impliqués dans les différents discours gravitant autour du phénomène paludique.

Nonobstant ces lacunes, les éléments du tableau 3 ci-dessus complètent utilement ceux publiés dans les différentes éditions de *Savoir pour sauver* sur la lutte contre le paludisme. Ils mettent un accent sur la dimension environnementale de la transmission de la maladie et les dispositions thérapeutiques (pour les femmes enceintes) pour minimiser ou annuler les facteurs de transmission de la maladie. A titre d'illustration :

- ces éléments donnent des indications sur les lieux de développement du moustique vecteur du paludisme (dans les eaux stagnantes) et sur le moment de transmission

de la maladie (la nuit). Ces détails n'existaient pas dans les éditions de *Savoir pour sauver* publiées à ce jour ;

- ils donnent des précisions sur la meilleure prévention du paludisme qui fait appel à une synergie d'actions (utilisation concomitante de la moustiquaire imprégnée et de mesures de prévention thérapeutique) ;
- enfin, contrairement aux éléments fondateurs du tableau 2, la protection thérapeutique chez la femme enceinte n'est pas assurée par n'importe quel antipaludéen, mais par la *sulfadoxine-pyriméthamine*. Notons que les éditions de *savoir pour sauver* publiées dans la décennie 90 recommandaient la chloroquine comme antipaludéen à prendre par la femme enceinte pendant toute la durée de sa grossesse.

Une autre traduction de l'évolution des éléments fondateurs des discours sur le paludisme au Cameroun nous est donnée par la présentation au public d'un guide pratique de lutte contre cette pathologie, le 26 avril 2010, par le Ministre de la santé publique. Ce document a pour titre : *Guide pratique de lutte contre le paludisme*. Il s'agit d'un petit ouvrage, tout premier document prospectif camerounais, traitant du paludisme dans tous les domaines. Il est commis par le professeur d'immunologie et parasitologie Rose Leke, le professeur associé à la santé publique et biotechnologie Wilfred Mbacham et le médecin-pédiatre Esther Tallah, à l'initiative de *Cameroon Coalition against malaria* (CCAM), un regroupement d'au moins 70 organisations de lutte contre ces endémies, constitué depuis 2006. Commentant les déclarations du ministre à cette occasion, les journalistes de la CRTV⁴⁴, ont mis un accent sur la recommandation de celui-ci que chaque famille mette le document en bonne place dans sa bibliothèque et le consulte régulièrement pour apprendre à prémunir ses membres contre cette terrible maladie.

Le guide⁴⁵ regroupe l'essentiel des énoncés conformes aux éléments fondateurs jusque-là connus et à jour par rapport aux savoirs actuels pour une prévention correcte de la maladie. CCAM répond, dans cet ouvrage, aux besoins clés d'information et de connaissances concernant le paludisme et permettant de lutter contre la maladie. Ce guide présente, au fil des chapitres : les agents de la maladie, son vecteur, sa prévention et son traitement. Il donne en outre des indications aux lecteurs pour adopter des comportements favorables dans la lutte contre la maladie.

De manière générale, les éléments fondateurs des discours constituent le substratum de tous les discours dans ce domaine. Ils sont utilisés par les acteurs de la communication sociale au Cameroun, pour exprimer une idée, commander (ou recommander) une action, pour apporter des éléments d'information ou de formation au public sur la pathologie, adopter, le cas échéant, des postures données dans l'espace public pour soutenir des discussions sur la maladie. Selon leurs qualifications et leurs spécialisations, les acteurs mis en situation seront plus ou moins crédibles auprès du public et pourront influencer les conduites et les pratiques individuelles et collectives vis-à-vis du fléau.

Les discours ainsi générés vont se compléter, s'opposer ou se contredire par moments selon les constructions dans lesquelles ils interviennent et les buts, latents ou clairement exprimés, visés par leurs producteurs, toute chose qui peut avoir une incidence sur la prévention de la maladie. Cherchons à présent à comprendre les stratégies de construction des différents discours.

⁴⁴ Dans ses bulletins de journaux parlés radiophoniques de 13 heures, 17 heures et 20 heures.

⁴⁵ A la différence de *Savoir pour sauver*, ce document est vendu au prix de 13,5 Euros et localement à 10 000 francs CFA.

III - Construction des discours sur le paludisme au Cameroun

Pour tenter de comprendre comment se construisent les discours sur le paludisme au Cameroun, nous allons identifier d'abord les producteurs de ces discours (personnes physiques ou morales), ensuite, les lieux de leur production, et enfin les stratégies utilisées pour cette construction.

A - Qui discourt sur le paludisme au Cameroun ?

L'importance du fléau paludisme a fini par inscrire cette pathologie au cœur de moult échanges discursifs entre les acteurs sociaux tant au niveau stratégique de la conception des politiques de lutte contre les maladies qu'au niveau opérationnel de mise en pratique de ces politiques. Nous allons d'abord indiquer les structures physiques de production des discours sur la maladie, puis les personnes physiques qui en font usage dans ces structures. A chaque fois, il sera question de considérer les institutions publiques d'abord et les institutions privées ensuite.

1. Institutions publiques

Nous désignons sous ce vocable, les structures qui permettent aux pouvoirs publics et à l'Etat de jouer son rôle régalien dans la protection de la santé des populations. Pour la lutte contre le paludisme, ces structures peuvent être nationales ou internationales.

a Institutions publiques nationales

Le ministère en charge de la santé publique est la structure ministérielle nationale assurant la tutelle technique et administrative de la lutte contre le paludisme au Cameroun. Elle comporte, en son sein, des unités opérationnelles responsables de cette lutte au quotidien. Des restructurations successives de ce ministère ont entraîné des changements desdites unités, du point de vue de la taille et de l'accroissement des responsabilités. D'un simple bureau - *Bureau de lutte contre le paludisme, et de la lutte antivectorielle, de la trypanosomiase et de l'onchocercose* - qu'était cette structure en 1995, elle est devenue un groupe technique - *Groupe technique national de lutte contre le paludisme* - trois ans plus tard, puis un programme national - PNLN - trois autres années après. Depuis 2002, le PNLN est un des *programmes prioritaires* du ministère dont l'objectif commun est de réduire la mortalité et la morbidité palustres au sein de la population camerounaise. La gestion du PNLN est assurée par trois structures techniques : un comité national Roll Back Malaria⁴⁶ (CRBM), un groupe technique central (GTC) et un comité scientifique.

Le CRBM est présidé par le Ministre de la santé publique. La vice-présidence est assurée par une personnalité du monde médical nommée par le Ministre. Les membres du CRBM sont au nombre de 29, dont certains venant des autres secteurs de l'administration, y compris de la présidence de la république et des services du Premier Ministre, du secteur privé et de la société civile. Deux représentants des bailleurs de fonds en sont aussi membres. Ce comité ainsi constitué comporte en son sein des compétences variées et révèle la dimension multisectorielle de la lutte contre le paludisme. Au demeurant, le comité reste toujours une structure du ministère de la santé publique qui en assure la tutelle administrative et technique. Ceci aura nécessairement une incidence sur les discours sur le paludisme dans le pays, avec une dominance plus poussée sur le discours de santé publique.

⁴⁶ Faire Reculer le Paludisme.

Le Groupe Technique Central (GTC) est l'organe exécutif du CRBM. Il est dirigée par un Secrétaire Permanent, membre du CRBM et il comprend les six sections ci-après : *Prise en charge des cas de paludisme ; Prévention du paludisme ; IEC/Mobilisation sociale et partenariat pour la lutte contre le paludisme ; Formation et Recherche sur la maladie ; Administration et recherche ; Administration et Finances, et Section surveillance, suivi et évaluation des interventions du PNLP*. Le GTC assure, à ce titre, la coordination et la gestion du PNLP sur l'ensemble du territoire national.

Le PNLP a des unités décentralisées dans les 10 régions du pays. Elles sont placées sous la supervision des délégués régionaux de la santé publique qui ont pour mission d'organiser, de coordonner, de suivre et d'évaluer la mise en œuvre de la lutte contre le paludisme au niveau régional. Les structures présentées jusque-là participent à la construction des discours sur le paludisme au niveau stratégique en fournissant de la matière pour l'élaboration de la politique nationale et l'identification des orientations stratégiques dans la lutte contre le paludisme au Cameroun.

Il existe aussi des unités opérationnelles au niveau de la plus petite unité fonctionnelle du système de santé qu'est le district de santé. Elles sont chargées de l'organisation, de la coordination, du suivi et de l'évaluation de la lutte contre cette maladie au niveau du district de santé. Il s'agit des structures en contact direct avec les communautés, les familles et les individus exposés quotidiennement à la maladie. Les éléments de discours qu'elles contribuent à produire et qu'elles utilisent à ce niveau sont des éléments opérationnels et sont en rapport direct avec des actions de lutte contre la maladie : destruction des gîtes larvaires des moustiques, lutte contre les moustiques, prise en charge des cas de maladie, sensibilisation des individus et des familles pour l'achat, l'utilisation correcte de la moustiquaire imprégnée d'insecticides, sensibilisation sur la bonne utilisation des médicaments courants et efficaces contre les accès palustres, etc.

Les discours ainsi produits sont déclinées sur des supports sous forme d'éléments normatifs (textes administratifs, juridiques et rapports divers) organisant la lutte contre la pathologie sur l'ensemble du territoire national ou en rendant compte. A titre d'illustration, les éléments de ces discours sont des documents de politique de lutte contre le paludisme, des décrets et arrêtés divers organisant le système de santé pour une meilleure surveillance épidémiologique de la maladie, des arrêtés et décisions prescrivant tel ou tel protocole thérapeutique pour la bonne prise en charge des accès palustres, etc. Les éléments peuvent aussi être consignés sur des supports de communication pour la sensibilisation des communautés ou alors être utilisés par les personnes spécialisées dans la communication sur la pathologie. De ce qui précède, nous retenons que la production des discours sur le paludisme est principalement le fait des structures spécialisées dans le pays. Celles-ci travaillent avec d'autres acteurs chargés de leur apporter un appui technique et financier dans l'élaboration et la vulgarisation des éléments sur la maladie au niveau des populations. Au nombre de ces structures, il y a des institutions internationales.

b Institutions publiques internationales

L'OMS est, parmi ces institutions, celle dont la notoriété est mondialement reconnue en matière des normes et standards dans la lutte contre les maladies. A ce titre, elle est la plus indiquée pour l'appui à la production des discours sur la prévention du paludisme. Nous allons nous attarder un peu sur sa présentation et insister sur la spécificité, les mandats et les avantages comparatifs des autres structures internationales qui participent, avec elle, à l'appui aux structures nationales dans ce domaine.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

C'est l'organisation spécialisée des Nations Unies qui coordonne la lutte contre les maladies à l'échelle mondiale. Elle apporte un appui technique principalement, et souvent financier, aux pays dans la mise en œuvre des programmes de santé visant l'éradication de certaines maladies, l'élimination de certaines autres ou le contrôle de celles-ci. L'objectif poursuivi par l'OMS est d'assurer à tous les peuples du monde le meilleur état de santé possible. Pour ce faire, ses actions visent à :

- réduire le taux de mortalité, de morbidité et d'incapacité très élevé des maladies, en particulier parmi les populations pauvres et marginalisées ;
- promouvoir des modes de vie sains auprès des populations et réduire les risques pour la santé découlant de facteurs écologiques, économiques, sociaux et comportementaux ;
- créer des systèmes de santé plus équitables et plus efficaces, adaptés aux besoins des politiques sanitaires, créer des cadres institutionnels appropriés et encourager la prise en compte des questions de santé dans les politiques sociales, économiques et de développement.

L'OMS est une organisation des Etats membres. Elle en compte 193 dont le Cameroun dans le monde. Le siège mondial est à Genève (Suisse). L'organisation est décentralisée au niveau de 6 régions du globe (Afrique, Asie du Sud-est, Méditerranée Orientale, Amériques, Europe et Pacifique occidentale) qui disposent chacune d'un Bureau régional⁴⁷. Un bureau de représentation existe au Cameroun depuis 1963 et dépend du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique. La coopération entre l'OMS et le Cameroun se fait suivant un cycle programmatique de deux ans. Concrètement, un plan d'action de coopération est élaborée, d'accord parties, avec le pays et signé par les deux parties. Un document de coopération prenant en compte les priorités régionales et mondiales de l'organisation d'une part, et celles du pays d'autre part en est la matérialisation. Pendant la période qui nous intéresse dans le présent travail, les plans d'action de coopération entre l'OMS et le Cameroun ont régulièrement pris en compte la lutte contre le paludisme comme une priorité.

Autres institutions publiques internationales

Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) : C'est une organisation spécialisée des Nations Unies créée en 1946 avec pour mission de défendre les droits de l'enfant (c'est-à-dire de toute personne âgée de 18 ans au plus) et des femmes. Ses actions sont guidées par la Convention Relative aux Droits des enfants (CDE), traité adopté le 20 novembre 2009 et ratifié à ce jour par presque tous les pays du monde. L'action de cette organisation concerne aujourd'hui 161 pays, zones ou territoires du monde. Ses activités sont aussi variées que les difficultés à surmonter. Elles tendent notamment à encourager la prestation des soins et l'organisation d'activités d'éveil susceptibles d'assurer à l'enfant un meilleur départ dans la vie. Elles s'occupent aussi de la prévention des maladies infantiles, du suivi médical de la grossesse et de l'accouchement, de la lutte contre la discrimination, de la coopération avec les communautés pour la scolarisation tant des filles que des garçons et de l'enseignement aux adolescents de connaissances pratiques pour assurer leur subsistance et la participation aux activités communautaires (ONU, 2001, op.cit).

⁴⁷ Brazzaville au Congo (Afrique) ; New Dehli en Inde (Asie du Sud-est) ; Caire en Egypte (Méditerranée Orientale) ; Washington D.C. (Amériques) ; Copenhague au Danemark pour l'Europe et Manille aux Philippines (Pacifique Occidentale)

C'est dans le cadre de la prévention du paludisme chez l'enfant de moins de 5 ans et chez la femme enceinte que l'UNICEF intervient dans les discours sur cette endémie au Cameroun. L'OMS et l'UNICEF sont les deux importants acteurs multinationaux impliqués dans la production des discours sur la prévention du paludisme au Cameroun.

United Nations Fund for Populations Activities (UNFPA). C'est une organisation des Nations Unies créée en 1969 qui apporte une assistance aux pays en développement en matière de population. Elle œuvre aussi en faveur du droit à la santé et de l'égalité des chances pour chaque femme, homme et enfant. Au Cameroun, l'UNFPA est partie prenante à la lutte contre le paludisme, et partant à la production des discours sur cette endémie au Cameroun. Il est ainsi très actif dans la prévention de cette maladie chez la femme enceinte. Cette pathologie constitue, en effet, l'une des causes de l'aggravation de la mortalité maternelle au Cameroun.

Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD). Créé en 1965, le PNUD est le principal organe chargé de coordonner les activités des Nations Unies en matière de développement. Avec la Banque Mondiale l'OMS et de l'UNICEF, le PNUD a été un grand partenaire dans le lancement de l'initiative mondiale *Faire Reculer le Paludisme*. Avec le Fonds mondial pour la lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, créé en juin 2001 par les Nations Unies, ces structures apportent leur appui aux experts nationaux dans la lutte contre le paludisme et entretiennent, ce faisant, la production et la diffusion du discours sur la prévention de cette maladie au Cameroun.

L'action de certains acteurs, y compris la production des discours sur le paludisme se situe dans le cadre des coopérations bilatérales entre le Cameroun et des pays amis. Les appuis dans ce domaine peuvent être techniques ou financières. C'est notamment le cas avec l'USAID, l'ORSTOM (IRD depuis 1998) ou l'OCEAC. De nombreux partenaires internationaux participent, ainsi activement, à la recherche sur le paludisme en coopération avec des organismes nationaux. A. Riffet (op cit.) a signalé dans sa thèse des partenaires hollandais (de l'université de Nimègue) et français (CNRS de Montpellier, INSERM et l'institut Pasteur de Paris) dans cette recherche pour la période avant 2002.

A ceux-là s'est ajoutée tout récemment la Chine qui gère un centre de recherche sur le paludisme abrité par l'Hôpital gynéco-obstétrique et pédiatrique de Yaoundé. Aucune liste officielle de ces institutions internationales n'existe au niveau du PNLP. Aussi, n'avons-nous point la prétention d'avoir été exhaustif dans l'énumération ci-dessus qui en présente, néanmoins les plus importants dans la production et la vulgarisation des discours de prévention sur le paludisme. A côté de ces acteurs publics internationaux, il existe d'autres acteurs qui travaillent dans la lutte contre le paludisme au Cameroun et qui produisent et/ou utilisent des discours sur la prévention de cette endémie.

2- Institutions privées et organisations de la société civile

Certaines sociétés privées nationales ou internationales, exerçant dans le pays, mènent des activités de sensibilisation et d'appui logistique en matériel de prévention du paludisme dans le cadre de la responsabilité sociale des entreprises. C'est le cas d'un certain nombre de structures privées dont la *Cameroon Oil and Transportation Company* (COTCO), de *Mobil Oil*, *Total Cameroon*, *Mobile Telecommunications Network* (MTN) et Orange. L'essentiel des discours utilisés par ces structures lors des activités ponctuelles avec les membres de leurs personnels ou les populations dans leurs environnements immédiats de travail sont empruntés au PNLP. De même, regroupons-nous sous l'appellation *Organisations de la Société Civile* les ONG internationales ou nationales, les associations et structures privées nationales.

Un total de 188 associations et ONGs, réparties dans le pays,⁴⁸ ont été ainsi identifiées comme des partenaires permanents ou sporadiques du PNLP dans la diffusion des discours sur le paludisme. Ils sont, pour la plupart, localisées au niveau opérationnel et travaillent généralement avec les unités régionales de lutte contre le paludisme, dans les districts et les aires de santé. Aucun répertoire de ces structures n'existe au niveau du PNLP. L'annexe 4 montre une tentative d'identification de ces partenaires à partir des listes de présence aux réunions convoquées par le PNLP. Les partenaires du PNLP les plus connues dans la vulgarisation des discours sur le paludisme sont les suivantes :

Association Camerounaise pour le Marketing Social (PMSC/ACMS) : Cette ONG a démarré ses activités au Cameroun en 1989. Connue d'abord comme *Programme de Marketing Social du Condom*, elle s'intéressait à la promotion des préservatifs dans le cadre de la lutte contre le SIDA. Plus tard, elle a étendu ses activités à la prévention du paludisme et à la promotion des sels de réhydratation dans le cadre de la lutte contre les maladies diarrhéiques. L'ACMS est très active dans la promotion de l'utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticides et de produits de ré-imprégnation de la moustiquaire. Cette ONG encourage les populations dans la lutte contre le paludisme en utilisant des supports de communication audio et écrits. Elle est très active dans les régions du Centre, du Sud et de l'Est-Cameroun où elle diffuse des messages de sensibilisation dans une langue nationale très utilisée dans les zones d'intervention⁴⁹.

Plan Cameroon : C'est la branche camerounaise de l'ONG internationale *Plan International*, organisation humanitaire s'intéressant à l'épanouissement des enfants. Au Cameroun, les interventions de Plan Cameroon couvrent 30 villages dans la région du Centre, 104 dans la région de l'Est et 38 dans la région du Nord-Ouest. Dans le domaine de la santé, Plan Cameroon met en œuvre le projet *Survie de l'enfant* visant la protection des enfants contre les six maladies les plus meurtrières (paludisme, diarrhées, malnutrition, pneumonie, rougeole et SIDA). Elle travaille dans ce domaine en collaboration avec une structure à base communautaire qui est l'*Association d'Autopromotion de la Région de l'Est Cameroun* et avec le ministère de la santé publique. En termes de discours sur le paludisme, sa contribution se situe au niveau opérationnel, et dans la vulgarisation des messages de prévention auprès des communautés.

Organisation Camerounaise de Santé Catholique (OCASC) : C'est l'organe exécutif de la Conférence épiscopale nationale du Cameroun pour la santé. Créée il y a une cinquantaine d'années, cette structure était connue, jusqu'en 2002, comme le *Service Catholique de la Santé*. Elle coordonne les activités des formations sanitaires de l'église catholique aux niveaux diocésain et national. Cette structure confessionnelle travaille en collaboration avec le PNLP. Eu égard à la couverture territoriale de l'Eglise catholique dans le pays et à l'implication de celle-ci dans la prise en charge de la santé des populations, l'intervention de l'OCASC dans le domaine qui nous intéresse est plus visible dans la vulgarisation des messages sur la prévention du paludisme auprès des individus qui fréquentent les formations sanitaires confessionnelles catholiques.

Fédération des Missions Evangéliques du Cameroun (FEMEC) : C'est le corollaire de l'OCASC dans la production et la vulgarisation des discours de prévention du paludisme dans les formations de santé confessionnelle protestantes.

⁴⁸ Statistiques obtenues du PNLP (2009)

⁴⁹ Nous avons noté qu'à l'initiative de cette ONG, des spots de sensibilisation ont été produits en *Mongo Ewondo*, une langue véhiculaire dans les régions du Centre, du Sud et de l'Est du pays pour la diffusion de messages d'information et de sensibilisation sur le paludisme.

Adventist development Relief Agency/Cameroon (ADRA/Cameroon) : C'est la branche camerounaise de l'agence internationale humanitaire de l'église adventiste du 7^e jour pour le développement individuel et communautaire et pour l'assistance en cas de catastrophes. Cette structure travaille avec le PNLP et l'ACMS pour la promotion de l'utilisation des moustiquaires imprégnées et pour l'hygiène du milieu dans les régions du Centre, de l'Est et de l'Adamaoua. A ce titre, elle participe à la vulgarisation des discours sur le paludisme.

Coalition contre la malaria au Cameroun : Elle est surtout connue sous sa dénomination anglaise *Cameroon Coalition Against Malaria (CCAM)*, il s'agit d'une jeune ONG créée en 2007 et qui est déjà active dans les dix régions du pays. Son architecture est bâtie autour de cinq groupes thématiques dans lesquelles ses membres travaillent régulièrement pour apporter une contribution substantielle à la lutte contre le paludisme ; ce sont : *le marketing et la communication, la santé publique et les sciences biologiques, les statistiques et l'épidémiologie, la politique et la mise en œuvre du programme, le développement et la mobilisation des ressources*. Cette ONG joue un grand rôle dans la production des discours de prévention du paludisme au Cameroun. Une des actions significatives de celle-ci a été la publication récente d'un guide sur la lutte contre le paludisme au Cameroun. Ce document, dont nous avons parlé plus haut, a été présenté au public par le ministre de la santé publique lors de la célébration de la journée mondiale de lutte contre le paludisme en 2010.

Association d'Autopromotion des populations de l'Est-Cameroun (AAPEC) : Il s'agit d'une ONG hollandaise créée en 1992 par l'Archevêque de Bertoua, dans le but d'améliorer le statut sanitaire et socio-économique des populations autochtones marginales que sont les pygmées.⁵⁰ La stratégie utilisée est la promotion de la cohabitation pacifique entre ces populations et les autres. L'AAPEC met en œuvre des projets à base communautaire dans cinq domaines, à savoir : la promotion de l'éducation de base, la promotion des pratiques de santé préventives, la sensibilisation sur le concept du genre, la promotion de l'agriculture et de l'agroforesterie, la promotion de la paix et de la justice. Elle travaille en collaboration avec Plan /Cameroun et ACMS dans la région de l'Est-Cameroun. Au même titre que ces deux structures, elle apporte un appui dans la vulgarisation des messages de prévention des maladies, y compris du paludisme, auprès des communautés de l'Est-Cameroun.

Associations des tradi-praticiens : Nous nommons tradi-praticiens ou encore guérisseurs traditionnels, tous ceux qui interviennent dans la médecine traditionnelle. Cette forme de médecine n'utilise pas les mêmes méthodes de diagnostic et de traitement que la médecine conventionnelle moderne. Selon l'OMS (2002), elle fonctionne sur la base des connaissances et des pratiques culturellement marquées, scientifiquement explicables ou non, utilisées pour diagnostiquer, prévenir ou traiter des maladies physiques, mentales ou sociales. Ces connaissances et pratiques peuvent se fonder essentiellement sur des expériences ou des observations passées transmises de génération en génération. Citant le directeur de l'Organisation des soins et de la recherche sanitaire au ministère de la Santé publique, *Cameroon Tribune* du 4 avril 2007⁵¹ indique que 80% de la population camerounaise a recours à cette forme de médecine.

Il existe de nombreux tradi-praticiens au Cameroun déclarant prévenir ou soigner de nombreuses maladies dont le paludisme. Ils sont souvent regroupés dans des associations, non encore officiellement reconnues. En effet, un cadre réglementaire juridique sur la médecine traditionnelle a été élaboré par le Ministère de la santé publique, mais n'est pas

⁵⁰ Population autochtones des zones de forêt souffrant souvent de la marginalisation par les autres tribus.

⁵¹ Parution en ligne dans l'article intitulé *Tradi-praticiens : la médecine traditionnelle se met en règle*.

encore entré en vigueur. Il vise à arrêter un statut et un code éthique pour l'exercice de cette profession au Cameroun. L'objectif poursuivi, à travers ce cadre est que, d'ici à 2015, la médecine traditionnelle soit entièrement intégrée dans le système national de santé. Dans son application, l'on veillera à ce que les tradi-praticien aient des attestations d'exercice délivrées par le ministère de la santé publique. Ces précieux sésames leur seront remis s'ils jouissent d'une grande notoriété pour leurs fonctions dans leurs villages ou leurs lieux de résidence et s'ils sont reconnus par les autorités administratives locales. En outre, seuls ceux spécialisés dans le traitement de cinq maladies au maximum pourront y prétendre. Ils devront par ailleurs soigner leur pharmacopée, la conservation et la présentation de leurs médicaments, et en indiquer la posologie pour leur absorption.

En retour, des mécanismes seront mis en place pour la protection de la propriété intellectuelle pour leurs découvertes, la promotion de la recherche, le développement de la production locale et la valorisation du savoir traditionnel. Ce cadre réglementaire viendra sans doute concilier les deux formes de médecine et donner raisons à de milliers de Camerounais, de toutes les couches sociales, qui ont simultanément recours à l'une ou l'autre des deux médecines pour des raisons économiques ou des raisons personnelles. Les tradi-praticiens sont, en effet présentés comme les gardiens de la culture traditionnelle et ils offrent des soins de santé à coûts réduits. Emily Hillenbrand (2006) présente la querelle entre les deux formes de médecines en ces termes :

“Advocates of conventional medicine argue that traditional medicine is fraught with problems of imprecise dosage, poor diagnosis, charlatanism, exaggerated claims of abilities, and inadequate knowledge of anatomy, hygiene, and disease transmission, [...] Traditional practitioners, meanwhile, believe that conventional medicine practitioners and research scientists seek merely to condemn their art or to steal their secrets.” (« Les défenseurs de la médecine conventionnelle soutiennent que la médecine traditionnelle est minée par les problèmes d'imprécision dans le dosage, la faiblesse dans la consultation, le charlatanisme, la demande exagérée de la reconnaissance d'aptitude, et la connaissance inappropriée de l'anatomie [...] Les tradi-praticiens pensent cependant que les praticiens de la médecine conventionnelle moderne et les scientifiques cherchent simplement à condamner leur art et à voler leurs secrets. »)

Le cadre réglementaire annoncé plus haut veillera à mettre en place des passerelles qui permettent au système de santé camerounais d'exploiter les atouts de chacune des deux formes de médecine. Cela étant, la contribution des auteurs de la médecine traditionnelle à la production des discours sur le paludisme est prioritairement dirigée vers la prévention secondaire, et spécifiquement vers la prise en charge des accès fébriles qui sont une partie des manifestations symptomatiques du paludisme.

Association des naturopathes et autres adeptes de la médecine asiatique : Depuis quelques années, certains intervenants dans les soins de santé au Cameroun se situent à califourchon entre la médecine traditionnelle et la médecine conventionnelle moderne. Ils utilisent des produits naturels (le plus souvent des éléments qui interviennent dans l'alimentation) et les pratiques de la médecine asiatique⁵² pour apporter des soulagements à des maux courants. Les pratiquants de ces formes de médecine préviennent ou prennent aussi en charge les accès palustres. Ils sont généralement installés en clientèle privée et évoluent dans l'informel par rapport à la politique nationale de santé. Ils sont par moments

⁵² Médecine coréenne, indienne ou chinoise le plus souvent, par exemple l'acupuncture.

considérés comme des tradi-praticiens à la seule différence qu'ils utilisent des traditions thérapeutiques qui ne sont pas toujours propres au terroir.

De façon générale, au terme de l'examen des structures ci-dessus, nous pouvons conclure en l'existence d'une multitude d'acteurs dans la production des discours sur le paludisme au Cameroun. Certaines de celles-ci interviennent au niveau stratégique en conformité avec la politique nationale de santé du pays, mais, beaucoup profitent du contact direct avec les communautés, les familles et les individus au niveau opérationnel pour tenir des discours sur la maladie. Le paludisme peut aussi servir de sujet de conversation entre les membres de la communauté ou au sein des familles. L'on peut se demander s'il faut un statut spécifique pour tenir un discours sur le paludisme et s'il y a une instance de validation des aptitudes à parler du paludisme comme ce pourrait être le cas de la maladie mentale ou d'autres pathologies. Cette double préoccupation commande que l'on s'intéresse un peu plus aux personnes physiques qui tiennent des discours. Sur le paludisme au Cameroun.

3 - Personnes physiques nationales tenant des discours sur le paludisme

Singulariser le sujet parlant dans les discours sur le paludisme au Cameroun, c'est, sur le plan scientifique et technique, indiquer la personne fondée à générer et ayant autorité à tenir de tels discours. C'est aussi, au niveau social, dire qui reçoit de ces discours la singularité et le prestige, et de qui, en retour, cette personne obtient sinon la garantie de sa rationalité, au moins la présomption de vérité accompagnant ces discours. C'est enfin indiquer quel est le statut de cette personne qui a le droit réglementaire ou traditionnel, juridiquement défini ou spontanément accepté de produire et/ou de tenir de tels discours.

La difficulté à identifier, de façon irréfutable, ce sujet discourant vient de ce que le paludisme est perçu avant tout comme une maladie et fait appel à des discours à grande connotation médicale. La valeur, l'efficacité, les pouvoirs thérapeutiques et, de façon générale, l'existence de tels discours ne sont pas dissociables du personnage qui a le droit de les produire, en revendiquant pour eux le pouvoir de conjurer la souffrance et la mort. Or, au Cameroun, il existe une médecine conventionnelle occidentale dont la formation sanitaire est le lieu d'exercice de prédilection et une médecine traditionnelle locale. Dès lors, deux attributs collent à ce « *qui* » habileté à tenir des discours sur le paludisme au Cameroun. C'est, de façon générale, le personnel de santé avec le médecin comme tête de file (consultant et administrant des soins aux malades en cas d'accès palustre ou donnant des conseils aux patients) ; c'est aussi le tradi-praticien ou guérisseur traditionnel vers qui recourt une grande frange de la population en raison de la confiance séculaire dont il est crédité dans certaines sociétés africaines en général, ou simplement en raison des bourses peu fournies des malades qui le consultent.

Mais, on sait aussi que le statut de cette personne qui tient les discours médicaux dans la civilisation occidentale a été profondément modifié depuis la fin du 18^e et le début du 19^e siècle lorsque la santé des populations est devenue une des normes économiques requises par les sociétés industrielles. A la faveur des relations internationales, cette norme a été internationalisée. De même, le paludisme est au cœur de recherches scientifiques et techniques visant à améliorer constamment les savoirs actuels sur la pathologie pour une meilleure protection de l'homme. A travers son omnipotence comme problème de santé dans les pays impaludés, le paludisme s'est subrepticement installé dans le langage courant en s'affranchissant de toutes les contraintes liées à l'expertise sur la maladie.

Ainsi, à côté du personnel médical, des personnes scientifiquement et techniquement habilitées à produire ou à tenir des discours sur le paludisme, il y a des individus jouissant

simplement d'une position d'influence dans la société qui reçoivent, de ce fait, l'onction morale pour parler de ce fléau social dont ils ne sont, au demeurant, pas des spécialistes de la lutte. Il y a enfin *monsieur tout le monde* qui jouit d'une relative liberté à parler de cette maladie, y compris à donner des conseils pour sa gestion, sans avoir au préalable à justifier d'un quitus à le faire. A la lumière de ces précisions, les personnes physiques qui tiennent des discours sur le paludisme au Cameroun se présentent comme suit.

Chercheurs dans le domaine de la lutte contre le paludisme

Au Cameroun, des chercheurs mènent des études sur différents aspects de l'endémie. Pour la prévention du paludisme, ces chercheurs travaillent avec le laboratoire de paludologie de l'OCEAC, les Universités⁵³ ou isolement. Il est difficile de préciser leur nombre, mais, ils conduisent de nombreuses études sur le terrain en collaboration avec le Ministère de la santé publique, le ministère de l'enseignement supérieur, le ministère de la recherche scientifique et de l'innovation, des structures de recherches comme l'ORSTOM (actuellement IRD) et des laboratoires d'analyse comme le Centre Pasteur du Cameroun et l'IMPM⁵⁴.

Ces spécialistes mènent des recherches scientifiques dans plusieurs disciplines (biologie, immunologie, entomologie, sociologie, anthropologie, médecine, etc.) et contribuent, par leurs résultats, à la suite de la construction des savoirs sur le paludisme. La recherche sur le paludisme au Cameroun fait intervenir conjointement plusieurs structures, notamment : le laboratoire de recherche sur le paludisme de l'OCEAC, l'IRD, le ministère de l'enseignement supérieur à travers l'Institut de recherche médicale et d'étude des plantes médicinales, la Faculté de médecine et des sciences biomédicales principalement et le Ministère de la santé publique (à travers le programme national de lutte contre le paludisme).

Personnel médical, paramédical et des officines publiques et privées

Les médecins, le personnel paramédical (sages-femmes, infirmiers, laborantins, pharmaciens, etc.) sont en contact permanent avec les patients. Ils interviennent dans les différents types de discours sur le paludisme. Ils diagnostiquent la maladie, recommandent et administrent les soins appropriés. Ils mettent aussi les médicaments recommandés à la disposition des patients pour leurs soins. Dans cette assistance aux malades, et pour éviter des rechutes, ces acteurs donnent souvent des conseils sur des mesures efficaces et à coûts abordables pour éviter les piqûres des moustiques et la résurgence des accès palustres. Certains de ces acteurs, notamment le personnel médical et paramédical, produisent souvent des discours pour la formation des relais communautaires (structures de dialogue au niveau des unités opérationnelles de santé, organisations non gouvernementales et associations) pour la vulgarisation des techniques de protection des populations.

Personnalités politiques, administratives, religieuses et traditionnelles, ainsi que les leaders d'opinion

Dans le cadre des soins de santé primaires, les personnalités politiques et administratives (gouverneurs, préfets, maires, chefs de districts), religieuses (prêtres, pasteurs, catéchistes, responsables spirituels), traditionnelles (chefs de quartiers, chefs de village, dignitaires traditionnels divers) et les leaders d'opinion (généralement les élites et responsables de divers groupes professionnels ou non) tiennent sporadiquement

⁵³ Université de Yaoundé I et II et université de Buéa principalement.

⁵⁴ Travaux de J. Louis et al sur les attitudes thérapeutiques et le paludisme dans le bassin de la Sanaga ou encore ceux de E. Fondjo et al sur le paludisme urbain à Yaoundé, tous publiés en 1992.

des discours sur la prévention des maladies en général. Dans le cadre du paludisme, ils s'adressent aux populations lors des campagnes de distribution de moustiquaires imprégnées ou lors du lancement du TPI⁵⁵ pour la prévention du paludisme chez la femme enceinte. Le plus souvent aussi, leurs seules présences lors de l'organisation de ces campagnes représentent, pour les organisateurs, un moyen de susciter l'adhésion des populations aux méthodes de lutte en promotion à travers lesdites campagnes.

Il est important de noter que depuis le début de la décennie 1990, à la faveur des efforts de démocratisation de la vie publique dans le pays et de la ré-institution du multipartisme dans le pays⁵⁶, les leaders politiques mettent aussi souvent les conseils sur les mesures pratiques de prévention du paludisme dans leurs discours et invitent les populations à les suivre pour éviter de tomber malade et, ce faisant, mieux participer au développement du pays.

A côté des locuteurs sus-évoqués qui, en raison de leurs formations et de leurs fonctions sociales ont qualité à parler du paludisme, certaines personnalités incluent souvent des éléments des discours sur cette maladie dans leurs déclarations publiques. Ce sont généralement :

Ministre de la santé publique à qui incombe la responsabilité d'informer l'opinion publique sur la politique gouvernementale et les orientations stratégiques dans la lutte contre le paludisme. Il doit aussi susciter l'adhésion et l'implication de toutes les parties prenantes au combat contre cet ennemi.

Autres hauts commis de l'Etat camerounais au premier rang desquels le Président de la république ou le Premier Ministre, Chef du gouvernement. *Cameroon Tribune* n° 7756/4045 du 2 janvier 2003, publie le discours de fin d'année 2002 du Président de la république à la nation dans lequel il fait le rapprochement entre le manque d'accès à la santé et la pauvreté en ces termes :

« La pauvreté n'est pas seulement l'absence de ressources provoquée par le chômage, l'exclusion et les aléas de l'économie. C'est aussi l'impossibilité d'accéder à l'éducation et aux soins de santé ».

- Des responsables de structures gouvernementales ou non dont les actions peuvent avoir quelques liens avec la santé des populations (responsables du ministère de l'administration territoriale et de la décentralisation et responsables des collectivités locales). *Cameroon Tribune* dans sa parution du 24 janvier 2001, par exemple, annonce le lancement d'un concours organisé par le ministère de l'administration territoriale à l'attention des structures administratives du pays dans le cadre de la campagne d'hygiène et de salubrité. L'objectif de ce concours est de primer les structures présentant la meilleure organisation pour lutter contre les vecteurs des maladies comme le paludisme. Cette édition publie aussi l'arrêté n° 003/CAB/PM du 19 janvier 2001 de ce même département ministériel créant une commission de supervision dudit concours dans le pays. Suite à cet acte, les gouverneurs de province, les maires et autres responsables des collectivités locales sont allés au devant de leurs populations administrées pour tenir des discours de prévention des maladies, comme le paludisme,⁵⁷ qu'entretient l'environnement insalubre ;

⁵⁵ Traitement préventif intermittent qui est la prise de 3 comprimés de *sulfadoxine pyriméthamine* à titre préventif par la femme enceinte à partir du troisième mois de la grossesse, devant le personnel soignant.

⁵⁶ Le Cameroun a connu le régime politique de parti unique de 1966 à 1990.

Leaders d'opinion de groupes sociaux. Lors des rencontres des comités de développement de certaines communautés camerounaises, des élites distribuent des moustiquaires aux villageois en vulgarisant auprès d'eux les discours sur la prévention du paludisme.

Tradi-praticiens, naturopathes et autres adeptes de la médecine asiatique

Ce groupe d'acteurs, pris isolément, n'est en réalité pas très porté vers la prévention primaire de la maladie. Dans un entretien que nous avons eu avec D. A Lantum, professeur de médecine conventionnelle moderne et tradi-praticien, le 6 novembre 2004 à Yaoundé, il nous a fait remarquer que le tradi-praticien traite le paludisme comme une fièvre :

« In traditional medicine, as far as malaria is concerned, we don't get to the stage of prevention. If the person comes back with his fever, we go in for a stronger treatment » (in Mbouzeko, 2004 : 56) (Dans la médecine traditionnelle, pour le paludisme, nous ne nous attardons pas sur la prévention, nous soignons la fièvre. Si la personne revient avec sa fièvre, nous lui administrons un traitement plus fort).

Pourtant, d'autres tradi-praticiens que nous avons aussi rencontrés ce même jour, conseillent autre chose aux patients pour éviter le paludisme. Madame Hadjahairamou Mbessike (encore appelée Dada Koudi Habiba), par exemple, pense que pour prévenir le paludisme, un individu doit :

« Nettoyer son foie et ses reins régulièrement, garder sa maison propre, dormir sous une moustiquaire ou brûler l'écorce de prunier dans la maison pour éloigner les moustiques » (in Mbouzeko, op cit).

L'originalité de cette déclaration réside dans le fait qu'elle présente la survenue des accès palustres comme la conjugaison de l'effet des piqûres des moustiques et d'une prédisposition interne au malade agissant comme un facteur favorisant (saleté du foie et des reins du patient). Reconnaître que dormir sous la moustiquaire évite de contracter la maladie nous semble relever des interférences avec la médecine moderne conventionnelle car, dans un environnement où l'on ne fabrique pas localement des moustiquaires, il est à priori difficile pour les individus, et surtout pour les tradi-praticiens d'intégrer son utilisation dans les habitudes comme un moyen traditionnel de lutte contre l'endémie palustre. L'apparition de la moustiquaire dans les discours des tradi-praticiens sur la prévention primaire du paludisme est quelque peu surprenante. Certains des discours utilisés par ces acteurs se présentant comme des spécificités de la médecine asiatique (chinoise et coréenne notamment), sont des discours économiques faisant la promotion de baumes répulsifs⁵⁸ pour se protéger des piqûres des moustiques et des antipaludéens à base de *gensen*⁵⁹. Ces discours créditent ces produits d'une longue tradition et d'une grande efficacité dans la résorption des accès palustres.

Au cours de nos investigations, nous avons trouvé des discours sur le paludisme mettant en exergue des savoirs nouveaux et quasi-révolutionnaires par rapport à ceux connus jusqu'ici sur la maladie. Ainsi, par exemple, au cours d'une table ronde le 24 avril 2008 sur le thème : *La cause du paludisme, le charlatanisme scientifique, le diagnostic et le traitement naturel*, Herman Nyeck Liport⁶⁰ déclare que :

⁵⁸ Localement appelé « small no be sick »

⁵⁹ Plante d'origine chinoise.

⁶⁰ L'intéressé se présente comme un naturopathe, vitaliste et psychologue

« La constipation est la cause de plusieurs maladies dans le monde. Pour le cas du paludisme, la température augmente à partir de la mauvaise circulation de l'énergie. [...] Il faut débarrasser l'organisme des parasites et l'organisme sera libre. » (in Quotidien Mutations n° 2148 du 7 mai 2008, p 7)

L'intéressé lie ainsi la survenue de la maladie à la mauvaise circulation de l'énergie dans le corps du malade, consécutive (sans doute) à une mauvaise alimentation qui provoque la constipation. Il parle aussi de parasites dans le corps du malade, mais il ne rapproche pas ces parasites du plasmodium et ne fait aucun rapport entre ces parasites et les piqûres des moustiques. Son argumentaire semble remettre en question les acquis scientifiques sur les causes, le diagnostic et le traitement des accès palustres et en proposer des alternatives qui demandent encore à être passés au crible de la rationalité scientifique. Il s'agit là d'un exemple de discours dont certains acteurs de la communication sociale sur le paludisme au Cameroun se font l'écho et qui sont de nature à interférer avec les discours classiques sur la maladie. Ces métadiscours ou discours parallèles sont de nature à induire des attitudes et pratiques peu orthodoxes chez certaines personnes potentiellement exposées au paludisme.

Artistes

Amener les artistes à agir comme des acteurs dans la lutte contre les maladies au Cameroun est un phénomène nouveau qu'exploitent les responsables de la santé. Cela tient au principe de l'utilisation de l'image de marque de l'artiste pour faire passer des messages de sensibilisation. Le PNLP a suivi cet air du temps et a négocié avec les artistes de renom pour porter le message du paludisme. Grâce Decca et Marcelin Ottou, deux chanteurs camerounais, respectivement chanteuse de *Makossa*⁶¹ et chansonnier, ont ainsi accepté d'offrir leurs services en ce sens pour porter le message de prévention du paludisme aux Camerounais. Ils sont devenus des *ambassadeurs du paludisme* que le public a découverts lors de la Journée Africaine du Paludisme en 2007.

Des artistes peu connus ont aussi composé des chansons qui reprennent des énoncés du discours de santé publique sur la prévention de la maladie. Ces artistes se produisent le plus souvent pendant les interludes des cérémonies organisées par le PNLP. Tout récemment, l'artiste international de renom d'origine sénégalaise, *Yousou N'dour* a signé un accord de partenariat avec la compagnie de téléphonie mobile MTN pour le lancement d'un concours de musique pour la sensibilisation des populations du monde sur le paludisme (Mutations n° 2628 du 6 avril 2010).

Autres personnes

Dans cette catégorie, nous mettons tous ceux qui n'ont pas une spécialisation particulière dans la lutte contre le paludisme, mais, qui sont appelés à intervenir dans la production ou l'utilisation des discours sur cette maladie. Ici nous trouvons en bonne place les journalistes, animateurs des programmes de santé. Au nom d'une spécialisation progressive qui se confirme de plus en plus dans les médias nationaux, ces journalistes s'occupent ainsi du traitement de l'information et de la sensibilisation du public sur cette endémie. Ils produisent des chroniques régulières dans lesquelles ils donnent la parole aux spécialistes pour vulgariser les discours de santé publique⁶² et l'actualité y afférente dans le pays. Il existe une association des journalistes pour la lutte contre le paludisme, de création

⁶¹ Rythme de musique assez populaire dans le pays.

⁶² Cas de Sant secours, microprogramme de 3 minutes diffusé sur les antennes de la CRTV radio depuis le début de l'année 2010 du lundi au vendredi déjà partir de 12 heures 30

récente,⁶³ dont le mandat est de vulgariser l'information aux fins de sensibilisation du public sur la maladie. Dans certains médias audiovisuels, il y a des programmes de santé qui invitent régulièrement des experts pour parler de la prévention de cette endémie. Certains de ces programmes sont interactifs⁶⁴ ; les auditeurs peuvent, par voie de téléphone, poser des questions aux animateurs et aux spécialistes en studio et solliciter des conseils sur la conduite à tenir face à des problèmes de santé précis, y compris sur le paludisme.

Certains commerçants vendent des objets de prévention du paludisme. C'est le cas de la moustiquaire, des insecticides et de produits fumigènes que l'on trouve dans le commerce et qui servent à protéger les individus des piqûres des moustiques. Certains de ceux-ci ont des noms de marque et sont vendus à grand renfort de publicité.

Homme de la rue

Enfin, le paludisme semble être une affection si courante que les individus la diagnostiquent facilement en raison des symptômes qui leur sont familiers. Ainsi, il est courant d'entendre quelqu'un déclarer : « J'ai le palu⁶⁵ ». Voici quelques extraits des déclarations tirées d'un programme interactif sur les antennes de la CRTV et qui relèvent de pratiques courantes vis-à-vis des accès palustres :

« Lorsque j'ai le palu, je vais directement voir mon pharmacien qui me vend un médicament pour le soigner [...] bien sûr que je sais reconnaître les signes du paludisme car je côtoie cette maladie depuis ma naissance ».

Cette déclaration est du journaliste Messanga Obama, dans l'émission CRTV ⁶⁶ *m'accompagne* du 12 janvier 2010 lors de la discussion sur le médicament au Cameroun et le questionnement majeur de savoir s'il faut aller à l'hôpital lorsque l'on souffre de paludisme ou alors aller directement voir le pharmacien.

« J'ai été très malade à un moment, j'ai pris des médicaments que l'on m'a prescrits, mais rien n'y a fait. Il a fallu que je prenne des décoctions de quelques ⁶⁷ feuilles de Ekoukou et je me suis senti rapidement à l'aise »

Telle est une autre déclaration de Monsieur Akono Ndengue, un des auditeurs intervenant au téléphone lors de cette même émission.

En somme, à côté de la multitude de structures qui parlent du paludisme au Cameroun, il y a aussi plusieurs acteurs qui parlent de cette maladie. Ici aussi, en raison de l'absence de normes officiellement reconnues pour ces discours, les déclarations ne peuvent être véritablement contrôlées. L'on n'est, certes pas dans une situation de cacophonie tant les discours épousent généralement la typologie indiquée en début du présent chapitre sur le paludisme. Toutefois, force est de constater que certains acteurs se permettent souvent quelques écarts par rapport à cette classification. Les locuteurs du discours sur le paludisme au Cameroun étant ainsi présentés, examinons à présent les lieux où ils le tiennent habituellement.

⁶³ En 2008 et Mr. Wine Paul en est le président

⁶⁴ Cas de « SOS docteur » diffusé sur les antennes du poste national de CRTV tous les samedis de 6 h 45 à 8 heures.

⁶⁵ Appellation familière du paludisme.

⁶⁶ Émission de d'information et de débats diffusée du lundi au jeudi, de 7 heures 50 à 1 à heures.

⁶⁷ **Plante servant de médicament. Appellation en Bété, une langue nationale du Cameroun**

B - Lieux de prise de parole sur la prévention du paludisme et d'énonciation des discours sur le paludisme

Ils sont variés et les discours varient d'un lieu à un à un autre. Ces lieux sont :

1. Hôpital

Le vocable « hôpital » utilisé ici a une connotation générique. Nous désignons en effet par ce mot, les formations sanitaires (centres de santé, dispensaires, centres de santé intégré, cliniques, hôpital proprement dit, spécialisé dans la prise en charge des maladies). C'est le lieu de recours d'une personne malade ou en quête de solutions pour un problème quelconque de santé. Il rencontre généralement dans ce lieu le personnel de santé (personnel médical ou paramédical) avec qui il a des échanges lors des séances d'éducation pour la santé ou pendant la consultation et le diagnostic de la maladie. Les moments de communication (éducation pour la santé et consultation) sont les plus indiqués pour parler de la maladie. Dans les centres de consultation prénatale disséminés à travers le pays, depuis quelques années le PNLP a mis une provision de moustiquaires imprégnées à distribuer gratuitement aux femmes enceintes⁶⁸. Cette distribution se fait pendant la consultation prénatale, des conseils leur sont donnés pour la bonne utilisation de ce dispositif de prévention du paludisme et le TPI est administré aux femmes pour la prévention thérapeutique de la maladie.

A la fin du millénaire passé, le Cameroun comptait un médecin pour 11.000 habitants, 1 infirmier pour 2.000 habitants et 1 aide-soignant pour 3.000 habitants (Okalla et al, 1994). Ces ratios sont seulement en légère progression à ce jour⁶⁹. Les statistiques sanitaires du Cameroun montrent qu'il y a un hôpital pour 45.000 habitants et un centre de santé pour 12.000 habitants. Dans ce maillage du territoire en structures de soins, il faut également mentionner qu'il existe 539 établissements relevant du secteur privé qui, pour la plupart (95 %), relèvent du secteur confessionnel.

2. Laboratoires de recherches médicales

Ce lieu est souvent intégré au précédent en ce sens qu'il en existe souvent dans les institutions sanitaires. Les spécialistes de ce lieu parlent souvent du paludisme car ils sont mis à contribution pour la confirmation des symptômes observés chez les patients. A partir des analyses, Ils donnent des indications sur la gravité de l'accès palustre. Il existe des laboratoires d'analyses médicales publiques et privées dans les 174 hôpitaux de district du pays, dans les 58 hôpitaux départementaux ou les 10 hôpitaux régionaux de référence. Il y en a aussi dans la plupart des 539 établissements sanitaires privés dans le pays. Les laboratoires d'analyses médicales existent surtout dans les grandes villes.

3. Officines publiques ou privées

Ces lieux donnent une autre occasion de parler du paludisme. Les officines publiques font partie des hôpitaux. Les médicaments y sont vendus sous leur formule générique, à des prix réduits. Sur la base des ordonnances médicales que les visiteurs de ces lieux montrent aux experts, ceux-ci leur vendent des médicaments, y compris des antipaludiques. Ils leur expliquent, au besoin, comment prendre ces médicaments

⁶⁸ Des ruptures de stocks de ces moustiquaires sont régulièrement signalées.

⁶⁹ Le rythme de recrutement du personnel de santé par l'Etat a été freiné depuis les années 90 en raison de la crise économique dans le pays.

antipaludéens aux patients. Dans certains cas, les visiteurs de ces lieux au Cameroun ne disposent pas d'ordonnance médicale lorsqu'ils viennent y acheter un antipaludéen. Après un entretien avec les experts, ils achètent les médicaments qui leur sont conseillés. Pour bénéficier des services de ces officines publiques, le patient doit souvent être interné dans les formations sanitaires auxquelles elles appartiennent.

Il existe dans le pays, une centrale nationale d'approvisionnement en médicaments essentiels (CENAME) avec une antenne dans chacune des dix régions du pays. Cette structure est responsable de la commande, de l'achat, du stockage des médicaments (y compris les antipaludéens), puis de l'approvisionnement des officines des structures de santé en médicaments essentiels. Pour suppléer aux besoins globaux du pays en médicaments, à côté des officines publiques, il existe aussi des pharmacies privées, essaimées sur le territoire national. Elles vendent des médicaments aux clients sur présentation ou non d'une ordonnance médicale délivrée par un professionnel de la santé. L'achat des antipaludéens est libre. Les prix pratiqués pour ce type de médicaments sont plus élevés dans les pharmacies privées que dans les officines des formations sanitaires où elles sont souvent subventionnées par l'Etat⁷⁰.

4. Cliniques de consultation des tradi-thérapeutes ou ce qui en tient lieu

Ce sont le plus souvent leurs domiciles où les patients viennent d'eux-mêmes ou sont conduits pour certains cas. Ce sont des lieux où ces soignants recueillent des informations sur le malade, posent le diagnostic, lui administrent des traitements et/ou lui donnent des conseils sur la conduite à tenir pour se débarrasser de la maladie.

6. Medias

Enfin, il importe de signaler que les journaux, les radios et les télévisions du pays servent régulièrement de tribune de discours tant des experts de la lutte contre le paludisme que des journalistes et de la population en général sur la maladie. Des spots publicitaires et des microprogrammes sont ainsi diffusés sur les antennes de plusieurs stations nationales de radio et de télévision pour amener les populations à mettre en pratique des méthodes éprouvées de prévention du paludisme. Il s'agit le plus souvent de la vulgarisation des méthodes de prévention primaire de la maladie (bonne utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticide par les enfants et les femmes enceintes, recours aux formations sanitaires dès les premiers symptômes du paludisme, etc.). Des travailleurs sociaux y font des analyses sur le paludisme et les journalistes y font parler des personnes dont le discours est particulièrement intéressant pour la lutte contre le paludisme. A titre d'illustration, Dr Manuel Pattaroya a accordé une interview à la presse lors de sa visite au Cameroun. Au centre de cet entretien, le vaccin antipaludique de son invention. En voici quelques extraits publiés dans *Cameroon Tribune* du 6 avril 2000 en page 7 :

« CT : En 1986, vous produisez votre premier vaccin⁷¹. Peu après, les Occidentaux le déclarent efficace seulement à 30 %, suite à des tests qu'ils auraient effectués. Vous êtes-vous senti frustré ? Dr Pattaroya : Oh non ! C'était un bon début. D'autres chercheurs en ont mis sur pied avec moins de 30 %

⁷⁰ Le 12 juin 2009, le Ministre de la santé publique a signé un arrêté du fixe les nouveaux prix de traitement du paludisme simple à base d'artésunate-amodiaquine, comprimés utilisés par voie orale, à 200Fcf pour les adultes et 70Fcf pour les enfants avec effet à partir du 18 juin 2009 dans le pays tout entier.

⁷¹ Le SPP6 ou «*Columbia falciparum vaccine* ».

d'efficacité, je me suis senti très encouragé. CT : Mais, vous avez augmenté considérablement l'efficacité de ce vaccin... Dr Pattaroya : En effet, après les critiques de mes premières conclusions, j'ai tout recommencé au début. Mon but était d'atteindre au moins les 60 % ; aujourd'hui c'est fait, puisque je me prévaux d'un taux d'efficacité de 70 %. CT : Que ferez-vous des gains générés par votre vaccin ? Dr Pattaroya : Tous les pays qui en auront besoin dans le monde le recevront gratuitement CT : Pourquoi ? Etes-vous fou ? Dr Pattaroya : Oui, peut-être. Mais, ni les habitants de mon pays, ni mon gouvernement, ni moi-même ne sommes intéressés par l'argent. Jamais je ne commercialiserai un vaccin destiné à aider l'humanité, surtout quand ces populations sont si nécessiteuses. J'ai offert mon brevet d'invention à l'OMS qui se chargera de mettre le vaccin à la disposition des populations ».

6. Institutions éducatives

Les structures de formation médicales et paramédicales (Facultés de médecine, écoles de formation des infirmiers et du personnel paramédical)⁷² Ces emplacements sont les lieux où des enseignements sur le paludisme sont donnés aux apprenants. Ces enseignements concernent plusieurs aspects du savoir sur la maladie. Il faut aussi noter que la lutte contre le paludisme fait partie des curricula scolaires des élèves des écoles, collèges et lycées du pays. Des notions de prévention (surtout primaire) de cette redoutable maladie leur sont données, notamment dans les enseignements sur l'hygiène et les sciences de la vie.

A coté de ces lieux institutionnels, il existe des emplacements sporadiques où le paludisme est occasionnellement l'objet de discussion. Il s'agit des séminaires, des congrès et des conférences. Au cours de ces rencontres, les spécialistes de lutte contre cette maladie discutent des résultats de recherches, échangent sur les nouvelles approches de prévention et de soins du paludisme.

7. Lieux non spécialisés (la rue, les bureaux, les transports publics, la maison)

Il est courant d'entendre des gens faire des déclarations sur la maladie dans ces endroits qui, en principe, ne présentent aucune spécialisation par rapport à cette endémie. Ainsi, dans les lieux de service ou à la maison, un aveu du genre : *J'ai le palu*⁷³ n'a rien de surprenant. Il appelle le plus souvent la compassion des autres qui ont dû faire l'expérience de la maladie en d'autres temps ou qui sont informés de l'inconfort physique qui accompagnent généralement des accès palustres et des dangers encourus par les patients. Les personnes qui font ces aveux publics reçoivent souvent en retour des conseils de leurs interlocuteurs, notamment sur les médicaments les plus à même de les guérir⁷⁴ rapidement. Souvent aussi, ces conseils sont des indications pour qu'ils évitent d'attraper à nouveau le paludisme une fois remis de la présente crise.

⁷² Il existe 4 facultés de médecine dans les universités d'Etat, 4 universités privées de formation médicales, une école de formation du personnel paramédical dans chaque province et plusieurs écoles privées dans le pays.

⁷³ Appellation familière du paludisme.

⁷⁴ L'automédication y trouve souvent une bonne place. Certains interlocuteurs plus avertis conseillent au malade d'aller voir le personnel

Un phénomène récent a transformé les cars de transports publics interurbains en des lieux de vente de médicaments et gadgets de santé par des personnes sans qualification aucune. Ces individus parlent de plusieurs maladies, y compris du paludisme. Ils en profitent pour vendre des baumes répulsifs pour la prévention des piqûres des moustiques. Les transports publics ont acquis cette spécificité à la suite de la circulation incontrôlée de produits pharmaceutiques venant le plus souvent des pays asiatiques dans le pays.

Nous pouvons conclure en l'existence des lieux de prédilection de l'énonciation des discours sur le paludisme au Cameroun. Toutefois, il faut noter que ces lieux ne sont guère spécifiques ou exclusifs pour ce genre de discours ; on parle en effet du paludisme un peu partout au Cameroun. La conséquence directe en est que les discours standards sont souvent pris dans des interdiscours, ce qui est de nature à influencer positivement ou négativement les pratiques des camerounais sur la prévention de cette maladie.

Avec l'identification des lieux électifs d'énonciation des discours sur le paludisme, nous achevons la présentation des pré-requis annoncés plus haut pour l'existence de tels discours dans l'espace social. Nous pouvons, à présent, tenter de comprendre les différentes stratégies utilisées pour leur construction.

C - Stratégies de construction des différents discours sur le paludisme au Cameroun

Les discours sur le paludisme sont l'expression finale de l'utilisation conjuguée des savoirs disponibles sur la maladie et de l'orientation voulue des élocuteurs à l'endroit des élocutés. Comment se construisent-ils ? Les acteurs sociaux intervenant dans la production de ces discours sont nombreux et ne jouissent pas nécessairement d'une expertise précise. De plus, il n'y a pas d'instance de standardisation ou de validation de ces discours. Le dénominateur commun de cette construction est que dans tous les discours, le paludisme est avant tout appréhendé comme une maladie. Aussi la séquence de production de ces discours débute presque toujours par la mise en place d'éléments qui entérine cette thèse. A cela s'ajoutent ensuite des éléments qui permettent à l'élocuteur d'exprimer une idée en rapport avec le paludisme, et d'essayer d'atteindre le but visé auprès de l'élocuté. La chaîne de production des savoirs utilisés pour la construction de tels discours se situe à un triple niveau :

- au niveau du savoir scientifique où les chercheurs fondent leurs investigations sur les valeurs, les croyances, le langage et les techniques de la biomédecine. Ils recourent donc directement au modèle explicatif biomédical pour décider des informations à prendre en compte, formuler des hypothèses et choisir les conclusions à tirer pour rendre compte de la transmission du paludisme et des moyens de lutte pour empêcher à l'agent pathogène de transmettre la maladie à l'homme.

- les savoirs *modernes* de terrain : Nous qualifions ces savoirs de modernes par opposition aux savoirs traditionnels. Ils sont produits par les acteurs modernes (personnel de santé et pharmaciens d'une part et toute autre personne impliquée dans l'assainissement du milieu et la lutte contre la prolifération des moustiques et le contact moustique-homme qui favorise la transmission du paludisme). Le socle de ces savoirs est constitué par le savoir scientifique. En effet, les acteurs modernes de la lutte contre le paludisme n'attendent pas tous d'expérimenter les différents savoirs sur la prévention de la maladie avant de les intégrer dans leurs discours. Ils prennent le savoir scientifique sur la maladie et les aspects liés à sa prévention comme des savoirs standard auxquels ils ajoutent parfois des savoirs issus de leurs

propres expériences. En effet, la réalité propre à la lutte contre cette maladie dans l'environnement social camerounais amène certains de ces acteurs à développer des savoirs en rapport avec la prévention thérapeutique, les dispositifs de protection contre les piqûres des moustiques (pose de grilles sur les ouvertures de maison, utilisation de pommades répulsives pour éloigner les moustiques) etc.

savoirs traditionnels : Ils se fondent sur des modèles explicatifs culturels sur l'endémie. Ces modèles varient d'une culture à une autre dans le pays, d'où la variété des savoirs qui aliment les discours des tradi-praticiens sur la maladie. Il convient toutefois de noter qu'avec le rapprochement entre les praticiens de la médecine conventionnelle moderne et ceux de la médecine traditionnelle, ces savoirs traditionnels sur le paludisme ont connu l'incorporation de quelques éléments du savoir scientifique. Parler même du moustique comme l'agent pathogène du paludisme est un des exemples de cette incorporation de nouveaux savoirs. Certains praticiens de la médecine traditionnelle parlent aussi par exemple de l'utilisation de la moustiquaire dans la prévention de la maladie ; ce qui est un acquis des investigations des techniques modernes de prévention de la maladie.

Ce sont ces savoirs qui ont permis de construire les éléments fondateurs des discours que nous avons décrits tout au début du présent chapitre. Ces éléments fondateurs forment le socle sur lequel s'appuient les différents acteurs pour construire leurs discours, généralement suivant les stratégies recommandées au niveau mondial dans la lutte contre la maladie. Ces stratégies globales peuvent changer d'un moment à l'autre en fonction de plusieurs paramètres (scientifiques, politiques, économiques, etc.), ce qui entraîne des réaménagements constants dans ces discours. Nous allons examiner, dans le chapitre suivant, les grands changements observés à travers l'énonciation de ces discours au cours de la période de notre étude.

Chapitre 3 Énonciation des discours sur le paludisme au Cameroun

A ce stade de notre travail, le dispositif de construction des discours sur le paludisme au Cameroun est totalement mis en place. Il nous reste à présent à examiner les modalités de son énonciation dans l'espace social camerounais pendant la période de notre étude. En nous investissant dans une telle entreprise, nous ne perdons pas de vue que le paludisme est une vieille endémie tropicale causant quotidiennement beaucoup d'épisodes morbides et de nombreux décès au sein des populations. L'énonciation des discours auxquels nous faisons allusion est sans doute à incriminer pour une exploitation peu appropriée des recherches scientifiques et des savoirs accumulés sur la pathologie. Cette hypothèse, somme toute pessimiste, tient pour les discours de santé publique sur la maladie dont la vocation est de suggérer aux populations menacées par la maladie, des actions leur permettant d'éviter d'en souffrir et d'en mourir. Mais, il est aussi bon de relever que cette énonciation se fait dans un contexte politique, économique et social bien déterminé, toute chose qui peut impacter, de quelque manière, la prévention de cette pathologie au Cameroun pendant la période qui nous intéresse.

Le présent chapitre vise à explorer les techniques utilisées par les différents acteurs de la communication sociale au Cameroun pour énoncer les discours sur le paludisme.

Du point de vue de l'organisation du chapitre, nous commencerons par une présentation sommaire des caractéristiques de l'énonciation des discours, puis nous examinerons cette énonciation pour les différents types de discours⁷⁵ individualisés plus haut. Il nous semble bien indiqué de scinder la période d'étude en suivant les grands moments de l'évolution de la lutte contre cette maladie dans le monde.

I – Caractéristiques générales de l'énonciation des discours sur le paludisme au Cameroun

Les discours sur le paludisme au Cameroun présentent-ils des caractéristiques spécifiques ? Certainement oui. La construction des savoirs sur cette pathologie nous a, en effet, donné à comprendre que les discours internationaux sur cette pathologie font ensuite l'objet d'une adaptation dans les pays en fonction des spécificités propres de ceux-ci (notamment des systèmes nationaux de santé, des contextes économiques, politiques et sociaux). La présentation de l'énonciation des différents types de discours visés sera d'autant plus intelligible qu'elle indiquera l'orientation générale des discours internationaux pendant la période considérée et les conditions dans lesquelles l'adaptation de ces discours internationaux au contexte local s'est produite.

De façon générale, les discours sur le paludisme dont nous venons d'examiner les modalités de production sont utilisés suivant des dispositifs de communication qui visent un triple objectif :

- d'abord présenter la situation générale d'une endémie dont les conséquences mondiales sur le plan de la morbidité et de la mortalité sont très importantes et montrer qu'il s'agit néanmoins d'une pathologie sur laquelle les savoirs sont aujourd'hui fort avancés ;
- ensuite, contribuer à la mobilisation des moyens techniques, logistiques et financiers pour permettre au pays de faire face à l'endémie, et ;
- enfin, inciter les populations à prendre la pleine mesure de la gravité de la situation de la maladie dans le pays et à adopter les mesures de santé publique préconisées pour la prévenir.

Ce troisième objectif qui est celui d'une communication persuasive en santé Publique met en jeu un système d'interactions sujets sociaux-dispositif de production où les acteurs de la lutte contre le paludisme, dotés d'intentionnalités spécifiques, conçoivent un dispositif de communication de manière à orienter les attitudes et comportements des citoyens par rapport à la prévention du paludisme. Au nombre de ces dispositifs de communication, l'on peut signaler :

1. les discours et allocutions ;
2. les rencontres scientifiques ;
3. les prestations médiatiques, et ;
4. l'utilisation du matériel d'information, d'éducation et de communication (IEC) combinant les éléments scripturaux et les éléments iconographiques pour la sensibilisation des populations.

Le tableau ci-après montre un inventaire, non exhaustif, de ce type de dispositifs communicationnels utilisés principalement dans la sensibilisation des populations entre 1996 et 2004.

⁷⁵ Nous suivons ici la discrimination que nous avons faite pour ces discours tout au début du chapitre précédent.

Dépliants	6	1999, 2003, 2004	MSP, OMS, UNICEF, AAPPEC, Plan Cameroon, BASICS, PSI, SFPS, USAID
Affiches	14	1997, 1999, 2003, 2004	MSP, OMS, Plan Cameroon, PMSC/ACMS, ADRA Cameroon, OCASC, USAID, FEMEC
Panneaux	6	2004	ACMS, Roll Back Malaria, ADRA Cameroon, OCASC, USAID, FEMEC.
Boîtes à images	1	2003	BASICS, PSI, SFPS, USAID
Calendrier mural	6	2004	MSP, ACMS, Roll Back Malaria, ADRA Cameroon, OCASC, USAID, FEMEC
Spots radio	3	2004	ACMS, MSP
Micro-programmes en radio	3	1999	MSP, OMS
Micro-programmes en television	3	1999	MSP, OMS
Emballage du kit d'imprégnation des moustiquaires	1	2004	ACMS

Tableau 4 : Inventaire des discours déclinés sur supports IEC dans le cadre de la lutte contre le paludisme au Cameroun (1996-2004)

(Source : R. Mbouzeko (2004 : 57- 58))

Ce matériel a été élaboré soit par le PNLP avec la collaboration de ses partenaires, soit par les partenaires eux-mêmes. Les statistiques sur les quantités produites et la distribution globale dans le pays ne sont pas disponibles au niveau du PNLP. Les productions et les ventilations ont été faites suivant des besoins ponctuels et sans coordination par cette structure nationale de lutte contre le paludisme. Nous publions ledit tableau pour simplement indiquer le type de supports de communication fréquemment utilisées pour la vulgarisation des discours, principalement des messages de santé publique, sur la prévention du paludisme au niveau opérationnel. Après l'année 2004, la lutte contre cette endémie a encore bénéficié de la production du matériel IEC, mais dans la même logique, sans centralisation des données statistiques sur les quantités produites et sur les distributions faites dans le pays.

Les caractéristiques générales de l'énonciation des discours sur la prévention du paludisme étant ainsi globalement présentées, nous voulons examiner l'énonciation de ces discours au Cameroun

- avant la conférence ministérielle mondiale sur le paludisme tenue à Amsterdam en 1992 ;
- depuis la conférence ministérielle mondiale sur le paludisme qui a abouti à l'adoption de la stratégie mondiale de lutte contre le paludisme, en 1992, jusqu'à la fin du second millénaire, et enfin ;
- pendant la première décennie du troisième millénaire.

II - Enonciation des discours sur le paludisme avant la conférence ministérielle mondiale de 1992

La conférence ministérielle mondiale sur le paludisme de 1992 a été organisée sur proposition de la 85^e session du Conseil Exécutif de l'OMS en janvier 1990. Elle s'imposait alors comme l'occasion *sine qua non* de la réorganisation de la lutte contre cette endémie tropicale, eu égard à la gravité et à la complexité croissantes du paludisme dans le monde, puis au constat d'une certaine négligence observée chez les populations vis-à-vis de la maladie en cette période. Pour comprendre l'énonciation des discours sur cette pathologie au niveau du Cameroun avant cette conférence, il faut d'abord s'appesantir sur les grandes lignes des discours internationaux du moment. Produits principalement par l'OMS, ces déclarations internationales contiennent l'essentiel des stratégies de lutte et recommandations qui nourrissent les discours au niveau des pays. Pendant la période précédant la conférence d'Amsterdam, les discours internationaux relèvent un certain nombre de faits ; nous en présentant les quatre plus saillants.

Premièrement : Le constat de l'échec de l'éradication du paludisme et de la non préparation de l'Afrique tropicale pour l'éradication de la maladie. C'est, en substance, l'émanation des résolutions de la troisième conférence africaine du paludisme organisée à Yaoundé en juillet 1962. Le 9^e rapport du Comité d'experts de l'OMS, à l'issue de cette conférence, a relevé que les programmes d'éradication ne peuvent démarrer que dans les pays où il est possible d'obtenir et de maintenir l'interruption de la transmission du paludisme dans toutes les éventualités épidémiologiques. Or, ces conditions n'étaient réalisées en Afrique qu'en Union Sud-africaine⁷⁶, au Swaziland, dans certaines régions de la Rhodésie⁷⁷ et à Maurice⁷⁸ (J. Mouchet et al, SD).

L'insuffisance des infrastructures sanitaires et administratives était alors indexée comme les causes principales de cet échec. Les autres causes de la persistance de la transmission sont le résultat d'un ensemble de facteurs interférant les uns avec les autres et rendant difficile l'évaluation de l'importance respective de chacun d'entre eux (J. Mouchet et al, op. cit). Le premier de ces facteurs avait trait à l'efficacité de l'insecticide utilisé pour les pulvérisations. Dès 1947 et 1950, l'on avait constaté la faible mortalité de certains anophèles dans les maisons traitées au DDT à Lagos et au Tanganyika. Ces résultats furent controversés, mais en 1961 au Nord-Nigeria, dans des maisons traitées, le DDT pulvérisé,

⁷⁶ L'actuelle République Sud-Africaine

⁷⁷ Zimbabwe actuellement.

⁷⁸ L'Ile Maurice.

à raison de 2 g/m², provoquait une mortalité de ces anophèles inférieure à 30% trois mois après les aspersions, traduisant alors le faible effet irritant et l'insuffisance de la toxicité de l'insecticide vis-à-vis des vecteurs de la maladie.

Le second facteur était relatif aux problèmes écologiques et épidémiologiques. Dans les zones de savanes holoendémiques, où les vecteurs se nourrissent en prélevant du sang alternativement sur homme et sur le bétail et où ils ont des gîtes naturels, l'échec était absolument général et sans appel. Par contre, dans les réglons de forêt sans bétail et où les gîtes naturels sont, pour la plupart, détruits par l'activité humaine, l'arrêt de la transmission a été obtenu localement.

Le troisième facteur concernait les problèmes humains (mouvements des populations, habitat, coutumes locales). Les populations sont souvent appelées à se déplacer pendant des périodes plus ou moins longues pour exercer leurs activités agricoles ou pastorales. En zones rurales, l'habitat est généralement pauvre. Les maisons mal construites se dégradent rapidement en entraînant la disparition des revêtements d'insecticides. De plus, le grand nombre d'ouvertures, voire souvent l'absence de murs, favorise l'exode des moustiques. S'agissant des habitudes des populations, certaines sont casanières (dans les régions forestières) ; elles rentrent tôt le soir dans leurs demeures. D'autres, par contre, passent une partie ou toute la nuit à l'extérieur (pour des raisons diverses et surtout en zones littorale et de savane). La transmission peut alors être partiellement extradomiciliaire et les vecteurs se reposant à l'extérieur sont sans contact avec les insecticides. Ce phénomène contribue à l'échec des opérations antipaludiques bien que n'en étant généralement pas la cause majeure.

- Deuxièmement : L'arrêt des campagnes de chimioprophylaxie de masse pour prévenir les accès palustres. Dans les régions hyper-endémiques, en effet, les antipaludéens courants comme la nivaquine devaient être pris toutes les semaines et par au moins 90% de la population. Or, les distributions se sont avérées assez onéreuses pour les Etats ; de plus, l'expérience a montré que la participation des populations aux premières distributions est généralement massive, mais, on observe rapidement un certain désintéressement et l'absentéisme s'accroît rapidement par la suite. Avec cet arrêt des campagnes de chimioprophylaxie de masse, la nécessité d'instituer l'éducation sanitaire de masse s'est imposée pour aider les populations à continuer à bien observer les mesures courantes de prévention.

- Troisièmement : Les résistances aux antipaludéens jusque-là efficaces dans la prise en charge des accès palustres. Tel est le cas pour la nivaquine ou la chloroquine dont le phénomène de résistance a obligé les chercheurs à s'investir dans la recherche de nouvelles molécules, plus efficaces et plus chères, pour la prévention secondaire du paludisme.

- Quatrièmement : L'investissement dans la recherche d'un vaccin contre le paludisme avait déjà débuté dans les années 1970 et s'est poursuivi pendant toute la période. Les résultats sont prometteurs en 1987, même s'ils ne sont pas encore concluants. Qu'en est-il des discours sur la cette maladie au Cameroun ?

L'énonciation de ces discours porte sur les différentes réformes du système de santé qui ont une influence sur la prévention de la maladie. Elle intègre notamment : la mise en pratique des soins de santé primaires, conformément aux résolutions de la conférence internationale de Alma Ata en 1978 ; l'organisation du système de santé telle que convenue à la conférence de l'OMS à Lusaka en 1985 et le financement de la santé conformément à l'initiative de Bamako adoptée en 1987 (R. Okalla et A. Le Vigouroux, SD). Puis

suivra une réflexion, dès 1989, sur la réorientation des soins de santé primaires suivant les recommandations de l'OMS, avec l'identification du district de santé comme l'unité opérationnelle du système de santé. Les différents discours sur le paludisme au Cameroun sont apparus ainsi qu'il suit pendant la période :

A - Discours de santé publique sur le paludisme au Cameroun

Ces discours comprennent des énoncés standards sur les causes et les symptômes de la maladie, ainsi que les mesures élémentaires de prévention. En l'absence d'une politique nationale clairement définie pour la lutte le paludisme dans le pays, l'essentiel des discours sur cette maladie est ainsi organisé :

- *Au niveau stratégique* : les discours servent à l'élaboration des stratégies de lutte, d'abord orientées vers l'appui aux campagnes de masse, puis, basées sur les principes des soins de santé primaires. L'OMS (1978) présente en effet les soins de santé primaires comme :

« des soins essentiels fondés sur des méthodes pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables et des technologies universellement accessibles aux individus et aux familles, dans les communautés, à travers leur complète participation et à un coût que la communauté et le pays peuvent prendre en charge à chaque étape de leur développement dans un esprit d'autosuffisance. Ils forment une partie intégrale aussi bien du système de santé du pays dont ils constituent le pilier, que du développement économique et social global de la communauté ».

Des huit composantes des soins de santé primaires, les premières, troisièmes, sixièmes et huitièmes ont été les plus utilisées dans les discours. Elles concernent notamment :

Pour la composante 1 : L'éducation sur les méthodes de prévention et de lutte contre les principaux problèmes de santé ; Pour la composante 3 : L'approvisionnement en eau et des mesures d'assainissement de base ; Pour la composante 6 : La prévention et la lutte contre les endémies locales, et ; Pour la composante 8 : la fourniture des médicaments essentiels.

Ces orientations stratégiques des discours sont difficiles d'application au plan opérationnel.

- *Au niveau opérationnel* : Les discours apparaissant sous forme normative au niveau stratégique vont être déclinés en messages de sensibilisation visant à accompagner les campagnes de chimioprophylaxie de masse dans la perspective de l'éducation sanitaire à l'endroit des individus. Les populations sont, par cette voie, progressivement initiées à l'identification des symptômes de la maladie et à la recherche de médicaments recommandés pour une prise en charge convenable des accès palustres (nivaquine ou chloroquine, puis, d'autres médicaments plus efficaces). En 1989, les éléments fondateurs de ces discours ont été publiés dans la première édition du document *Savoir pour Sauver*, ce qui a contribué à faciliter la construction et l'énonciation des discours de santé publique sur le paludisme.

La structuration en cours du système de santé et l'absence de politique de

lutte indiquant clairement les approches et mesures recommandées, les responsabilités des communautés et des individus dans cette lutte, n'a certainement pas permis de limiter les effets néfastes de cette endémie sur les populations. Le rapport de la conférence

mondiale d'Amsterdam sur le paludisme fait ainsi le point de l'analyse de la situation de la lutte contre cette endémie :

« Les expériences nationales ont mis en évidence un très large éventail de problèmes, propres à tel ou tel pays ou groupe de pays ou au, contraire, généralisés. Au delà de ces problèmes et d'autres aussi graves et courants que la résistance des parasites du paludisme aux médicaments chimiques et des moustiques vecteurs aux insecticides, il est apparu clairement qu'un grand nombre d'obstacles à la lutte antipaludique étaient communs à la grande majorité des pays d'endémie. » (OMS, 1992 : 6)

Ce commentaire reflète les conclusions des travaux auxquels le Cameroun a pris part lors des réunions préparatoires. Il tient aussi pour le discours de santé publique d'alors sur le paludisme au Cameroun. Examinons à présent les discours économiques sur cette maladie pendant cette même période.

B - Discours économique sur le paludisme au Cameroun

Sur le plan économique, deux faits majeurs sont à considérer dans l'énonciation des discours sur le paludisme au Cameroun :

- Le premier fait est l'arrêt des campagnes de pulvérisation communautaire des insecticides, et notamment du DDT au motif qu'une telle stratégie de prévention de la maladie était un investissement trop onéreux dans des pays où les systèmes de santé étaient à peine existants et peu performants.

- Ensuite, la décennie 1980 a été marquée par la survenue d'une crise économique ayant des répercussions dans le domaine de la santé publique. L'Etat, ne pouvant plus continuer à supporter tout seul les dépenses de santé des populations, a commencé à examiner des solutions alternatives. Les discours sur la lutte contre les maladies ont progressivement intégré la contribution financière des patients à leurs soins, notamment à travers des stratégies d'autofinancement de la santé par les individus et les communautés. C'est du reste le principe de l'initiative de Bamako⁷⁹ vulgarisée depuis son adoption en 1987. Le financement de la prévention secondaire du paludisme n'a pas fait exception à cette règle car, les antipaludéens qui étaient distribués gratuitement pendant les campagnes de chimioprophylaxie de masse, ou donnés gratuitement dans les formations sanitaires, sont progressivement vendus aux patients pendant cette période. Le rapport de la conférence ministérielle d'Amsterdam sur le paludisme relève justement dans l'examen des expériences des pays, le manque de fonds dans le secteur de la santé, accentué par la crise économique du moment (OMS, 1992 :7). Quelle a été l'évolution du discours politique sur cette prévention ?

C - Discours politique sur le paludisme au Cameroun

Ce type est apparu presque inexistant avant 1992. Il faut toutefois noter que

les autorités politiques, et plus spécifiquement le ministre en charge de la santé, ont approuvé et autorisé la mise en œuvre des campagnes d'éradication du paludisme au Cameroun et des stratégies que nous avons évoqués en rapport avec les autres discours. Ils ont continué d'inviter les populations à se mobiliser pour lutter contre la maladie et de suivre les conseils de santé prodigués dans les campagnes de sensibilisation. Nos investigations

⁷⁹ Il s'agit d'une stratégie adoptée à Bamako, Mali au cours d'une réunion organisée par l'OMS et qui vise à faire supporter une partie des dépenses de santé par un paiement direct des patients qui viennent se soigner dans une formation sanitaire.

ne nous ont pas permis d'identifier des actions significatives de plaider en direction des bailleurs de fonds et autres structures influentes pour susciter leur adhésion et mobiliser des ressources additionnelles pour appuyer cette prévention dans le pays pendant cette période.

D - Autres discours sur le paludisme au Cameroun

Pendant cette période, le paludisme a été assez souvent le sujet de discussion entre plusieurs acteurs sociaux. Du fait de la menace que la maladie constitue pour l'homme, le paludisme est un élément du vécu quotidien des individus. Les échanges discursifs impliquant ce sujet collent souvent à l'actualité conjoncturelle. Par exemple, à la fin de la décennie 1980, la transmission concomitante du paludisme et du SIDA a été au menu de discussions entre experts et entre individus sans expertise. Le paludisme a meublé beaucoup d'autres échanges de moindre importance au sein du milieu social camerounais.

Les discours dont nous venons d'examiner l'énonciation ont trait à la médecine conventionnelle moderne. La médecine traditionnelle pendant cette période souffre aussi d'un problème d'organisation. Encore englués dans les méandres culturels, les discours sur le paludisme relevant de la médecine traditionnelle restent essentiellement tributaire des pratiques qui varient d'une région du pays à l'autre. Au total donc, avant 1992, les discours sur le paludisme sont ceux de la perte d'espoir de débarrasser la planète de cette maladie contrairement aux projections antérieures de l'OMS. Ces discours ont aussi été marqués par la fin des campagnes de chimioprophylaxie de masse, l'apparition des résistances à la chloroquine, l'organisation progressive du système de santé pour assurer la prévention individuelle des accès palustres dans un contexte de crise économique commandant que l'appui des pouvoirs publics à la prévention de la maladie soit suppléé par ceux d'autres partenaires et de la population. Quelle est l'évolution du discours sur cette pathologie après 1992 ?

III - Enonciation du discours sur le paludisme depuis la Conférence Ministérielle Mondiale de 1992 à l'an 2000

Au plan international, les discours sur cette maladie, pendant cette période, ont été largement influencés par la stratégie mondiale de lutte contre le paludisme adoptée à Amsterdam le 27 octobre 1992. Cette stratégie relève, en préambule, la nécessité d'un engagement de tous les gouvernements, de tous les agents de santé et autres acteurs du développement et de la communauté internationale, en faveur de la lutte contre le paludisme. Selon celle-ci :

« Dans la plupart des pays d'endémie, on s'attachera à prévenir la mortalité due au paludisme et à réduire la morbidité et les conséquences sociales et économiques de la maladie en améliorant et en renforçant progressivement les capacités nationales. Cette tâche sera particulièrement ardue dans les pays les moins avancés où un appui durable mettant en jeu la solidarité internationale s'impose. » (OMS, 1992 :12)

Aussia-t-elle recommandé le développement des composantes suivantes

Pour une lutte conséquente contre cette maladie :

1. Le diagnostic précoce et le traitement rapide ;

2. La planification et la mise en œuvre de mesures de prévention sélectives et durables, y compris la lutte antivectorielle ;
3. La détection précoce, l'endiguement et la prévention des épidémies ;
4. Le renforcement des capacités locales en matière de recherche fondamentale et appliquée pour permettre et favoriser une évaluation régulière de la situation du paludisme dans les pays

Ces discours portent aussi les marques de l'initiative mondiale *Faire Reculer le Paludisme*, partenariat mondial établi en 1998 par l'OMS, le PNUD, l'UNICEF et la Banque mondiale. En collaboration avec les gouvernements, d'autres organismes de développement, des ONG et des entreprises privées, ce partenariat s'efforce à réduire les coûts humains et socioéconomiques du paludisme. L'initiative FRP a été lancée à la suite d'une analyse de la situation de l'endémie dans le monde qui a révélé le manque d'argent et de coordination des actions mondiales pour faire reculer le paludisme. Le paludisme affecte 3,2 milliards de personnes dans le monde et a des effets dévastateurs sur la santé et le développement des pays. A l'issue du lancement de l'initiative, le cadre d'exploitation du partenariat FRP a identifié *le Forum sur le partenariat FRP* comme la structure de coordination de ce partenariat. Il se réunit régulièrement pour débattre, approuver et adopter la vision et les objectifs à long terme de l'initiative FRP et pour en évaluer les progrès.

Les discours sur le paludisme se sont aussi inspirés des objectifs du millénaire pour le développement dont l'adoption par les Nations Unies se situe à la limite de la seconde période qui nous intéresse. Ils puisent pleinement dans l'OMD 6 centré sur une offensive spéciale contre le SIDA, la tuberculose, le paludisme et d'autres endémies pendant les quinze premières années du troisième millénaire. Au Cameroun, la construction de ces discours a pris en compte un certain nombre d'éléments :

1. D'abord, la poursuite des réformes initiées dans le système de santé engagée depuis la décennie 1980, puis la création du tout premier programme national de lutte contre le paludisme au Cameroun en 1995. Le système de santé retenu au terme des réformes se présente sous une forme pyramidale avec des fonctions et des structures de soins bien déterminés, comme l'indique le tableau ci-dessous.

Niveaux	Structures administrative	Compétences	Structures de soins
Central	Services centraux	Direction politique, élaboration de la politique et des stratégies	Hôpitaux généraux de référence, Hôpitaux centraux, Centre hospitalier et universitaire
Intermédiaire	Délégations régionales	Appui technique aux districts et programmes	Hôpitaux régionaux
Périphérique	Districts de santé / aires de santé	Mise en œuvre des programmes	Hôpitaux de districts, Centres médicaux d'arrondissement, Centres de santé

Tableau 5 : Organisation du système de santé au Cameroun

(Source : Un système de santé en pleine mutation : le cas du Cameroun (R. Okalla & A. Le Vigouroux, SD)

De façon générale, ce système est organisé autour de trois niveaux : central, intermédiaire et périphérique. Le niveau central est celui de conception des politiques, y

compris celles de lutte contre le paludisme. Ces politiques sont mises en œuvre au niveau périphérique, constitué par le district⁸⁰ et les aires de santé. Ces structures bénéficient de l'appui technique du niveau intermédiaire assuré par les structures régionales de santé. Situé au niveau du district de santé, le centre de santé est la première structure qui accueille le malade. Il y a, toutefois, des activités comme l'éducation sanitaire qui sont menées dans les communautés. A chacun de ces niveaux de la pyramide sanitaire et au sein des communautés se développent des discours soit en rapport avec les stratégies en vigueur pour la lutte contre le paludisme, soit présentant des projections culturelles des individus sur cette maladie.

- Le second fait est la poursuite de la récession économique dans le pays avec, à la clef, la dévaluation du franc CFA de moitié par rapport au franc français dans les 14 pays africains de la zone monétaire CFA, dont le Cameroun, et du tiers aux Comores. L'annonce de ce réajustement monétaire est intervenue le 11 janvier 1994. Cette décision a eu des répercussions dans le secteur de la santé en général et dans la lutte contre le paludisme en particulier.
- Par ailleurs, en 1997, pour rétablir les équilibres macroéconomiques et financiers du pays, le Cameroun a sollicité l'éligibilité à l'initiative d'allègement de la dette accordée aux pays pauvres très endettés. Des stratégies sectorielles ont ainsi été élaborées dans les secteurs de la santé, de l'éducation, de l'agriculture et des infrastructures. Les allègements sollicités devaient, entre autres, impulser le développement de ces secteurs afin de les rendre plus performants.
- Enfin, en 1999, lors d'une mission conjointe de la Banque Mondiale et du FMI dont l'objet était la revue du document-cadre de politique économique et financière du pays, le gouvernement s'est engagé à élaborer un document de stratégie sectorielle pour la santé, accompagné d'un plan d'action pluriannuel chiffré. Cette stratégie devait prendre en compte les orientations de la politique nationale de santé exprimées dans le plan national de développement sanitaire 1999-2008 dont les trois principaux objectifs étaient de :
 - rendre les districts de santé fonctionnels et performants ;
 - maîtriser la progression de l'infection à VIH et sida à travers un programme de lutte centré sur le district de santé, et ;
 - développer puis mettre en place, au niveau des districts, des mécanismes décentralisés de financement des soins de santé, ainsi qu'un système performant de mutualisation du risque maladie (R. Okalla & A. Le Vigouroux, op. cit.).

Compte tenu de ce qui précède, l'énonciation des discours de prévention

du paludisme, pendant la période qui nous intéresse, s'est présentée dans le pays comme suit :

A - Discours de santé publique sur le paludisme au Cameroun

Ces discours, à l'instar de ceux de la période d'avant 1992, intègrent les énoncés standards sur les causes et la transmission de la maladie. Toutefois, ils se focalisent peu sur l'élimination du vecteur de la maladie, le moustique, comme c'était le cas lorsque les efforts

⁸⁰ Le district est la plus petite unité opérationnelle du système de santé. Il est lui-même subdivisé en aires de santé. L'aire de santé est constituée par un village ou un ensemble de villages avec une population bien définie et généralement desservie par un centre de santé qui a la responsabilité des activités de santé au sein de l'aire de santé.

visaient encore à éradiquer le paludisme du pays. Ils ont beaucoup plus trait à la protection des individus contre les piqûres des moustiques qui transmettent la maladie et à la prise en charge des accès palustres dans les formations sanitaires. La nuance à relever ici est que ces discours mettent un accent particulier sur la formation sanitaire comme le lieu recommandé à consulter par les patients dès l'apparition des premiers symptômes de la maladie. Concomitamment, ces discours relèvent le renforcement de l'éducation sanitaire dans les communautés pour faciliter l'identification des symptômes de la maladie.

Ainsi, les discours de santé publique sur le paludisme au Cameroun pendant cette période sont caractérisés par :

- L'éducation sanitaire dans les communautés pour l'utilisation des mesures d'hygiène et d'assainissement permettant de lutter contre la prolifération des moustiques ;
- L'incitation à recourir à une formation sanitaire pour la prise en charge précoce des accès palustres. Cet aspect du discours de santé publique apparaît clairement dans les messages de sensibilisation déclinés sur plusieurs supports de communication et dont la quintessence est : *Si vous avez des frissons et des maux de têtes fréquents, surtout en fin de journée, c'est peut-être le paludisme. Allez rapidement à l'hôpital ;*
- L'identification de la femme enceinte et de l'enfant de moins de 5 ans comme les cibles les plus fragiles de la maladie. Afin de les amener à mieux se protéger du paludisme, le programme national de lutte contre cette maladie recommande la moustiquaire pour la protection de ces deux cibles et la prise quotidienne de la chloroquine par la femme enceinte pendant toute la durée de sa grossesse.
- Enfin, ces discours relèvent, au fil des ans, l'augmentation de la résistance du plasmodium à la chloroquine et recommandent l'utilisation alternative d'autres antipaludéens plus efficaces.

1. *Femmes enceintes et enfants de moins de 5 ans, évitons les piqûres des moustiques qui nous transmettent le paludisme. Dormons toujours sous une moustiquaire.*
2. *Femmes enceintes, Prenez un comprimé de chloroquine chaque jour pendant toute votre grossesse. Ainsi, vous n'attraperez pas le paludisme, votre enfant aussi.*

Tableau 6 : Spécimen de messages au cœur des discours de santé publique sur le paludisme pendant la décennie 1990

(Source : Présent travail à partir des messages de sensibilisation pendant cette période.)

Le tableau 6 ci-dessus donne des spécimens de messages de santé publique au cœur de ce type de discours. Dans les activités de sensibilisation, ils sont déclinés sur différents supports de communication. Sur les supports scripturaux spécifiquement comme les affiches et les dépliants par exemple, ils sont souvent complétés par des messages iconographiques montrant les cibles des messages en train d'exécuter l'action recommandée. Des exemples de ces messages illustrés sont en annexe du présent travail.

De manière générale, les discours de santé publique sur le paludisme au Cameroun pour la période allant de 1992 à la fin du second millénaire s'inscrivent dans une logique qui concentre les efforts sur l'évitement des piqûres des moustiques, notamment par l'utilisation de la moustiquaire, l'éducation sanitaire dans les communautés et l'encouragement des individus à recourir à une formation sanitaire pour la prise en charge précoce des cas

d'accès palustres. Ce type de discours poursuit la mue qu'elle avait amorcé lors de la période d'avant 1992 en s'inscrivant dans un programme, exécuté dans le cadre d'un système de santé en pleine réforme. Il importe aussi de remarquer que ces discours mettent peu d'accent sur les mesures visant à lutter contre la prolifération du vecteur de la maladie dans le pays et se concentrent plus sur la riposte contre les piqûres de moustiques, c'est-à-dire sur les préventions secondaire et tertiaire des cas de paludisme. Les discours économiques sur la prévention seront-ils révélateurs d'un environnement favorable pour accompagner ce choix stratégique de lutte contre la maladie ?

B - Discours économique sur le paludisme au Cameroun

Ces discours ont révélé les conditions économiques difficiles qui entravent la mise en œuvre d'une lutte convenable contre le paludisme au Cameroun pendant la période. Comme nous l'avons relevé plus haut, le Cameroun est frappé par une crise économique sévère qui provoque la dévaluation de sa monnaie (le franc CFA) par rapport au Franc français, la devise qui assurait alors la convertibilité du franc CFA en devises pour les transactions internationales. La conséquence directe de ce réajustement économique est que le Cameroun doit en principe dorénavant payer deux fois plus cher les produits manufacturés non fabriqués localement. S'agissant de la lutte contre le paludisme, ces produits sont les médicaments, notamment les antipaludéens qui ne sont pas fabriqués dans le pays, et les outils de protection contre les piqûres des moustiques, principalement les moustiquaires et les insecticides. Ces discours font aussi l'écho des négociations et dispositions prises par les pouvoirs publics et les partenaires au développement dans le cadre du programme d'ajustement structurel du pays afin d'atténuer les effets néfastes de la crise économique sur le secteur de la santé, en général, et la prévention des endémies comme le paludisme, en particulier.

Sur un autre plan, ces discours se sont appesantis, vers la fin de la décennie 1990, sur les discussions mondiales visant à trouver les voies et moyens d'atténuer les pesanteurs du paludisme sur le développement des pays. En ce sens, ils ont contribué à présenter l'initiative FRP, notamment dans ses objectifs nobles de construction sur les échecs du passé dans la lutte contre cette endémie, en considérant la charge du paludisme comme un obstacle majeur au développement des pays. Ces discours ont ainsi contribué à mettre en exergue les principes de base de l'initiative, notamment :

- Il faut renforcer les capacités des individus et des communautés pour qu'ils prennent eux-mêmes les décisions et les mesures adéquates pour protéger leur santé et améliorer durablement leur bien-être ;
- un accent accru doit être mis sur les besoins des pauvres et des groupes marginalisés ;
- les partenariats pour faire reculer le paludisme doivent compter sur des services de santé fonctionnels tant au niveau local qu'au niveau national. D'où la nécessité de développer le système de santé pour améliorer la qualité et la couverture des soins de santé pour toutes les maladies dont la charge est importante et qui touchent les pauvres ;
- les partenariats pour faire reculer le paludisme sont influencés par les événements extérieurs au secteur de la santé, ce qui suppose qu'il faut mettre davantage l'accent sur les initiatives intersectorielles en faveur du développement ;
- Les participants des programmes pour faire reculer le paludisme ne pourront collaborer de manière harmonieuse qu'à travers des partenariats fonctionnels et souples aux niveaux local, national, interpayes et mondial (OMS, 2000).

Ainsi présentés, les discours économiques sur la lutte contre le paludisme au Cameroun sont encore trop proches de ce qu'ils sont au niveau international. En effet, le programme national de lutte contre le paludisme est encore de création récente et n'a pas les moyens d'assurer le financement de ses activités en cette période de morosité économique du pays. Les budgets nationaux consacrés à la santé restent en effet encore faibles (Cf. tableau 6) et les partenariats pour le financement de la lutte contre les endémies comme le paludisme ne sont guère faciles à construire.

Années	Budget national	Budget MSP	% budget national	% croissance
1990	550 000 000	28 011 574	5,09	-12
1991	572 000 000	25 087 000	4,39	16
1992	573 600 000	29 886 000	5,21	-6
1993	576 000 000	28 169 093	4,89	-25
1994	581 000 000	22 523 000	3,88	-1
1995	682 000 000	22 230 000	3,26	7
1996	727 280 000	24 018 000	3,30	23
1997	1 214 750 000	31 322 000	2,80	23

Tableau 7 : Évolution du budget national et du budget du ministère de la santé (en milliers de FCFA)

(Source : Extrait de l'article Un système de santé en pleine mutation : le cas du Cameroun (R. Okalla & A. Le Vigouroux, SD)

Il ressort de l'examen de ce tableau qu'entre 1990 et 1997, les budgets consacrés à la santé sont largement restés en dessous des 15% du budget national recommandés par l'OMS pour le développement équitable du système de santé dans un pays. Bien plus, l'évolution de ces budgets au fil des ans s'est faite en dents de scie. Les années les plus difficiles auront été 1990 et 1993 pendant lesquelles ces budgets ont accusé une baisse de 12% et 25% respectivement par rapport aux années précédentes. Or, pendant la décennie 1990, l'essentiel des efforts est dirigé vers la consolidation de la mise en place du système de santé. Les budgets consacrés à la prévention des endémies comme le paludisme ne peuvent guère couvrir l'ensemble des besoins qu'exige cette prévention ; il faut donc recourir à des aides extérieures pour le fonctionnement optimal du système de santé et pour renforcer la lutte contre les maladies. Il faut toutefois noter aussi que ces budgets deviennent de plus en plus consistants après la dévaluation du franc CFA en 1994.

Les discours économiques du moment rendent par conséquent compte des efforts d'appui du pays au secteur de la santé en général dans un contexte d'ajustement structurel et de relance de l'économie. Ils montrent aussi l'adaptation du pays à la nouvelle offensive mondiale contre le paludisme, notamment avec la mise en place de structures permettant le démarrage effectif de la nouvelle initiative mondiale pour faire reculer le paludisme dans le monde. Quelle est la situation des discours politiques sur le paludisme pendant cette période ?

C - Discours politique sur le paludisme au Cameroun

Pendant la période d'avant 1992, ce type de discours était peu visible en raison de la construction en cours du système de santé, certes, mais surtout du peu de sollicitation des partenaires extérieurs dans le financement de la lutte contre le paludisme au Cameroun.

Pendant la décennie 1990, les discours politiques sur le paludisme se focalisent sur l'adhésion des autorités sanitaires du pays à la stratégie mondiale de lutte contre le paludisme adopté en 1992, les mesures en vigueur dans le secteur de la santé pour accompagner l'ajustement structurel de l'économie du pays et les nouvelles stratégies mondiales de lutte contre l'endémie. Les quelques éléments saillants de ces discours sont : la déclaration de la politique nationale de lutte contre le paludisme faite en 1997, et surtout l'engagement du président de la république auprès de la directrice générale de l'OMS à appuyer la mise en œuvre de l'initiative mondiale FRP au Cameroun (OMS :1999).

Ces discours montrent donc l'engagement des autorités politiques du Cameroun à assurer la prévention du paludisme chez les populations conformément à la stratégie mondiale de lutte contre cette endémie. Pour cela, des textes réglementaires sont signés pour insérer les éléments de cette prévention à tous les niveaux du système de santé et pour créer un programme national de lutte contre le paludisme. En outre, ces discours montrent la volonté de ces autorités politiques du pays à adopter les nouvelles orientations mondiales dans la lutte contre le paludisme.

D - Autres discours sur le paludisme

A l'instar de la période précédente, les discours sur le paludisme au Cameroun sont certes à ranger dans les trois types précédent, mais il y en a qui ont collé à l'actualité du moment sans nécessairement rentrer dans l'une ou l'autre des types précédents. Ceci s'explique du reste car dans ces discours, les acteurs sociaux font des projections représentatives souvent culturelles ou simplement en rapport avec des éléments presque anodins de la vie courante. Au demeurant, ces discours peuvent influencer d'une certaine manière les attitudes des individus et avoir une incidence notable dans la lutte contre cette endémie.

En rapprochant les différents types de discours sur la maladie au Cameroun, la logique que leur énonciation permet de dégager, pendant cette décennie, relève d'un triple constat :

- d'abord : la formation sanitaire est désormais le lieu de recours indiqué pour la prévention secondaire du paludisme. La prévention primaire devant être assurée soit individuellement, soit collectivement au sein des communautés avec l'appui de l'éducation sanitaire des populations par les agents communautaires. Cependant, il n'y a pas toujours de politique claire pour l'identification de ces agents communautaires ;
- ensuite : la situation conjoncturelle de la décennie est celle de morosité économique qui fait que ni les pouvoirs publics, ni les individus n'ont les moyens financiers suffisants pour assurer une lutte efficace contre cette endémie. Il est urgent de rechercher des appuis extérieurs pour la soutenir durablement ;
- enfin : nonobstant la situation conjoncturelle, il y a grand espoir qu'avec la conjugaison des efforts des partenaires tant au niveau national qu'au niveau international, l'on peut faire reculer l'endémie palustre dans le monde.

Intéressons-nous maintenant à l'énonciation de ces discours dans les premiers jours du troisième millénaire.

IV - Enonciation des discours sur le paludisme a l'aube du troisième millénaire

Le troisième millénaire démarre avec la lutte contre la pauvreté comme une des grandes préoccupations du moment ; au cœur de celle-ci, figure la maîtrise de l'endémie palustre. Les pays pauvres impaludés ou non et les pays riches, indemnes de cette maladie, se concertent, galvanisés qu'ils sont par la détermination inspirée un peu avant le début du siècle par le lancement de l'initiative mondiale FRP. Il est désormais question d'impulser le développement des pays et des populations encore sous le joug de cette maladie en combattant cette dernière de manière frontale. Il n'est plus question, dans cette nouvelle offensive, d'éradiquer le paludisme comme c'était le cas il y a une quarantaine d'années, mais de la contrôler de sorte qu'il ne soit plus une entrave au développement dans les parties du globe où le fléau continue de sévir. Le discours international sur la prévention du paludisme est par conséquent articulé autour des éléments de cette détermination à faire reculer le paludisme. Dans cette optique, ce discours s'adosse sur les faits historiques suivants :

- les 7 et 8 septembre 2000 à New-York, lors de la cinquante cinquième session de l'assemblée générale des Nations Unies, les pays membres s'engagent dans l'épanouissement général des peuples du monde en adoptant *8 objectifs du développement pour le millénaire* dont ils fixent l'échéance en 2015. Au nombre de ceux-ci, l'objectif 6 cible, entre autres, le combat contre le paludisme ;
- les chefs d'Etat et de Gouvernement africains, réunis à un sommet sur le paludisme à Abuja, adoptent la *Déclaration d'Abuja pour faire reculer le paludisme en Afrique* le 25 avril 2000. Celle-ci est assortie d'un plan d'action, un cadre de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation. Il s'agit là d'une onction politique forte pour combattre cette endémie qui entrave le développement des pays impaludés ;
- le Fonds Mondial de Lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme est créé en 2002. C'est une structure dont le but est de mobiliser des ressources financières additionnelles, à travers le partenariat public-privé, et de les mettre à la disposition des pays pauvres. Ces ressources visent à apporter une contribution significative et durable à ces pays pour la réduction des infections, des maladies et des décès dus au SIDA, à la tuberculose et au paludisme ; à réduire la pauvreté à travers les OMD. S'agissant de la prévention du paludisme, la création de ce fonds mondial est apparue comme une parade importante au problème de ressources financières identifiées dans la décennie 1990 constituant une des entraves majeures à la mise en œuvre des activités de la plupart des programmes nationaux de lutte contre cette maladie ;
- le phénomène de résistance du plasmodium aux antipaludéens courants qui s'était signalé depuis le début des années 1980 s'est intensifié au début du troisième millénaire. La bonne vieille chloroquine a été rangée en raison de son inefficacité croissante. Selon l'IRD, l'utilisation des médicaments aux modes d'action indépendants pour prévenir l'émergence de résistances a été recommandée pour le traitement du paludisme au même titre que pour le traitement de la tuberculose et la lutte contre le SIDA.

Ce discours international sur le paludisme a aussi inspiré les différents types de discours sur la maladie au plan national. Nous nous proposons de les passer en revue maintenant.

A - Discours de santé publique sur le paludisme au Cameroun

Ces discours ont conservé les énoncés standards des deux périodes précédentes. Un fait nouveau dans l'énonciation de ceux-ci est l'annonce d'un nouvel élément du savoir dans la transmission de cette maladie au Cameroun. En effet, le Journal *Le Monde*, dans

sa parution en ligne du 28 juillet 2004, révèle qu'une équipe de biologistes français et camerounais dirigée par Didier Fontenille (IRD, Montpellier) et Parfait Awono-Ambene (OCEAC, Yaoundé) a annoncé la découverte d'un moustique du groupe *Anophèles nili*, appelé *Anopheles ovengensis* et considéré comme vecteur secondaire du paludisme. Cette découverte a été faite dans le sud du Cameroun, précisément dans la petite localité éponyme de Oveng⁸¹. *Anopheles ovengensis*, telle qu'on l'a baptisée, vient s'ajouter à *Anopheles gambiae*, *Anopheles funestus*, *Anopheles nili* et *Anopheles moucheti* dont l'action est déjà connue dans la transmission du plasmodium à l'homme. Ce nouveau vecteur de la maladie est comme indiqué sur la photographie ci-après :



Figure 8 : une vue de Anopheles ovengensis, le nouveau type de moustique vecteur du paludisme

(Source : RFI, 2004)

En attendant de mieux comprendre son rôle dans la transmission de la maladie, les responsables du Ministère de la santé publique approchés par le correspondant de RFI, Valentin Zinga, déclarent attendre davantage de renseignements sur le nouveau vecteur avant d'agir. « *Nous n'allons pas pour autant changer notre stratégie de lutte contre le paludisme, laquelle est basée sur la promotion de la moustiquaire imprégnée* » lui a confié le Secrétaire permanent adjoint du PNLP.

Le discours de santé publique sur le paludisme au début du troisième millénaire relève aussi un certain nombre de nouvelles considérations par rapport aux cibles principales de la maladie :

⁸¹ Ce résultat de recherche est publié par Valentin Zinga sur le site de RFI le 22 novembre 2004

- les messages de sensibilisation à l'endroit des populations, notamment ceux sur l'utilisation de la moustiquaire, insistent maintenant que lesdits dispositifs de barrière contre les piqûres des moustiques soient imprégnés d'insecticides à effet rémanent, jugées plus efficaces dans la prévention du paludisme. Ceci représente une évolution par rapport aux discours pendant la décennie 1990 qui se satisfaisaient de l'utilisation de moustiquaires, quels qu'elles soient, par ces cibles. Grâce à l'avènement du fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme et à beaucoup d'autres structures bienfaitrices, des campagnes de distribution gratuite de moustiquaires à ces cibles ont été organisées, à plusieurs reprises, dans le pays pendant cette première décennie du troisième millénaire. Il est important de noter qu'au début de ces campagnes, les moustiquaires devaient être ré-imprégnées tous les 6 mois ; par la suite, avec l'appui de certains partenaires, le PNLP a acquis d'autres types de moustiquaires, « *long-lasting nets* »⁸², imprégnées pour être efficaces pendant plusieurs années sans ré-imprégnation, qu'il a aussi distribuées aux populations. De même, grâce à l'avènement du fonds mondial, la prévention secondaire du paludisme a pu surmonter les écueils grandissants de la résistance aux antipaludéens courants. Le PNLP a notamment institué la prise en charge des accès palustres par des bithérapies (combinaisons d'antipaludéens à base d'artésunate) en remplacement des monothérapies (utilisation d'un antipaludéen à base d'une simple molécule) comme c'était le cas jusqu'au début du millénaire.

La chloroquine n'est plus conseillée dans la prévention de la transmission placentaire du paludisme de la femme enceinte au fœtus, en raison de la résistance du plasmodium à ce médicament. En remplacement et pour plus d'efficacité dans ce mode de prévention, la femme enceinte doit prendre un traitement présomptif intermittent d'antipaludéens dès le troisième mois de sa grossesse, et cela jusqu'à l'accouchement. A la différence de ce qui se passait avant le troisième millénaire, ce traitement doit être pris en présence d'un agent de santé.

Dans une interview accordée à *Cameroon Tribune* en ligne à la préoccupation sur le traitement du paludisme actuellement en vigueur au Cameroun, le 10 février 2010, Dr Jean Rollin Bertrand Ndo, le directeur de la pharmacie au Ministère de la santé publique a déclaré :

« En 2006, le Cameroun a révisé sa politique de lutte contre le paludisme et en ce qui concerne le paludisme non compliqué, le traitement actuellement autorisé, conformément aux recommandations de l'OMS, c'est la combinaison Artesunate-Amodiaquine ou Artemether-Lumefantrine. Le tout en comprimé. Lorsque nous avons des formes sévères, c'est la quinine injectable pour laquelle il n'y a pas de résistance. Pour la femme enceinte, c'est la Sulfadoxine-pyrimetamine. »

A côté de cet éclairage thérapeutique, il faut signaler que la lutte antivectorielle n'est pas très proéminente dans les discours sur le paludisme au Cameroun. Ceci traduit le peu d'orientation de la lutte contre l'endémie vers cette stratégie. Néanmoins, elle est envisagée dans le plan stratégique 2007-2010 de lutte contre le paludisme au Cameroun et elle se fera à travers des aspersions intradomiciliaires à base de DDT. Cet insecticide qui avait été abondamment utilisé dans les années 1950-1960 au cours des campagnes visant l'éradication de la maladie, sera aspergée à des doses qui ne causeront d'ennui ni aux individus, ni aux bêtes, ni à l'environnement.

Les spécimens courants des discours de santé publique sur le paludisme au Cameroun à partir de l'an 2000 se présentent comme suit :

⁸² Moustiquaires longue durée.

1. *Pour éviter les résistances du plasmodium, cessons de traiter les accès palustres avec la chloroquine. En plus, les antipaludéens courants, administrés en monothérapie, sont susceptibles d'entraîner aussi le phénomène de résistance. Traitons les accès palustres en bithérapie avec des combinaisons d'antipaludéens à base d'artésunate-amodiaquine ou des ACT⁸³.*
2. *Pour éviter de transmettre le paludisme au fœtus qu'elle porte dans son sein, la femme enceinte doit prendre un traitement présomptif intermittent à partir du troisième mois de sa grossesse jusqu'à l'accouchement en présence d'un agent de santé.*
3. *Anopheles ovengensis est un nouveau type de vecteur du paludisme découvert au Cameroun, dans le village éponyme d'Oveng.*
4. *Des aspersions intradomiciliaires avec le DDT à faible concentration peuvent assurer une lutte efficace contre la prolifération des moustiques et éviter l'intoxication des individus, en même temps que la pollution de l'environnement.*

Tableau 8 : Spécimens des discours de santé publique sur le paludisme au Cameroun à partir de l'an 2000

(Source : Présente recherche)

Examinons maintenant le discours économique sur le paludisme au Cameroun pendant cette période.

B - Discours économique sur le paludisme au Cameroun

Le début du troisième millénaire est marqué au Cameroun par la reprise de l'économie après l'importante récession de la décennie 1990. Le défi majeur de la prévention des pandémies et endémies du moment, dont le paludisme, est de construire des partenariats forts pour soutenir le financement de la lutte. Aussi le discours économique sur le paludisme au Cameroun se construira-t-il sur les relations entre le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme et le Cameroun pour le financement des interventions dans ce domaine, puis sur le financement des dispositifs de prévention et sur les médicaments antipaludéens.

S'agissant des relations entre le pays et le Fonds mondial, l'on se souvient que le financement du secteur de la santé était un véritable défi pendant la décennie 1990. Le lancement de l'initiative mondiale FRP visait, entre autres, à relever ce défi dans le cadre de la lutte contre le paludisme. Depuis sa création en 2002, le Fonds mondial est devenu la principale source de financement des programmes de lutte contre ces trois maladies, avec 19.3 milliards de dollars US de financements approuvés pour plus de 572 programmes répartis dans 144 pays. Il fournit le quart du financement international de lutte contre le SIDA, les deux tiers du financement mondial de lutte contre la tuberculose et les trois quarts du financement mondial de lutte contre le paludisme.

Dans la pratique, au niveau des pays, la structure technique pour la coordination de la préparation des propositions de financement à soumissionner est le *Country Coordinating Mechanism* (CCM). Elle travaille avec les partenaires du secteur public, privé et de la société civile, puis envoie les propositions consolidées de financement au secrétariat du fonds. Ces propositions sont étudiées par un Groupe d'examen technique indépendant comprenant des spécialistes des maladies et des experts en développement qui fait des propositions au conseil d'administration du fonds. Au terme de ses travaux, le conseil d'administration du fonds approuve ou rejette la proposition de financement. Si la proposition est retenue, les fonds sont envoyés au pays qui met en œuvre les interventions et rend compte au Fonds. Les récipiendaires du Fonds mondial doivent se conformer à des normes rigoureuses

exigeant des programmes qu'ils atteignent des objectifs spécifiques pendant toute la durée des subventions. Le public peut suivre l'avancée de toutes les subventions sur le site internet du Fonds mondial, qui met à disposition des évaluations indépendantes de la performance de l'organisation ainsi que des documents ayant fait l'objet de discussions lors des réunions du Conseil d'administration.

La parution en ligne du Journal *L'effort Camerounais* publie l'article suivant sous la plume de Gildas Mouthé : *Santé : Il n'y aura pas de rupture de stocks des antis rétroviraux au Cameroun*. Celui-ci précise que le Cameroun a présenté 20 soumissions aux neuf appels à proposition (également appelé round) lancés par le fonds mondial entre 2002 et 2009. Sur les vingt soumissions, huit ont été éligibles au financement pour un montant global de 154 milliards FCFA. Le pays a fait trois soumissions d'un montant global de 163 milliards 995 millions de francs CFA pour le compte du 9^e appel à propositions lancé le 1^{er} octobre 2008. Le conseil d'administration du fonds mondial a classé les soumissions sur le paludisme et la tuberculose en catégorie 2, donc éligibles au financement mondial, pour un montant total de 84 milliards 619 millions de francs CFA. Par contre, la soumission VIH et SIDA, d'un montant d'environ 79,4 milliards de francs CFA, a été classée en troisième catégorie et ne pouvait pas bénéficier des financements du fonds mondial au cours de ce round.

Signalons que ces discours relèvent, par ailleurs que pour atteindre le point d'achèvement de l'initiative en faveur des l'initiative pays pauvres très endettés à laquelle le pays avait souscrit en 1997 dans la perspective d'obtenir la réduction de sa dette, le Cameroun devait, entre autres mesures, s'assurer qu'au moins 5% des femmes enceintes utilisent les moustiquaires imprégnées, au titre de la protection et prévention contre le paludisme. Le point d'achèvement de cette initiative a été atteint, pour le Cameroun, le 1^{er} mai 2006.

Les discours économiques sur la prévention du paludisme pendant cette période ont aussi trait à l'implication du secteur privé dans le financement de la lutte contre le paludisme au Cameroun. Il s'agit là d'une nouveauté qui rentre en droite ligne de la responsabilité sociale d'entreprise. Des entreprises financent ainsi, de temps à autres, des campagnes de sensibilisation des populations situées dans leurs zones d'intervention, et elles supportent aussi des campagnes de distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticides au profit de ces populations.

C'est le cas de l'entreprise américaine Exxon Mobil et de sa filiale camerounaise COTCO qui s'occupent du pipeline Tchad-Cameroun. Exxon Mobil est le plus grand donateur-entreprise non pharmaceutique qui se consacre aux efforts de développement et aux recherches sur le paludisme dans les pays d'Afrique centrale et australe dont l'Angola, le Nigeria, la Guinée équatoriale, le Tchad, le Cameroun, le Kenya et l'Ouganda. Le 11 août 2008, le président d'Exxon Mobil déclarait dans les colonnes du *Business Wire* :

« Pour gagner la lutte contre le paludisme, nous devons attaquer la maladie sur plusieurs fronts [...] Exxon Mobil s'est engagé dans cette lutte et c'est la raison de toutes nos activités qui consistent à aider au développement de nouveaux médicaments, à faciliter la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide dans les endroits où celles-ci sont essentielles et à soutenir des programmes permettant d'éviter la propagation de la maladie. » (in Caducee.net)

Sur un autre plan, à l'occasion de l'organisation de l'édition de la coupe du monde 2010 en Afrique, des vedettes camerounaises, au premier rang desquels les anciens footballeurs Roger Milla et Joseph-Antoine Bell, ont lancé la campagne « *Football contre paludisme* » en collaboration avec des fédérations nationales de football de certains pays africains dont

le Cameroun. L'objectif visé par cette campagne est de parvenir à l'accès universel aux moustiquaires et aux médicaments contre le paludisme et sauver des millions de vies en Afrique, d'ici la prochaine Coupe du monde, en 2014.

Au total donc, des discours économiques énoncés témoignent d'une réelle mobilisation tant au Cameroun qu'au niveau international visant à faire libérer des appuis substantiels afin de supporter la lutte, tous azimuts, du paludisme au Cameroun. Quelle est la situation des discours politiques sur cette maladie ?

C - Discours politique sur le paludisme au Cameroun

Le troisième millénaire a démarré avec une volonté politique mondiale de faire reculer le paludisme dans le monde pour faire avancer le développement économique et social des pays pauvres dans lesquels sévit l'endémie palustre. Le discours politique sur cette maladie au Cameroun montre la détermination des autorités sanitaires et des pouvoirs publics camerounais à s'arrimer à cette mouvance générale. Au nombre des initiatives dans ce domaine :

- la participation au sommet d'Abuja sur le paludisme en l'an 2000 et l'adoption de la déclaration des chefs d'Etats et de Gouvernements sur l'initiative *Faire reculer le paludisme en Afrique*. C'est ce qui justifie aussi que depuis lors, le Cameroun a commémoré le 25 avril de chaque année, depuis 2001, la Journée africaine du paludisme, et depuis 2008, la journée mondiale du paludisme ;
- l'élaboration et la mise en œuvre de plans stratégiques de lutte contre le paludisme au Cameroun pour les périodes 2001-2005 et 2007-2010. Ces documents normatifs ainsi que les textes de lois signées au cours de la période 2000-2010, canalisent l'essentiel des interventions du gouvernement et des partenaires dans le domaine de la lutte contre cette maladie dans le pays. Les propositions de financement au Fonds mondial s'adosent à ces documents ;
- la réflexion sur l'intégration de la médecine traditionnelle dans le système national de santé qui a abouti à la préparation d'un cadre réglementaire pour cette forme de médecine. Il s'agit, à terme, d'exploiter la complémentarité entre la médecine conventionnelle moderne et la médecine traditionnelle. Cela sera tout aussi bénéfique pour la lutte contre le paludisme au Cameroun ;
- enfin, les plus hautes autorités du pays n'ont pas eu de cesse de profiter des tribunes internationales pour plaider et solliciter un appui continu des pays riches à l'endroit des pays pauvres, dont le Cameroun, afin de les aider à se débarrasser du fardeau des maladies comme le paludisme. Elles ont aussi exploité différentes occasions pour encourager les populations à se mobiliser contre le fléau paludique.

Les discours politiques ont donc été variés au cours des dix premières années du troisième millénaire. Ils ont contribué à montrer que le Cameroun est engagé dans la lutte contre le paludisme et se donne les moyens politiques de soutenir la lutte contre cette maladie.

D - Autres discours sur le paludisme

A côté des types de discours précédents sur le paludisme, il en existe d'autres en rapport avec le vécu quotidien de la maladie ou qui traduisent les pratiques des acteurs sociaux ou des considérations culturelles vis-à-vis de la maladie. Ces discours, au même titre que les autres ont contribué à inscrire constamment le paludisme dans l'actualité tout au long de la période qui nous intéresse.

Au terme de ce chapitre consacré à l'énonciation des discours sur le paludisme au Cameroun, nous voyons que le discours national que ces différents types de discours sur cette maladie contribuent à construire s'aligne sur le discours international sur le paludisme. Cette énonciation se fait en fonction des données conjoncturelles des trois grandes périodes :

- avant 1992 : cette énonciation montre des discours qui s'éloignent quelque peu progressivement de la volonté d'éradication du paludisme du Cameroun vers celle de l'intégration de cette lutte dans un système de santé cohérent qui cible l'individu et la communauté ;
- de 1992 à la fin du second millénaire : Les discours présentent la lutte contre cette maladie dans le cadre d'un programme national mis en œuvre dans un contexte économique difficile. Ils révèlent néanmoins une nouvelle offensive internationale qui vise à forger des partenariats solides tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du pays pour faire reculer cette endémie ;
- enfin dans la première décennie du troisième millénaire : Ces discours montrent des dispositions politiques, économiques et de santé publique favorables à la prévention du paludisme, mais des performances peu reluisantes dans ces domaines. Ils remettent au grand jour la préoccupation majeure du piétinement de la prévention de cette maladie et alimentent l'appréhension quant à l'atteindre du sixième objectif du millénaire, pour ce qui est du paludisme, d'ici 2015.

Au terme de cette première partie, nous avons opéré une déconstruction des discours sur le paludisme au Cameroun et les conclusions apparaissent aisément. De ce processus, il se dégage que les discours sur cette pathologie dans le monde, en général, et au Cameroun, en particulier, sont entretenus par un vivier de savoirs qu'alimentent constamment des travaux de recherche divers et les orientations stratégiques sur cette endémie au niveau international. Les acteurs sociaux de la communication utilisent ces savoirs suivant les stratégies et les objectifs qui leur sied pour construire des discours dans leurs interactions quotidiennes sur le paludisme. Ceci est valable tant pour la médecine conventionnelle moderne que pour la médecine traditionnelle.

Sur un autre plan, il faut noter que le paludisme est une maladie assez ancienne dont la rationalité ontologique sur les origines, la symptomatologie et les modalités de prise en charge est créditée aujourd'hui d'une relative unanimité qui limite les discussions à son sujet. Dès lors, cette unanimité semble aussi se faire sur les discours sur cette pathologie qui peuvent s'organiser au moins en trois types fondamentaux :

- les discours de santé publique dont l'objectif est à produire et à mettre à la disposition du public des savoirs afin qu'il sache reconnaître le paludisme et utiliser efficacement les produits et dispositifs disponibles, pour assurer les trois types de prévention conventionnelle (primaire, secondaire et tertiaire) permettant la protection des cibles de la maladie contre ses effets néfastes. Ce type de discours a aussi trait à l'organisation de la lutte contre cette endémie ;
- les discours économiques qui abordent les aspects pécuniaires afférents à l'organisation matérielle, humaine et logistique de la lutte contre cette maladie. Quelques préoccupations majeures dans ce type de discours sont la disponibilité et l'accessibilité financière du public aux dispositifs et produits de lutte (produits pharmaceutiques et autres outils de lutte) pour assurer les différents types de prévention évoqués ci-dessus, et ;

- les discours politiques dont l'objectif est de susciter la prise de conscience sur le fléau paludique et d'assurer une mobilisation constante de ressources multiformes pour la lutte contre le paludisme dans un espace social donné.

A côté de ces discours classiques, les observations courantes permettent d'identifier un autre type de discours, généralement caractéristique d'une société donnée et inspiré par la psychologie sociale de la société. Envisager ce type de discours dont le principe de construction n'est pas arrêté d'emblée pour tout espace social, c'est mettre sur la sellette les représentations sociales des individus sur cette maladie. Quelles sont celles des Camerounais sur le paludisme ? C'est l'objet de la seconde partie de notre travail.

Deuxième partie Représentations sociales sur le paludisme au Cameroun

Les discours sur le paludisme au Cameroun, objets de la première partie de notre travail, mettent en scène les échanges sur la maladie d'une part et le contexte politique, économique et social dans lequel évolue l'endémie palustre, d'autre part. Au Cameroun, le contexte est celui négro-africain dont D. Ouedraogo (2008) relève quelques unes des spécificités identitaires sur la perception de la maladie. D'abord, à la question *Qu'est-ce qu'un négro-africain ?* cet auteur rejette toute réponse ignorant tant l'origine géographique de l'individu que la culture de l'univers auquel il appartient. L'on peut, selon lui, très bien croiser des noirs africains dans le 16^e arrondissement de Paris. Être négro-africain renvoie à une bipolarité étonnante : être enfant de ses parents biologiques, mais aussi être de provenance indéterminée dans la mesure où il y a généralement chez l'Africain un lien entre l'individu et ses ancêtres, puis entre celui-ci et les forces invisibles de la nature. Sur le plan anthropologique, cette ambivalence fait de la maladie un agencement de choses objectives et non-objectives dans la culture négro-africaine.

Ainsi donc, dans cette culture, le diagnostic d'une maladie appelle un questionnement du genre *D'où vient la maladie ?* qui passerait aisément dans l'interrogatoire exploratoire de la consultation médicale moderne classique, mais aussi d'autres préoccupations comme : *Vient-elle des hommes ? Procède-t-elle des éléments que révèlent les méthodes de diagnostic couramment connues ou plutôt d'une quelconque cause surnaturelle ?* Ces préoccupations sont présentes dans la pensée quotidienne ou encore la pensée de *Monsieur tout le monde*, par opposition à la pensée scientifique. Ces propos liminaires montrent que la seconde partie de notre travail empruntera largement à la psychologie. En nous intéressant à la psychologie scientifique de P. Moulinier et P. Rateau (2009), deux voies parallèles s'ouvrent d'abord pour cerner la pensée populaire :

- la première a trait aux conceptions positivistes qui considèrent initialement que la pensée quotidienne est avant tout une pensée biaisée, immature et fautive. Cette voie met en scène un sujet universellement concret qui est en permanence inculte, défaillant et limité par rapport au référentiel d'un sujet parfaitement rationnel et sans défaut. Les recherches qui s'inscrivent dans ce courant appartiennent à la cognition sociale pour comprendre les processus sociocognitifs permettant aux individus de traiter les informations relatives à soi et à autrui ;
- la seconde est d'origine anthropologique et met un accent sur le caractère *pré-logique* des raisonnements quotidiens des individus et sur leur détermination socio-historique. Dans ce courant, l'individu interprète et comprend le monde qui l'entoure à partir des systèmes de croyances que lui imposent la société et les groupes dans lesquels il vit. A la différence du courant précédent, l'image de l'homme imaginée ici est avant tout celle d'un sujet pratique dont les activités cognitives sont motivées et conditionnées par ses interactions sociales particulières.

Dans l'une et l'autre des voies, la maladie est cernée à travers des constructions qui en donnent une idée. L'on se situe alors dans le champ des représentations. Lorsqu'elles

sont partagées par plusieurs individus, des membres de communautés données ou des groupes sociaux, on parle de *représentations collectives* ou des *représentations sociales*. Depuis les années 1960, les recherches sur les représentations sociales utilisent la piste anthropologique. Elle permet de comprendre comment et pourquoi les groupes sociaux construisent collectivement des visions de leur environnement social-culturel qui vont aussi peser sur leurs modes de raisonnement.

La présente partie de notre travail s'inscrit dans la trajectoire de la piste de la psychologie scientifique que nous venons d'évoquer. Elle se formule de la manière suivante : Quelles sont les représentations sociales du paludisme et comment apparaissent-elles dans l'environnement social camerounais ? Telles sont aussi quelques questions que nous envisageons d'aborder. Ainsi annoncée, cette seconde partie de notre travail tente de déceler les déterminants psychologiques, sociaux et culturels qui structurent les pratiques des Camerounais face au paludisme. Nous l'avons organisée autour des trois chapitres suivants :

Le premier aborde la notion de représentations sociales dans ses généralités. Eu égard à la transversalité de ce concept dans les champs disciplinaires, cet arrêt s'impose pour repréciser son appréhension et indiquer son importance dans le domaine des sciences sociales et humaines. Pour rester collé à l'objet du présent travail, le chapitre mettra de l'emphase sur cette notion dans le domaine de la santé et la maladie.

Le second chapitre abordera les représentations sociales du paludisme dans le contexte négro-africain.

Le dernier chapitre de cette partie fera une recension des représentations sociales courantes des Camerounais sur cette maladie ; nous tentons, à ce niveau, une organisation des représentations du paludisme dans l'espace social camerounais.

Chapitre 4 Généralités sur les représentations sociales

Le présent chapitre nous permet de planter le décor de notre étude en faisant un aperçu du concept de représentation sociale. Mais, ne nous leurrions pas : il s'agira d'un bref aperçu, tant le champ des représentations sociales ne cesse de grandir. Il alimente de nombreux travaux et débats en psychologie sociale et tend, ces dernières années, à occuper une position centrale dans les sciences humaines et sociales. Après un bref tour d'horizon sur les aspects définitionnels du concept, nous examinerons brièvement la notion de *cognition sociale* pour mieux décrire et comprendre le processus de représentation chez les individus. Nous terminerons par l'examen des travaux spécifiques centrés sur les représentations sociales de la santé et de la maladie. Ce dernier aspect va nous préparer à explorer les représentations sociales en détail dans le cas du paludisme.

I - Représentations sociales dans les sciences sociales

Le concept de représentations sociales est situé à la confluence de plusieurs disciplines (sociologie, psychologie, anthropologie, histoire, linguistique...) et est considéré par G. Marchand (SD) comme « *Un ciment pour les relations humaines* ». Cette notion tire

ses origines de la sociologie durkheimienne du 19^e siècle et, particulièrement, de la notion de *représentations collectives* qui désigne des façons communes de perception et de connaissance. Durkheim (1898) fut en effet le premier à évoquer la notion de représentations qu'il appelait "*collectives*" à partir de l'étude des religions et des mythes. Pour ce sociologue, les premiers systèmes de représentations que l'homme s'est faits du monde et de lui-même seraient d'origine religieuse ; il distingue les représentations collectives des représentations individuelles en ces termes :

" La société est une réalité sui generis ; elle a ses caractères propres qu'on ne retrouve pas, ou pas toujours, sous la même forme, dans le reste de l'univers. Les représentations qui l'expriment ont donc un tout autre contenu que les représentations purement individuelles et l'on peut être assuré par avance que les premières ajoutent quelque chose aux secondes. "

Ce concept a été introduit dans l'étude des faits sociaux à son époque pour mieux expliquer certaines « *manières de penser, de sentir et d'agir* » au niveau des groupes d'individus. Il a permis à Durkheim de justifier des constructions fréquentes dans certaines communautés sur des phénomènes précis. Les représentations collectives sont, selon lui, extérieures aux consciences individuelles. Elles ne dérivent pas des individus pris isolément, mais du concours de leurs consciences. Ainsi, pour comprendre les représentations d'une société sur un phénomène donné, peut-il être conseillé de prendre en considération l'agrégat des consciences individuelles.

Pour la sociologie durkheimienne qui appartient au courant du *holisme*, la notion de représentations collectives érige les idées individuelles au rang de réalité de tout le groupe d'appartenance. Elles doivent être expliquées ou décrites comme telles. Pourtant, il est aussi judicieux de relever le sens que donne chaque individu à sa propre action, de comprendre les motivations personnelles des acteurs sociaux face à un phénomène social donné. Cette appréhension des faits sociaux est prônée par Max Weber. L'approche de la sociologie à partir des actes des individus, dite également approche *subjectiviste*, est une critique de l'approche durkheimienne (Colliot-Thélène Catherine, 2006) ; elle représente l'*individualisme méthodologique* en épistémologie, et est le fondement de la psychologie sociale.

Beaucoup de résultats de recherche remettent en question les représentations collectives :

- L. Lévy-Bruhl a longuement décrit la mentalité des primitifs, où l'individu subit la contrainte des représentations collectives du groupe, qui constituent le cadre de ses pensées et des ses sentiments. Ainsi ont-ils une mentalité magique. Par la suite il a atténué cette opposition en reconnaissant la présence simultanée des deux mentalités (magique et rationnelle) chez les civilisés comme chez les primitifs, mais avec des proportions opposées.
- J. Piaget a montré la présence de cette mentalité magique chez l'enfant et son accession progressive à la pensée rationnelle à l'âge de raison avec l'aide d'une éducation scientifique et technique. Ainsi apparaît derrière le cadre social, sa dynamique et son évolution.

C'est avec le psycho-sociologue S. Moscovici (1961) que le concept de représentations sociales s'élabore véritablement. Il a transformé les représentations collectives de Durkheim en représentations sociales, en les faisant passer de la sociologie à la psychologie sociale. Il résout ainsi l'« ancien conflit » entre l'action de l'individu et celle de la société : Ainsi, l'individu

est façonné par la société, mais, ce sont les individus qui influencent la société à un moment ou à un autre de son histoire. S. Moscovici est donc passé d'une conception statique à une conception dynamique de l'ancienne opposition individu/société dans laquelle seules les interactions constantes entre la société et les individus comptaient.

Les représentations sociales désignent, selon D. Jodelet (in J.M. Seca, 2002), une forme de connaissance courante, dite du sens commun, caractérisée par le fait qu'elles sont socialement élaborées, qu'elles ont une visée pratique d'organisation, de maîtrise de l'environnement et d'orientation des conduites et qu'elles permettent l'établissement d'une vision de la réalité commune à un ensemble social et culturel donné. Mais, il convient d'emblée de séparer les représentations sociales ainsi présentées des indications dogmatiques et des idéologies ; W. Doise (in J.M. Seca, op. cit) en relève clairement la nuance. Selon cet auteur, les représentations sociales diffèrent des idéologies dans le sens où ces dernières correspondent à des systèmes de représentation d'idées reçues, à cohérence relative, mêlant faits, valeurs et croyances, mais étant perçues par ceux qui y adhèrent comme une connaissance vraie et universalisable. Les représentations sociales doivent être envisagées comme :

« ...des principes générateurs de prises de position liées à l'insertion des personnes et des groupes dans les rapports sociaux. L'étude des représentations sociales sert à comprendre de quelle manière certains concepts ou problèmes deviennent saillants dans une société, le type de mobilisation que cela suscite et les débats qui se cristallisent à leur égard » (Idem, p 39)

Ce sont des phénomènes complexes dont l'organisation des éléments sous forme de savoirs peut être étudiée isolément. L'investigation scientifique permet de décrire, d'analyser, d'expliquer les formes, processus et fonctionnement de ces savoirs pour tenter de déceler la réalité des phénomènes. Après une longue période d'hibernation des recherches sur ce concept, on assiste aujourd'hui à un regain d'intérêt sur l'étude des représentations sociales dans le monde ces trente dernières d'années. D. Jodelet (2003) indique que sur le plan historique, les recherches sur les représentations de la science ont progressivement évolué vers celles sur la société. Lorsque Moscovici renoue avec les mêmes centres d'intérêt que Durkheim, plusieurs décennies après, ce n'est pas uniquement dans une visée critique, mais aussi dans une perspective constructiviste. Il s'agit alors de donner à la psychologie sociale des objets et outils conceptuels permettant de répondre à un certain nombre de questions posées alors par la vie sociale. Essayons à présent de retenir une définition et un contenu exact à ce concept, puis, d'en saisir l'importance dans la vie sociale.

A - Définition d'une représentation sociale

Comme préalable à une quelconque définition des représentations sociales, reconnaissons à la suite de D. Jodelet (op.cit) que dans la vie, de façon générale, nous nous posons constamment des questions sur le monde qui nous entoure. Ce questionnement et les réponses qui en découlent nous permettent de nous ajuster par rapport à ce monde, de nous y conduire, de le maîtriser physiquement et intellectuellement, d'identifier et de résoudre les problèmes qu'il pose. C'est pour cette raison que nous construisons des représentations. Comme nous partageons ce monde avec les autres sur qui nous nous appuyons - parfois dans la convergence, parfois dans le conflit - pour le comprendre, le gérer ou l'affronter, les représentations sont dites sociales et sont très importantes dans la vie courante. Ces représentations nous guident dans la façon de nommer et de définir ensemble les différents

aspects de la réalité de tous les jours, dans la façon de les interpréter, de statuer sur eux, et, le cas échéant, de prendre une position à leur égard et les défendre.

S. Moscovici présente ce concept comme un paradigme dont les contours varient suivant la perspective adoptée par le chercheur. On peut ainsi l'étudier lorsqu'il émerge, dans ses fonctions de communication, dans sa structure ou dans ses liens avec les rapports sociaux. Nous voulons retenir la définition qu'il en donne car elle nous semble intégrer les éléments cardinaux du concept quel que soit le domaine d'étude. Pour lui, une représentation sociale est :

« Un système de valeurs, de notions et de pratiques ayant une double vocation : Tout d'abord d'instaurer un ordre qui donne aux individus la possibilité de s'orienter dans l'environnement social et matériel et de le dominer. Ensuite d'assurer la communication entre les membres d'une communauté en leur proposant un code pour leurs échanges et un code pour nommer et classer de manière univoque les parties de leur monde. » (S. Moscovici in C. Herlitz, 1969 :11).

S. Moscovici appréhende ainsi les représentations sociales comme une pensée d'un type particulier, générée par les acteurs sociaux, imprégnée particulièrement d'idéologie sur l'action dans la vie sociale. L'intérêt de cette définition pour le présent travail est qu'il intègre des éléments de communication. L'identification de ceux-ci permet d'apprécier le partage d'information sur les représentations qu'une cible donnée a pu développer sur un objet, un élément ou un phénomène social donné.

D. Jodelet complète la définition de Moscovici en précisant que les représentations sociales peuvent être des phénomènes directement observables ou reconstruits par un travail scientifique. Elles circulent selon elle dans les discours, sont présentes dans les mots, sont véhiculées dans les messages et images médiatiques, cristallisées dans des conduites et les agencements matériels et spatiaux. A travers les significations générées par la construction représentative, les individus et les groupes donnent de l'objet représenté des définitions spécifiques qui construisent une vision consensuelle de la réalité. Cette vision, qui peut être en conflit avec celles d'autres groupes, apparaît comme un guide pour des actions et échanges quotidiens. D'où l'identification des représentations sociales comme :

« Une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social [...] 'savoir de sens commun', ou encore 'savoir naïf', 'naturel', cette forme de connaissance est distinguée, entre autres, de la connaissance scientifique. » (D. Jodelet op.cit. : 53)

Et de continuer en présentant les représentations sociales comme des :

« Systèmes d'interprétation régissant notre relation au monde et aux autres [qui] orientent et organisent les conduites et les communications sociales [...] phénomènes cognitifs [qui] engagent l'appartenance sociale des individus par l'intériorisation de pratiques et d'expériences, de modèles de conduites et de pensée». (Idem).

C. Herlitz (op. cit.) s'est penchée sur ce concept en rapport avec la santé et la maladie. Elle reconnaît que s'intéresser aux représentations sociales, c'est observer comment un ensemble de valeurs, de normes sociales et modèles culturels est pensé et vécu par des individus d'une société donnée. C'est aussi essayer de comprendre comment s'élaborent et se structurent, logiquement et psychologiquement, l'image et les objets qui renvoient à

la santé et à la maladie. Ainsi présentée, cette notion comporte des caractéristiques et des fonctions propres.

B - Caractéristiques générales et fonctions des représentations sociales

1. Caractéristiques

Les liens entre les représentations sociales et les conduites sont programmatiques et préparatoires. Si une représentation sociale est une préparation à l'action, elle ne l'est pas seulement dans la mesure où elle guide le comportement, mais surtout parce qu'elle remodèle et reconstitue les éléments de l'environnement dans lequel elle se situe (Moscovici, in J. M. Seca, op. cit.). De façon générale, le concept de représentation sociale présente une richesse et une complexité indéniables. Cinq caractères fondamentaux lui sont intimement associés (D. Jodelet in J. M. Seca, op.cit.) :

(i) L'abstraction : L'objet représenté peut être abstrait ou se référer à quelque chose de concret. Il est en rapport avec le sujet qui élabore la représentation. Le sujet et l'objet sont en interaction et s'influencent mutuellement.

(ii) L'image : La représentation sociale a un caractère imageant et la propriété de rendre interchangeable le sensible et l'idée. Il ne s'agit pas d'une simple reproduction de la réalité, mais de l'imaginaire social et individuel ;

(iii) Le symbole : La représentation sociale a un caractère symbolique et signifiant. Elle a deux faces, l'une figurative, l'autre symbolique.

(iv) La construction : La représentation sociale construit la réalité sociale et permet de montrer que la pensée sociale élabore la réalité suivant une diversité de modèles ;

(v) L'autonomie : La représentation sociale a un caractère autonome et créatif. Elle influence les attitudes et les comportements.

2. Fonctions

Les fonctions remplies par les représentations sociales sont :

(i) Les fonctions cognitives : Elles permettent aux individus d'intégrer des connaissances nouvelles à leurs cadres de pensée. Cette fonction est aussi dite de *code commun* en ce sens que les représentations dotent les acteurs sociaux d'un savoir commun ou partagé qui facilite la communication. Cette fonction de communication va permettre de comprendre et d'expliquer la réalité.

(ii) Les fonctions d'interprétation et de construction de la réalité : Les valeurs que les représentations sociales véhiculent et le contexte dans lequel elles s'élaborent ont une incidence sur la construction de la réalité.

(iii) Les fonctions d'orientation des conduites et des comportements : Les représentations sociales sont porteuses de sens ; elles créent des liens sociaux ; aident les individus à communiquer, à se diriger dans leur environnement et à agir. Elles engendrent donc des attitudes, des opinions et des comportements et peuvent aussi revêtir un aspect prescriptif.

(iv) Les fonctions identitaires : Les représentations ont aussi pour fonction de situer les individus et les groupes dans le champ social, de constituer une identité sociale et personnelle gratifiante, c'est-à-dire compatible avec des systèmes de normes et de valeurs socialement et historiquement déterminés.

(v) Les fonctions de justification des pratiques : Elles concernent surtout les relations entre groupes et les représentations que chaque groupe va se faire de l'autre groupe, justifiant, *a posteriori*, des prises de position et des comportements.

De façon générale, en examinant les différentes définitions des représentations sociales, l'on s'aperçoit que celles-ci comportent itérativement trois aspects caractéristiques et interdépendants, à savoir : la communication, à travers le code commun que se passent les acteurs intéressés par ces représentations ; la reconstruction du réel, et la maîtrise de l'environnement par les différents acteurs sociaux. Après ce tour d'horizon, concentrons-nous maintenant sur les représentations sociales de la maladie, un des éléments clé du présent travail.

II - Représentations sociales et maladies

A - Représentations sociales de la santé et de la maladie

Pour aborder cette partie, commençons par une brève illustration avec une maladie contemporaine sur laquelle beaucoup a été dit à son apparition, tant l'information sur sa genèse et sa transmission était nébuleuse. Il s'agit du Sida ! L'histoire médicale et l'histoire sociale de cette pandémie ont, en effet, donné lieu à plusieurs représentations sociales au début de la décennie 1980. Le contexte d'apparition de la maladie avait alors produit des ingrédients favorables à la construction de plusieurs images. Avant que la recherche biologique apporte quelques clarifications sur la nature de la maladie, des esprits fertiles avaient développé des théories pour bonne appréhension du fléau et l'organisation conséquente de la protection de l'espèce humaine contre celui-ci. Ces développements se sont faits en s'appuyant sur les données disponibles sur les porteurs de la maladie, à savoir : les drogués, les hémophiles, les homosexuels, les transfusés. Ils se sont aussi faits en prenant en compte les données sur le vecteur du mal, c'est-à-dire le sang ou le sperme. Les savoirs accumulés sur la maladie ont permis de mettre au point deux théories explicatives de la transmission de la maladie (D. Jodelet, 2003) :

- la première présentait le Sida comme une *maladie-punition* frappant la licence sexuelle. Les porteurs de la maladie étaient considérés comme des personnes à la moralité légère. La maladie était alors présentée comme émanant d'une société permissive dont les porteurs du mal écopaient ainsi la *condamnation* pour leurs *conduites dégénérées* ou encore la punition pour leur *irresponsabilité sexuelle*. Ces termes, et bien d'autres dans le même registre, étaient porteurs du discours médiatique sur la maladie présentant le Sida comme un fléau dont *les bons chrétiens qui ne rêvent pas de se conduire mal* sont épargnés. Le repliement aux valeurs traditionnelles était alors présenté comme le garant de la protection contre la maladie et de la défense d'un ordre naturel conservateur ;
- la seconde théorie s'appuyait sur la contamination du Sida par le sang, le sperme et d'autres liquides corporels. Cette théorie, dite biologique, a généré des croyances selon lesquelles la contamination pouvait se faire par simple contact avec les sécrétions corporelles ou par des objets sur lesquels ces liquides ont été déposés. Ces croyances ont provoqué des frayeurs jusque dans les milieux médicaux les plus autorisés.

Pour comprendre le processus de développement de telles théories, revoyons la séquence des faits : un événement survient dans le milieu social et ne peut laisser les gens indifférents ; il mobilise la peur, l'attention et une activité cognitive pour le comprendre, le maîtriser

et s'en défendre. Le manque d'information et le bégaiement de la science favorise alors l'émergence de représentations qui circulent de bouche à oreille et qui sont amplifiées par des supports médiatiques.

Ce développement quelque peu spectaculaire tient pour une maladie dont la symptomatologie a pris du temps à se préciser à son apparition. Il n'en est sans doute pas de même pour toutes les maladies ou tous les problèmes de santé ou simplement pour la santé, mais pour chacun d'eux, l'homme a besoin de se les représenter avec des symboles familiers pour mieux les comprendre, mieux les maîtriser et mieux s'en prémunir le cas échéant.

En résumé, les représentations de cette maladie ou de la santé sont élaborées avec les *moyens du bord*. Ils donnent lieu à de nouvelles expressions et des néologismes forgés de toute pièce et porteurs de représentations. D. Jodelet (Op. cit.) nous en donne des exemples dans le cas du Sida. Les termes comme « sidaïque » sonnant comme « judaïque » ; « sidatorium » comme « sanatorium » ou « crématorium » ont vu le jour, avec un pouvoir d'évocation suggérant de ranger les malades dans une catégorie à part et justifiant des conduites de discrimination à leur endroit. Ces termes et bien d'autres servent de codes permettant d'entretenir contextuellement la communication entre les différents acteurs sociaux sur ces sujets. Ainsi, que l'on s'intéresse à la théorie qui présente le Sida comme un danger physique ou comme un danger moral, l'on assiste à la mobilisation des savoirs existants pour tenter de construire et de vulgariser ce qui est présenté comme la réalité sociale de la maladie. Ces constructions peuvent varier suivant les groupes sociaux, mais, elles participent en général de la volonté de donner aux acteurs sociaux les moyens de maîtriser l'environnement.

La santé et la maladie ont généralement des significations spécifiques pour les individus dans une société donnée, d'abord par l'expérience que chacun en fait et par l'information qui circule dans la société. Etudier les représentations sociales de la santé et de la maladie renvoie à l'examen des préoccupations suivantes : comment l'ensemble « santé et maladie », en tant que valeurs, normes sociales et modèles culturels, est vécu par les individus de la société ? Comment l'image de ces objets sociaux s'élabore-t-elle, se structure-t-elle logiquement et psychologiquement ?

De telles préoccupations sont intimement liées à l'histoire des idées médicales et peuvent mettre en scène une double conception : d'abord la plus ancienne qui envisage la santé et la maladie davantage comme mode de relation d'équilibre ou de déséquilibre de l'homme avec son milieu ; ensuite, l'étude systématique des facteurs psychosociaux impliqués dans les manifestations de la maladie et dans la pratique médicale pour y remédier.

La première conception est principalement organiciste. Hippocrate, le fondateur de la médecine, est présenté par les historiens comme un des précurseurs de cette conception. Pour bien comprendre et expliquer les manifestations des maladies, celle-ci fait intervenir les facteurs humains, les conditions écologiques et les structures sociales dans lesquelles la pathologie survient. A cela, il faut ajouter la méthode clinique d'observation du corps du malade, de la détection des symptômes prônée par Hippocrate. La conception s'appuie aussi sur la fréquence des maladies, l'influence du climat, de l'air, de l'eau et du sol. Elle s'est renforcée, à partir du 16^e siècle, avec le développement de l'anatomie, de la physiologie, de la physique et de la chimie. Elle a permis l'étude des « maladies étrangères » et l'éclosion aux 18^e et 19^e siècles de ce qu'August Hirsh appelle la « géographie médicale » (in C. Herzlich, op. cit.).

La seconde conception comporte 3 courants :

- la médecine psychosomatique : elle s'intéresse à la nature, à la genèse psychologique et organique de la maladie ;
- la relativité culturelle : elle est le domaine de l'anthropologie. Ce courant est à la base de l'élaboration de répertoires culturels de mythes, croyances, valeurs pratiques sur la santé et la maladie qui sont des modèles propres à des sociétés données ;
- l'importance des comportements sociaux concernant la santé et la maladie.

De façon générale, ces différentes conceptions nous montrent que les entités *santé* et *maladie* ne sont guère ressenties comme des données figées. Elles apparaissent dans des constructions qui permettent aux uns et aux autres de les représenter comme ils les sentent et de traduire ainsi la réalité liée au phénomène. Bien plus, la santé ne peut être clairement définie par son opposition à la maladie et il est sans doute plus indiqué de parler des maladies, compte tenu de la variété des agents infectieux et des milieux de vie des individus. Santé et maladie sont vécues comme multiplicité, tout autant que comme unité. Ainsi, selon les individus, la santé n'est pas simplement une absence de maladie, elle peut s'éprouver de manière purement positive ou purement négative, selon les souvenirs ou les images que les expériences personnelles ont laissés dans la mémoire des uns et des autres. C'est en tout cas ce que traduisent les déclarations suivantes de certaines personnes sur ces deux concepts :

« La santé, au fond, c'est une chose un peu négative ; tant qu'elle n'est pas atteinte, on ne réalise pas qu'on est en bonne santé » (C. Herzlich, op. cit. : 74.) ;

ou encore :

« Quand on est en bonne santé, on n'y songe pas, on pense à autre chose » (Idem)

Mais, l'auteur relève que concurremment, et parfois chez les mêmes personnes, la santé peut être vécue comme une présence dont on a une claire conscience par la sensation d'aisance, de bien-être corporel et fonctionnel ou par la sensation de résistance et de robustesse physique. Elle peut aussi être perçue comme l'absence de maladie ou l'*inconscience* du corps, proche du silence des organes ; elle devient alors à peine une expérience spécifique. On ne pense à la santé, dit-on souvent, que lorsqu'on l'a perdue. Certains chercheurs conseillent de parler dans les représentations, non pas d'une seule *santé*, mais des *santés* pour rendre compte des spécificités que peuvent revêtir certaines situations dans lesquelles l'individu est en santé. On pourrait ainsi parler de *santé-vide*, de *fond de santé* et d'*équilibre* pour traduire les différentes projections des situations de santé. La situation d'*équilibre* est la forme de santé à laquelle l'on fait le plus souvent allusion lorsqu'on parle de santé. Ces différentes formes de santé obéissent aux nuances ci-après :

La *santé-vide* renvoie à un phénomène que l'on ne définit que de manière privative. Selon cette représentation, la santé est un état de stabilité, ou encore un fond neutre sur lequel apparaît (ou peut apparaître) l'évènement qu'est la maladie. Ceci est quelque peu en contradiction avec la définition plus globale de la santé par l'OMS qui prend en compte un élément important, à savoir le *bien-être*. Si la santé n'est pas uniquement l'absence de maladie, mais un état de complet bien-être⁸³ physique, social et mental comme la présente cette définition, c'est qu'elle est plus vaste que ne l'envisage C. Herzlich. La *santé-vide* peut par conséquent être matérialisée par plusieurs représentations.

⁸³ C'est-à-dire un état de complet bien-être physique, mental et social, et non seulement l'absence de maladie.

Le *fond de santé* diffère de l'état précédent en ce que sa caractéristique spécifique est d'être, non un état, mais un capital : par la santé-vidé, on est en bonne santé parce qu'on n'est pas malade. Grâce au fond de santé, on a une bonne santé. Ce capital comporte deux aspects principaux : la robustesse corporelle d'une part et une certaine potentialité de résistance aux attaques, à la fatigue, à la maladie, d'autre part. On n'évalue le plus souvent le fond de santé d'un individu que par rapport à autrui.

L'*équilibre* est par contre une expérience autonome que chaque individu réalise à un moment ou un autre de sa vie : on se sent en équilibre ou on sent qu'on a perdu l'équilibre. Il n'est besoin d'aucune comparaison à autrui pour le constater ; c'est une expérience personnelle et immédiate qui permet à l'individu de se sentir ajustée ou non par rapport à son environnement.

Le tableau 8 ci-dessous présente le contenu auquel renvoie chacune des formes de santé, leurs rapports à l'individu qui en fait l'expérience, aux autres individus et à la maladie (Herlitz, 1969 : 89). De ce tableau, on note que la santé apparaît comme un état corporel et un état relatif se définissant en fonction de la maladie (absence de maladie ou résistance à celle-ci). L'absence de maladie conduit à l'équilibre dont les caractéristiques sont :

- Le bien-être physique, la surabondance des moyens corporels ;
- L'absence de fatigue ;
- Le bien-être psychologique, l'égalité d'humeur ;
- L'aisance et l'efficacité dans l'activité ;
- Les bonnes relations avec autrui.

	« santé-vidé »	« Fond de santé »	« Equilibre »
Contenu	« Etre » Absence de contenu positif	« Avoir » Robustesse, force. Résistance aux attaques	« Faire » Bien-être physique. Bonne humeur. Activité. Bonnes relations
Rapport à la personne	Fait impersonnel « Tout ou rien »	Caractéristique personnelle. Graduable, variable, permanent Prise de conscience médiate	Norme personnelle Tout ou rien Prise de conscience immédiate
Rapport aux autres formes	-	Sous- basement de l'équilibre	S'appuie sur le fond de santé
Rapport à la maladie	Détruite par la maladie	Résistance à la maladie	Intègre les troubles

Tableau 9 : Contenu des diverses formes de santé

(Source : C. Herzlich ,1969 : 89)

Il convient cependant de nuancer ces perceptions de la santé et de la maladie. Telles que présentées, elles renvoient à la situation dans une société occidentale ou aux sociétés industrialisées dans lesquelles les éléments d'appréciation sont développés à partir d'une représentation scientifique de la santé et de la maladie de règle dans la médecine conventionnelle moderne. Dans d'autres sociétés (asiatiques ou africaines par exemple), la réalité est quelque peu différente, influencée qu'elle est par l'hétérogénéité des cultures. Les représentations de la maladie et du corps semblent ainsi largement partagées en Afrique ; certains traits sont récurrents, en particulier, la prégnance des variables exogènes, l'importance de l'univers physique et humain, des ancêtres et des puissances surnaturelles.

Les représentations de la santé par contre varient d'une société à une autre, et même, à l'intérieur de la même société, d'un groupe à l'autre. Dans les sociétés non industrialisées, la santé est perçue en termes de *rapport d'équilibre* entre les gens et la nature, et entre les gens et les puissances surnaturelles. Dans les sociétés occidentales par contre, la définition de la santé est moins globalisante, même si elle comporte des aspects physiques, des aspects psychologiques et des aspects comportementaux.

Une illustration de cette construction sociale de la maladie nous est donnée par L. Pierre-Joseph (in Y. Jaffré et J.P.O. De Sardan, 1999) qui a dirigé une publication relative à des investigations sur des représentations liées aux troubles multiformes et en rapport avec le ventre en Afrique de l'ouest. Ces troubles qu'il présente comme des Entités Nosologiques populaires Internes (ENPI) ont une caractéristique commune dans leurs constructions : elles sont considérées soit comme des maladies de Dieu, soit comme des maladies prosaïques, ordinaires, simples, qu'on ne peut donc imputer à personne et qu'il convient d'opposer à celles d'origine magico-religieuse. Dès lors, même si le recours à des médicaments modernes est courant, la résistance représentationnelle demeure. Elle pousse les populations victimes de ces maladies à construire d'incertains savoirs pour pallier les effets d'une grande précarité sanitaire qui empêche un suivi médical plus rapproché et une prise en charge rapide de ces maladies.

Autre illustration : Le premier colloque national d'anthropologie médicale⁸⁴ a permis de mettre en exergue les oppositions entre les deux sociétés sur le plan de la représentation de la maladie et de regretter un peu le manque de complémentarité entre les deux. A. Zemplini a indiqué que la médecine africaine inverse le mode de compréhension occidental en ne considérant pas comment l'individu se sert des moyens offerts par sa société pour faire face à ses problèmes de santé, mais plutôt comment la société se sert de ses maladies pour assurer sa propre reproduction ou pour faire face à ses propres contestations. Selon lui, une maladie est repérée - et parfois nommée- en fonction de sa causalité explicitée par le diagnostic qui s'effectue le plus souvent par divination. Par l'entremise du rêve ou de l'inspiration éveillée, le médium ou le devin reçoit et retransmet un message. Le diagnostic consiste essentiellement à déterminer la cause, moyen ou mécanisme, empirique ou non, de l'engagement de la maladie ; à repérer l'agent, le détenteur de la force efficace qui l'a produite, en situer l'origine, événement ou conjoncture, dont la reconstitution rend intelligible l'irruption de la maladie dans la vie des individus.

En se basant sur les enseignements des recherches sur les perceptions et les pratiques en vigueur dans ces deux formes de médecines, F. Laplantine (in D. Jodelet, 2003) a conclu que celles africaines agissent essentiellement au niveau des représentations magico-religieuses dites irrationnelles. La médecine occidentale - sans tenir compte des interrogations encore marginales de la première - oblitère toute la sphère psychologique des voyances, établissant ainsi une rupture entre le social et le biologique. Et d'ajouter que la culture occidentale a opté pour la simplicité des signes contre la multiplicité des symboles. En conclusion, les perceptions cristallisant la maladie ou la santé ne sont pas exactement les mêmes suivant les cultures. Il est, au demeurant, important de bien les élucider car, au final, elles jouent un rôle déterminant dans la recherche de l'équilibre entre l'individu et son milieu social.

B - Importance des représentations sociales de la santé et de la maladie.

⁸⁴ Tenu à Paris du 28 au 30 novembre 1983 sur le thème Etiologie et perception de la maladie dans les sociétés modernes et traditionnelles.

Dans la préface du livre de C. Herzlich (op.cit), S. Moscovici présente la représentation sociale comme l'expression d'une opinion, d'une attitude qui peut être considérée comme une « préparation à l'action ». Elle s'élabore à travers un remodelage et une reconstitution des éléments de l'environnement. Pour un individu ou un groupe social, elle permet de donner un sens au comportement puis de l'intégrer à un ensemble de comportements déterminés. La maladie et la santé étant des attributs indispensables à l'individu ou au groupe social auquel il appartient, les représentations sociales leur permettent de les nommer (ou renommer), de les expliquer, de mieux les appréhender et d'avoir des attitudes et comportements qui permettent de se protéger de l'une (la maladie) et de profiter de l'autre (la santé). Ces représentations sociales varient parfois suivant les individus et les groupes sociaux.

Si l'on se situe dans le domaine de la santé publique dont l'objet est la lutte contre la maladie et la promotion de la santé auprès des populations, les représentations sociales jouent un rôle primordial. Ils permettent d'identifier les éléments courants du sens commun liés aux maladies ou aux traits de santé au sein d'une population donnée. Ces éléments sont ceux qui devraient en principe focaliser l'attention lors de l'élaboration des messages de sensibilisation susceptibles d'influencer les attitudes et comportements des individus ou des groupes sociaux et de les canaliser dans le sens voulu par les campagnes de sensibilisation. Terminons ce chapitre en nous interrogeant sur le fonctionnement des représentations sociales ou en montrant les interactions entre le sujet, la représentation et l'objet que ce soit pour la santé et la maladie ou pour tout autre élément.

C - Relations entre sujet, représentation et objet

La figure ci-dessous montre les relations entre le sujet et l'objet au cours de la construction d'une représentation ou alors d'une forme de savoir pratique entre les deux.

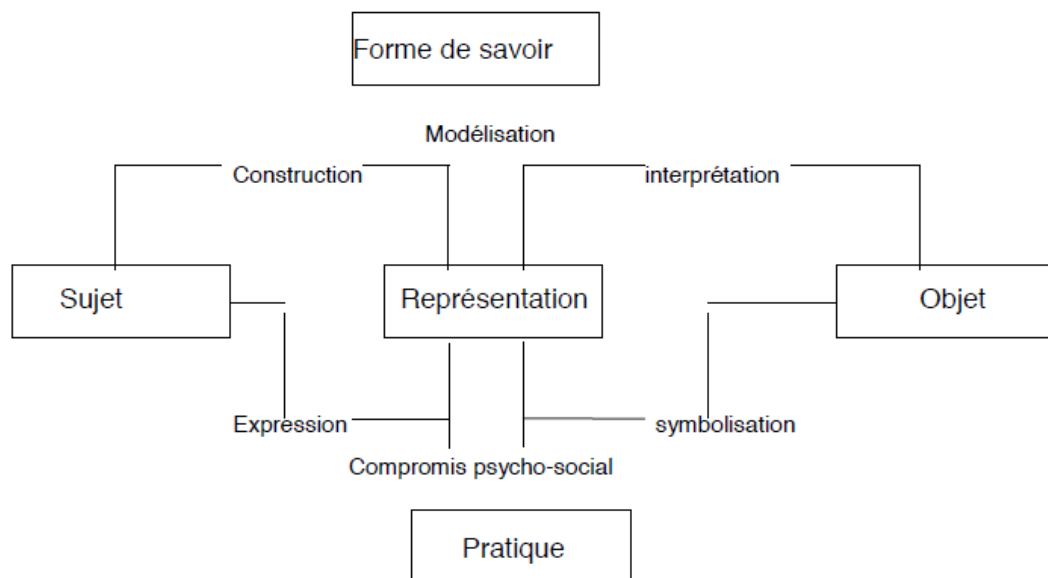


Figure 9 : Schéma illustrant le fonctionnement des représentations sociales

(Source : D. Jodelet, 2003 : 60)

L'observation de cette figure schématisant le processus de représentation sociale permet de dégager deux instances d'interaction entre le sujet et l'objet :

- la première est celle de construction qui fait que la représentation est une activité de construction et d'expression du sujet. Cette activité peut renvoyer à des processus cognitifs ; le sujet est donc considéré d'un point de vue épistémique. Dans ce cas, si le sujet est par exemple une maladie, la construction qu'on peut en faire peut résulter des savoirs existants et permettre ainsi d'en parler sous forme de genèse et de symptomatologie de celle-ci. La construction peut aussi se faire par des mécanismes intrapsychiques, auquel cas, la construction sera largement influencée par des projections fantasmatiques, des investissements pulsionnels, identitaires ou des motivations particulières de l'individu qui la fait. Le sujet peut tout aussi bien être considéré d'un point de vue psychologique, ce qui fera que la construction sera largement influencée par les perceptions culturelles de celui-ci.
- la seconde instance sera celle de la modélisation de l'objet ainsi construit en vue de faire du sujet construit une forme de savoir directement matérialisé dans un objet nommable ou apparaissant dans les comportements.

Le passage de la première à la seconde instance est donc le processus de construction de la représentation. Il s'opère à travers le rapprochement du sujet d'une forme quelconque de savoir et la traduction de ce savoir en une pratique comme le résultat d'un compromis psycho-social. C'est ainsi que pour un phénomène donné, des individus d'un même groupe d'appartenance vont s'appuyer sur les savoirs existants pour identifier le phénomène et lui trouver des expressions leur permettant de le nommer sur le plan linguistique ; ils vont par la suite développer des attitudes et des aptitudes culturellement marquées pour intégrer ce phénomène dans leur vécu quotidien. Ce phénomène peut être la maladie, la santé comme nous l'avons vu dans ce chapitre ; il peut aussi bien être autre chose auquel l'homme fait face.

Au terme de ce chapitre, nous pouvons conclure que le phénomène de représentation remonte au 19^e siècle avec E. Durkheim qui en parle d'abord en termes de représentations collectives. A sa suite, S. Moscovici s'intéresse à nouveau aux représentations dans les années 1960. Ils les abordent, dans la perspective sociologique comme Durkheim, mais sous l'angle psycho-social. Au lieu de parler des représentations collectives, il parle des représentations sociales pour rendre compte des constructions psychologiques qui s'opèrent pour un phénomène donné au sein d'un groupe ou d'une collectivité et qui permet aux individus dans ce milieu de l'identifier et de mieux le maîtriser. Le concept de représentations, de manière générale, concernent des sujets fort divers. Nous voulons l'appliquer, dans le prochain chapitre, au paludisme en Afrique.

Chapitre 5 Caractéristiques des représentations sociales du paludisme dans les cultures négro-africaines

Dans le chapitre précédent, nous avons passé en revue les généralités sur les représentations, de manière générale, et nous avons examiné les représentations de la maladie dans les contextes culturels occidentaux puis négro-africains. Il se dégage des constats une différence d'appréhension de la maladie dans les deux cultures, même si à certains moments, quelques points de convergence apparaissent. Ceci justifie, du reste,

la coexistence (à des degrés variables), de la médecine conventionnelle moderne et de la médecine traditionnelle dans les deux espaces culturels négro-africains. Dans le présent chapitre, nous voulons poursuivre l'examen des représentations sociales de la maladie en nous focalisons sur celle qui est notre propos dans ce travail, c'est-à-dire le paludisme.

Les représentations scientifiques du paludisme se construisent depuis longtemps à partir des savoirs biologiques et biomédicaux sur la maladie, ainsi que des éléments inhérents à l'environnement où elle sévit et susceptible d'avoir une influence sur sa transmission ou son évolution. C'est ce qui justifie que l'épidémiologie de la pathologie montre des nuances dans ces représentations scientifiques d'un environnement à un autre, mais dans des proportions raisonnables. En ce sens, certaines recherches ont permis différentes formes de paludisme en fonction des faciès écologiques dans lesquels évolue la pathologie (P. Carnavale et al, 1984). Cependant, la perception de la pathologie peut varier d'un individu à un autre, d'une communauté à une autre, d'un groupe social à un autre en fonction des données culturelles des uns et des autres sur la maladie. Elle peut même générer des représentations (sociales) se démarquant largement des représentations scientifiques, généralement reconnues, de la maladie. De même peut-il en être des pratiques face au paludisme qui varient souvent d'un groupe culturel à un autre en fonction des données anthropologiques du milieu.

Le présent chapitre se situe dans la même trajectoire que le précédent et se propose d'examiner les représentations sociales du paludisme dans quelques contextes socioculturels négro-africains. Il se concentrera ensuite sur des éléments qui influencent les représentations sociales de cette pathologie dans le cas du Cameroun. Ceci servira de préparation à l'identification de ces représentations dans la suite du travail.

I - Représentations sociales du paludisme dans certains contextes négro-africains

Notre dessein ici n'est pas de faire une recension de toutes les représentations sociales du paludisme dans toutes les communautés d'Afrique noire, loin s'en faut. Nous n'en avons du reste pas les moyens de le faire. Nous voulons simplement présenter la perception de la maladie et des pratiques courantes par rapport à cette pathologie dans quelques cultures négro-africaines présentant des similitudes avec les cultures camerounaises. Une telle démarche est inspirée par le souci de nous donner des éléments qui nous permettront, dans la suite de notre travail, de faire des rapprochements avec les représentations sociales du paludisme au Cameroun. Nous allons, tour à tour, nous intéresser aux représentations du paludisme et/ou aux pratiques face à la maladie au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire et au Sénégal.

A - Représentations culturelles du paludisme chez les Moose du Burkina Faso

Elles nous sont données par une recherche réalisée par D. Bonnet (1986) au profit de l'Organisation de coordination et de coopération pour la lutte contre les grandes endémies (OCCGE),⁸⁵ sur la demande des paludologues de l'ORSTOM. Ce travail visait à analyser le terme *Paludisme* chez les populations burkinabè, et plus spécifiquement, les

⁸⁵ Créée en avril 1960 et regroupant les États de l'ex-AOF (sauf la [Guinée](#)), OCCGE est une structure de coopération sanitaire inter-États pour la coordination de la lutte contre les grandes endémies en Afrique de l'Ouest. Une structure homologue existe pour les pays de l'ex AOF en Afrique centrale (OCEAC).

représentations culturelles des accès palustres et perniciox chez les *Moose*, un peuple de migrants de la vallée du *Kou*, dans la région de Bobo-Dioulasso.

De prime abord, ce travail soulève quelques préoccupations dès son intitulé. L'on est, en effet, fondé à s'interroger sur l'équivalence entre les *représentations culturelles* et les *représentations sociales*. Nous nous sommes permis un tel rapprochement dans le cadre de notre travail car, à notre sens, les représentations sociales sont culturellement marquées et elles peuvent bien passer comme représentations culturelles. Cette autorisation justifie que nous passions allègrement de l'une à l'autre des expressions dans la présentation des résultats de cette recherche.

En Afrique noire, il y a communément une confusion langagière entre le *syndrome fébrile* et la *crise de paludisme*. Par ailleurs, *fièvre*, *hyperthermie* et *corps chaud* ont généralement la même signification dans de nombreuses sociétés africaines. D. Bonnet a pris cela en compte pour tenter de comprendre ce que l'hyperthermie représente pour les *Moose*, ou encore quelle est leur perception de la fièvre.

L'auteur signale que les *Moose* désignent la maladie par le terme *bāaga* qui signifie aussi un *défaul dans l'outil*. Du point de vue de la classification, la langue *Moore* propose une nosographie simple des maladies : Certains troubles sont classés comme *maladies de Dieu* et les autres ne reçoivent aucune appellation précise. Lorsque les guérisseurs établissent leur diagnostic, ils parlent parfois de ces maladies sans nom en termes de *-yaa bāaga bala* (traduction : c'est une maladie seulement) ou bien même uniquement *yaa bāaga* (traduction : c'est une maladie). Quand on les interroge à ce sujet, ils répondent : *c'est pour dire qu'on n'accuse pas quelqu'un*. Ce que cette nomenclature suggère, c'est que lorsqu'une maladie survient, il faut forcément voir si elle est causée par un individu ou pas. A titre d'illustration, lorsqu'un individu se noie, il peut se faire qu'il soit un *noyé simple* ou alors un *noyé attiré dans un puits par un esprit du lieu géographique du puits*.

Les *Moose* distinguent ainsi des maladies attribuables à des esprits (esprits ancestraux, d'autres personnes ou des lieux) ou des sorciers et des maladies naturelles. Les premières sont plus dangereuses que les secondes quant au pronostic vital. Dans cette culture, tout individu est doté d'un principe vital (appelé *siiga* dans la langue *moose*) dont l'attaque se traduit automatiquement par le développement d'une maladie quelconque par le corps humain. D. Bonnet (Op. cit.) a identifié trois entités nosologiques, dans la tradition des *Moose*, susceptibles d'évoquer un accès palustre quels que soient l'évolution clinique de la maladie et de l'âge de la personne malade.

Dans le premier cas, les agents pathogènes attaquent le principe vital (ou *siiga*) de la personne, et elle souffre de l'accès palustre. Cette agression provoque une altération des composantes de la personne humaine qui a pour effet une détérioration des fonctions corporelles, l'apparition de l'hyperthermie, ou encore le développement de l'état fébrile par l'individu.

Dans le second cas, il peut se faire qu'il n'y ait pas agression externe du *siiga*, mais que ce soit lui (le *siiga*) qui cause l'accès palustre. Pour cela, ce principe vital, doté de vertu de mobilité, contracte d'abord la maladie au cours d'une de ses *sorties*. Cette migration est généralement nocturne et le *siiga* peut transmettre la maladie contractée pendant ce voyage au corps à son retour. Le sang au contact du *siiga* ardent se chauffe alors et diffuse cette hyperthermie à l'ensemble du corps humain. Cette information contient aussi l'idée qu'on contracte le plus souvent les maladies la nuit. Pour ce qui est du processus, les *Moose* pensent que le *siiga* en sortie nocturne rencontre tous les autres *siise* (pluriel de *siiga*) voyageurs dont certains appartiennent à des sorciers à la recherche de *siise* à dévorer.

D'autre part, la nuit, le *siiga* peut croiser des esprits (*kinkirse* ou *zina*) ou des *arbres qui marchent* (autrement dit des esprits d'arbres en déplacement) qui donnent eux-aussi la maladie. La maladie a ainsi une origine située dans le monde *caché* de la nuit, là où les forces occultes s'affrontent.

Le troisième type d'accès palustre survient lorsque l'agent pathogène est naturel (exposition de l'individu à un excès d'humidité ou consommation de nourritures *douces* par celui-ci par exemple). Les guérisseurs interrogés disent que dans ce cas, la maladie n'a pas besoin de passer par le *siiga* ; elle entre directement dans le sang". Les guérisseurs pensent à l'apparition subite de la maladie dans le sang, ce qui entraîne l'échauffement du sang, l'hyperthermie du corps et la sudation. Mais le *siiga* est également altéré puisque les événements vécus par son *enveloppe corporelle* l'agressent directement. Dans tous les cas, il y a donc affaiblissement de la force vitale de l'individu et *dévitisation* de sa personne. Evidemment, ces phénomènes qui apparaissent dans les déclarations des guérisseurs interrogés échappent souvent aux règles physiologiques du fonctionnement du corps humain et ne sont rapportées ici que parce qu'ils correspondent à des croyances fortement établies chez les *Moose*.

A côté des trois entités nosologiques précédentes, l'*hyperthermie* n'est pas toujours associée à un état pathologique. Lors des changements de saisons, une poussée de fièvre est perçue par les *Moose* comme une expurgation régénératrice. Pour s'en convaincre, les personnes interrogées pendant l'étude indiquent que les saignées des individus permettent d'observer la qualité du sang. Si le sang est bien rouge, l'idée d'assainissement du corps se confirme. S'il est noir (ce qu'on traduit par l'expression *zi-tonga* qui veut dire *sang amer* en langue *moose*), c'est le signe d'un état pathologique quelconque. Un guérisseur interviewé avance même que : *chaque maladie a son enfant (bila) pour rendre le sang noir*. Le mauvais sang non évacué est susceptible de donner des céphalées et des dermatoses. Ces informations nous montrent que la chaleur corporelle ne constitue pas l'essentiel de l'accès fébrile ; le mouvement et la qualité du sang sont des éléments déterminants dans la survenue de la *fièvre*. Une mauvaise circulation sanguine (*sang trop abondant ou insuffisant, mal reparti dans le corps, sang noir ou trop sucré*) provoque une disharmonie des fonctions corporelles.

Dans l'étude, aucun lien n'est établi entre ces trois entités et l'accès pernicieux de l'enfant appelé communément en Afrique de l'Ouest *maladie de l'oiseau* et qui serait plus vraisemblablement la représentation symbolique de l'accès convulsif chez l'enfant.

Les représentations sociales du paludisme que nous venons ainsi d'examiner nous font voir que dans la culture des *Moose*, et certainement de beaucoup d'autres au Burkina Faso, le rapport entre le moustique et les accès palustres n'est pas clairement établi. De même, le surnaturel et les forces mystiques (les esprits ou la sorcellerie notamment) sont le plus souvent convoqués pour expliquer la survenue ou les manifestations du paludisme. L'expérience que nous donne ce travail de D. Bonnet n'est, heureusement, généralisée ni au Burkina Faso, ni dans toutes les cultures négro-africaines. Beaucoup de peuples de ces cultures savent bien les conditions de contraction de la maladie, mais les écueils dans sa prévention viennent plutôt de la perception que les individus ont des dispositifs de lutte contre cette maladie. C'est ce qui ressort de cet autre travail de J.M.M. Doannio et al (2000) réalisé sur les perceptions de la moustiquaire dans la lutte contre le paludisme en Côte d'Ivoire.

B - Représentations sociales et pratiques liées à l'utilisation des moustiquaires dans la lutte contre le paludisme en Côte d'Ivoire

Les moustiquaires ont, depuis longtemps, été identifiées par l'OMS comme un dispositif efficace de prévention du paludisme. Imprégnées d'insecticides, elles repoussent les moustiques et empêchent le contact entre l'homme et le moustique, évitant les piqûres, surtout la nuit, et la transmission de la maladie. Il est cependant très difficile d'amener les individus, surtout les cibles les plus vulnérables du paludisme, à utiliser régulièrement ce dispositif de barrière pour éviter de contracter la maladie. Le programme national de lutte contre le paludisme de Côte d'Ivoire, comme beaucoup d'autres du reste en Afrique subsaharienne, en a fait le malheureux constat. Elle a commandité la présente étude, réalisée par J.M.C Doannio, D.T Doudou et al (2006), pour documenter les facteurs socioculturels et environnementaux de certaines zones fortement affectées (districts sanitaires de *Tai, région du Moyen Cavally ; Dabou, région des Lagunes, Abengourou, région du Moyen Comoé ; Sakassou, région de la vallée du Bandama*) afin de renforcer les stratégies de promotion et de vulgarisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticide en Côte d'Ivoire.

Une population totale de 1050 personnes a été interrogée (et un total de 1992 réponses ont été obtenues⁸⁶). Les représentations sociales de la moustiquaire les plus souvent citées sont : qu'elle empêche la piqûre du moustique (44 %), qu'elle éloigne du bruit du moustique (36 %) et du manque de sommeil que le moustique occasionne (12%). Il est ressorti de l'étude que la moustiquaire en général est faiblement utilisée par les populations (25%). A contrario, les moyens les plus utilisés sont les serpentins fumigènes (50%) et les bombes aérosols (31 %) qui sont, somme toute, d'acquisition plus onéreuse dans le commerce que la moustiquaire⁸⁷. La moustiquaire imprégnée d'insecticide est apparue encore plus faiblement utilisée (6 %). La partie qualitative de l'étude a permis d'avoir davantage de renseignements sur ces faibles scores d'utilisation : La moustiquaire est, de manière générale, appréciée dans un premier temps pour son efficacité dans la protection contre les nuisances dues aux moustiques par 73 % des enquêtés. Seulement 9 % de ceux-ci pensent que la moustiquaire imprégnée sert à se protéger contre le paludisme, mais ne l'utilisent pas nécessairement.

A la question « à quoi sert la moustiquaire imprégnée ? » la majorité des enquêtés (66% sur l'ensemble des sites) indique la réponse *se protéger contre les moustiques*. On pourrait ajouter à cette catégorie les 15% de personnes qui évoquent la réponse *tuer les moustiques*, ainsi que les 7% qui mentionnent le fait de *bien dormir*. Ceci, pour constater (à hauteur de 88%), l'importance de la perception de la moustiquaire imprégnée comme un moyen de protection contre les nuisances des moustiques. La réponse *se protéger contre le paludisme* n'est que très faiblement évoquée (9 %). Les populations enquêtées établissent, de façon générale, un lien entre le moustique et les maladies dans les discours populaires, cependant qu'elles ont beaucoup de difficultés à expliquer le rôle du moustique dans la transmission du paludisme.

Pour les populations, la capacité du moustique à transmettre des maladies est reliée à la notion de saleté et à l'image-force du sang contaminé. Selon les enquêtés, le moustique se promène dans les eaux usées, sur les tas d'ordures et par sa piqûre, peut transmettre des microbes aux individus ou d'un individu à un autre. Cette représentation du moustique est de nature à biaiser substantiellement les acquis sur la transmission du paludisme regardée alors comme maladie de la saleté. Elle remet aussi sur la sellette le rôle du moustique dans la transmission concomitante d'autres maladies, à l'instar du Sida. Ceci serait de nature à entretenir la peur en dépit de ce que, comme nous l'avons indiqué au chapitre 1, des éléments techniques ont été injectés dans la communication sur le Sida pour dédouaner le

⁸⁶ Certaines personnes enquêtées donnaient souvent plusieurs réponses aux questions posées.

⁸⁷ Au moment de l'enquête, une moustiquaire imprégnée d'insecticide coûtait 3500 francs CFA (soit 35 FF).

moustique d'une éventuelle transmission du VIH d'une personne infectée à une personne saine.

Parmi les maladies transmissibles par le moustique citées par les enquêtés, le paludisme occupe la première place. Cependant, en le disant, ils répètent machinalement ce qu'on leur a dit à l'école ou ce que leur disent les agents de santé. En conséquence, dans le vécu quotidien, si les populations ne réfutent pas strictement la thèse de l'existence d'un lien causal entre le moustique et le paludisme, elles ont d'autres conceptions de la transmission de la maladie en rapport avec des facteurs tels que *le soleil, la fatigue due au travail et la consommation d'aliments riches en matières grasses*.

Les conclusions de cette étude sont assez édifiantes. Les populations exposées au péril malarique ont souvent des connaissances approximatives sur les conditions de contraction de la maladie et les perceptions qu'elles ont des différents dispositifs en promotion pour la prévention du paludisme ne sont pas toujours conformes aux utilisations auxquelles ils sont destinés. Il en résulte de mauvaises pratiques pour se protéger de ce fléau. Dans certains cas, la pauvreté peut pousser les populations à adopter des attitudes qui aggravent les conséquences morbides de la maladie et entraînent souvent la mort. C'est aussi la leçon que nous donne une autre étude réalisée dans la province de *Houet* au Burkina Faso.

C - Représentations et pratiques en matière de paludisme chez les personnes en charge des enfants de moins de 5 ans en milieu rural de la province de Houet, Burkina Faso

L'étude a été réalisée en 2003 par K. Drabo et al, un groupe de chercheurs de l'Institut de recherche en sciences de la santé et le Centre Muraz du Burkina Faso. Ce pays de l'Afrique de l'Ouest comptait alors 56 % d'habitants de moins de dix huit ans. Les femmes représentaient plus de la moitié de la population. On y estimait à environ 600.000 le nombre annuel de cas de paludisme dont 30% chez les enfants de moins de 5 ans. Outre les vies perdues et la baisse de productivité due à la maladie, le paludisme entravait également la scolarité des enfants et le développement social en raison de l'absentéisme à l'école et des conséquences des accès graves de cette maladie du fait du retard accusé dans les débuts de traitement.

Les accès palustres sont suspectés le plus souvent au niveau des ménages avant tout recours au traitement ; dès lors, les personnes en charge des enfants de moins de 5 ans sont des relais incontournables pour la prise en charge précoce des cas. Depuis 1995, le programme national de lutte contre le paludisme veut améliorer la qualité de la prise en charge des cas de paludisme en milieu rural au Burkina Faso. Il a initié une enquête transversale, du 8 au 29 décembre 2001, dans 18 villages de la partie rurale de la province du *Houet*. L'objectif visé était de comprendre les représentations et pratiques des mères et nourrices d'enfants de moins de 5 ans en matière de paludisme et d'adopter des stratégies conséquentes de prise en charge de la maladie. Cette enquête obéissait au principe que si ces cibles ne perçoivent pas clairement le paludisme comme un danger pour les enfants de moins de 5 ans ou alors si elles en ont une appréhension erronée des symptômes, le recours aux soins ne peut pas être précoce et les soins eux-mêmes ne peuvent pas toujours être appropriés. Un total de 1277 personnes a été enquêtées. Il en est ressorti qu'il y a plusieurs noms pour désigner le paludisme et plusieurs significations des accès *palustres* dans la province du *Houet*. En général, le terme *Sumaya* désigne le paludisme ; cependant, la maladie se décrit différemment selon son expression clinique et plusieurs noms représentant des variétés de la maladie ont été donnés par les enquêtés. Pour le paludisme simple, les noms *Sumaya* ou *Sumaya Fitini* ou encore *Sumaya Deni* sont utilisés.

Les deux dernières appellations peuvent être littéralement traduites comme par *un petit paludisme*. Selon les enquêtés, c'est la forme la moins dangereuse comme le déclarent les personnes enquêtées :

« Cette forme peut se traiter exclusivement avec les plantes médicinales ; cette forme ne peut guère aliter le malade ; généralement, après avoir bu les décoctions, le malade vomit la maladie et recouvre rapidement sa santé. »

Le *Sumaya Fitini* peut évoluer vers une forme grave.

La forme grave de paludisme est désignée par l'une des expressions suivantes selon ses caractéristiques : *Sumaya ba*, *Kono*, *Sumaya gwe*, *Jokujo*, *Sumaya bobo* et *Sumaya woulen*. Les trois premiers noms sont les plus utilisés :

- *Sumaya ba* (littéralement traduit par : *grand paludisme*) se déclare lorsque le *Sumaya Fitini* ou *Sumaya deni* n'a pas été reconnu et/ou traité suffisamment tôt, c'est-à-dire dans les 2 jours environ suivant son déclenchement. Les principaux symptômes de *Sumaya ba* chez l'enfant malade sont : les urines jaunes, l'absence d'appétit, l'atonie, les douleurs à la moindre palpation de son corps.
- *Kono* est le nom d'un petit oiseau. Cette forme grave de paludisme peut être la conséquence d'un paludisme simple ou survenir lorsque l'oiseau incriminé survole l'endroit où se trouve l'enfant ou même une femme enceinte. Dans ce dernier cas, la maladie survient chez le bébé environ 5 à 6 mois après l'accouchement. La représentation de l'oiseau pourrait venir du fait que lors de la crise convulsive, l'attitude de l'enfant est comparée à celle de l'oiseau incriminé face à un prédateur. Les principaux symptômes de cette forme de paludisme sont la convulsion et la perte de connaissance. Sur le plan thérapeutique, les enquêtés décrivent deux situations :
 - quand la forme *Kono* survient à la suite de la forme simple du paludisme, on peut traiter le malade à l'hôpital ;
 - lorsque l'oiseau est incriminé dans l'apparition de cette forme de paludisme grave, le cas ne peut être traité à l'hôpital et il faut alors recourir aux guérisseurs traditionnels.
- *Sumaya gwe (paludisme blanc)*. La coloration blanche des yeux et de la paume des mains (probables signes d'anémie) consacre la sévérité de la maladie. Dans ce cas, les personnes enquêtées pensent que toute injection intramusculaire conduit au décès du malade, d'où l'évitement conscient des centres de santé en cas de *sumaya gwe*.

Interrogées sur les causes de transmission du paludisme, les enquêtés ont donné des réponses qui peuvent être classées en 3 groupes :

- d'abord : les causes liées au climat (67%) dont l'humidité, le vent, l'exposition au soleil et l'eau stagnante ;
- ensuite : les causes liées à l'alimentation (34%) dont les aliments sucrés (bananes, sucre, mangues, etc.), l'huile dans les aliments, les aliments souillés par les mouches ou la poussière et le lait d'une mère impaludée ;
- enfin : Pour 14,3% de personnes enquêtées, le paludisme peut être l'expiation d'une faute commise par un des parents de l'enfant (rapports sexuels avant le sevrage de l'enfant, adultère, etc.) ou l'effet d'un sort ou d'une malédiction jeté(e) à la victime.

Les modes de transmission du paludisme ont été correctement décrits par seulement 29,6% des enquêtés. Plus de la moitié (59,4%) affirment ne pas les savoir. Lorsque le cycle de

transmission est décrit, les moustiques jouent effectivement le rôle de vecteur. Selon les personnes enquêtées, les moustiques deviendraient infectieux au contact de toute eau ou de tout aliment souillé par les poussières ou des *phénomènes mystiques*. C'est en piquant toute personne non protégée, *tant sur le plan physique que mystique*, que le moustique transmettrait alors le paludisme. Pour ce qui est des recours thérapeutiques, selon 76,4% des enquêtés, c'est dans l'entourage de la personne en charge de l'enfant (maman, nourrice, grand mère) que les premiers soins sont prodigués lorsqu'un paludisme est suspecté chez l'enfant. Ensuite, on a recours aux guérisseurs traditionnels et enfin aux centres de santé.

Les enquêtés utilisent divers moyens thérapeutiques, mais ils préfèrent, en première intention, soit les médicaments modernes, soit les médicaments traditionnels, plutôt qu'une association des deux types. Certaines pratiques fréquentes lors du traitement antipaludique peuvent exposer le malade ; il s'agit de l'arrêt du traitement en cours, reconnu par 69,3% des enquêtés, pour divers raisons (*manque de ressources financières, changement de traitement, oubli...*). Cela peut survenir autant quand l'enfant va mieux que quand son état de santé ne s'améliore pas. Il s'agit également du refus d'allaiter l'enfant malade qui vomit (18,7%), du refus de laver l'enfant dont le corps est chaud (28,2%) et de l'administration de décoctions en cas de diarrhée (25,4%).

En conclusion, dans cette province du Burkina Faso comme dans beaucoup d'autres communautés négro-africaines, l'identification des symptômes du paludisme et la prise en charge précoce et correcte des accès palustres sont plombées par des représentations de la maladie qui contribuent à aggraver les états morbides et à augmenter les décès du fait de cette pathologie. La pauvreté est très souvent incriminée dans l'alourdissement du fardeau du paludisme en Afrique, mais, elle ne saurait seule le justifier. La preuve nous en est donnée par une équipe de recherche de l'université V. Segalen de Bordeaux 2, de l'IRD-Marseille et de l'IRD-Dakar qui a mené une étude sur la prise en charge du paludisme à domicile en milieu rural au Sénégal

D - Soigner les enfants exclusivement à domicile en cas de paludisme en milieu rural sénégalais : un effet de la pauvreté ?

L'augmentation des résistances du plasmodium à la chloroquine en Afrique de l'Ouest en général, et au Sénégal en particulier, ajoutée à l'aggravation des cas de paludisme et des décès dus à cette endémie pendant plusieurs années ont motivé la présente étude. S. L.

⁸⁸
Faye et al (2000) se sont pour cela intéressés à la zone rurale de *Niakhar* (dans 3 villages : *Kalom, Ngangarlam* et *Poultok Diohine*), une sous- préfecture de la région de *Fatick* située à cent cinquante kilomètres à l'est de Dakar. Cette région est caractérisée par un climat sahélo-soudanien occidental avec deux saisons : Une sèche de huit à neuf mois, et une humide de quatre mois. Sur le plan épidémiologique, le suivi démographique et de santé de la population de *Niakhar*, mené depuis plus de trente ans, montre que la mortalité attribuable au paludisme y représente 22 % des causes probables de décès chez les enfants de 1 à 4 ans entre 1984 et 2000.

Cette étude visait à cerner les logiques sociales et culturelles favorisant les pratiques de traitement intra-domiciliaires. Il faut noter que l'auto-traitement par des soins traditionnels et modernes constituent la première, la principale et souvent la seule démarche thérapeutique en cas de fièvre palustre chez l'enfant. Les difficultés de l'accessibilité aux structures sanitaires, la non-disponibilité des médicaments, les comportements des soignants vis-à-

⁸⁸ Dans le cadre d'une thèse de doctorat

vis des malades sont autant d'éléments qui peuvent pousser les parents et les gardiens d'enfants de cette tranche d'âge à ne pas recourir au dispensaire et à les soigner à domicile, même pour des familles ayant les ressources économiques nécessaires. La représentation de la maladie, de ses causes, de sa gravité et plus particulièrement de l'évolution des symptômes est aussi un aspect essentiel pouvant déterminer le choix d'un traitement à domicile.

L'approche adoptée pour cette étude a été l'utilisation des techniques d'observations *in situ* et des entretiens approfondis. La gestion d'une maladie en milieu sénégalais étant une affaire collective mettant en jeu des rapports d'alliance et de voisinage, des entretiens complémentaires ont été réalisés avec toutes les personnes qui interviennent dans la gestion de la maladie de l'enfant (tantes, oncles maternels, grands-parents souvent présents dans la concession, voisins, amis) que ce soit par des suggestions ou par une contribution financière.

Cette étude a conduit aux conclusions suivantes : Face aux accès palustres, soigner à domicile avant le recours externe, ou exclusivement à domicile est devenue la première pratique de soins que les parents mettent en œuvre. Le recours au dispensaire ou chez le guérisseur pour le traitement du *sumaan ndiig* (accès palustres) chez l'enfant à *Niakhar* se fait avec beaucoup d'hésitation et de retard. Il s'agit de comportements courants comme le confirme une mère d'enfant⁸⁹ :

« Mon enfant de trois ans a eu de la fièvre. Comme il continuait à jouer avec les autres enfants de la concession, on s'est dit que ce n'était pas aussi grave et que c'était du sibidu por (fièvre passagère). On ne l'a pas amené au dispensaire. Son père avait acheté des comprimés, nous en avons pris pour les lui donner à boire.

Sa grand-mère a préparé des feuilles de mbegnefegne⁹⁰ qu'elle a mélangé avec de l'huile. Avant qu'il ne se couche, elle lui a enduit le corps pour faire baisser la chaleur. Le lendemain matin, l'enfant allait bien et avait même repris sa forme».

Les soins pratiqués au sein de la concession constituent une première démarche thérapeutique spontanée dans la zone de *Niakhar* : plus de 90% des épisodes fébriles sont d'abord traités à la maison dès l'apparition des symptômes et surtout durant les deux premiers jours de maladie. Les parents utilisent un large éventail de soins à domicile, faisant à la fois appel à leur savoir-faire traditionnel et à leur connaissance des vertus thérapeutiques de certaines plantes. Les principaux soins traditionnels pratiqués par la population sont :

- - les massages à base de beurre de karité, de poudres de plantes ou de médicaments pilés ;
- - l'enveloppe fraîche, consistant à appliquer sur le corps chaud un linge humide afin de diminuer la fièvre ;
- - l'usage des tisanes, des bouillies à base de plantes locales à boire ou à inhaler et des fumigations ;
- - les prières, regroupant les incantations et les différentes formes de libations.

Ces pratiques traditionnelles sont utilisées dans 34 % des soins à domicile alors que les médicaments modernes le sont dans 45 % (Franckel in S. Landry et al, SD) La médication moderne, à base de sirop ou de comprimés, est la plus fréquente. Cette étude a tenté de

⁸⁹ Cette mère est mentionnée dans l'article comme F. le nom de son enfant est : Kalom

⁹⁰ Une plante locale.

répertorier les facteurs explicatifs des pratiques de traitement à domicile et s'est interrogée sur le déterminisme possible de la pauvreté dans ces comportements. La dynamique de la gestion économique de la pathologie n'est finalement pas à exclure si l'on s'en tient à quelques déclarations⁹¹ dans le registre suivant :

« Mon enfant est malade depuis quelques temps. Mais, comme je n'ai pas beaucoup d'argent, j'ai décidé de le traiter ici à la maison. Puisque ce n'est qu'un cas de paludisme, j'ai considéré que ce n'était pas la peine de l'amener au dispensaire. Je peux le soigner ici et tout ira bien. Le peu d'argent que j'ai, je peux le garder pour d'autres cas de maladie nécessitant un recours au guérisseur ou au dispensaire »

En période de pic palustre, la précarité financière des ménages conduit parfois à des négociations en vue d'une sélection, parmi les enfants malades, de celui qui sera amené au dispensaire. La charge financière du traitement des accès palustres se fait d'autant plus fortement ressentir que les enfants de la concession sont nombreux. Comparé au traitement à domicile, le recours externe et notamment le recours au dispensaire est perçu comme étant très onéreux. Les médicaments coûtent cher pour les parents aux revenus modestes⁹² :

« Vraiment les ordonnances sont chères. On ne peut pas tout payer. On préfère rester à la maison et acheter les médicaments chez les marchands ambulants ou dans les boutiques. Ils y coûtent moins cher ».

Cette cherté des médicaments vendus au dispensaire, associée à la nécessité de payer des frais de consultation au dispensaire pousse les parents à se tourner vers l'achat de médicaments chez les vendeurs parallèles, souvent à un moindre coût et à se traiter soi-même à la maison. Soigner à domicile constitue ainsi un gain de temps et de ressources financières considérable pour les parents⁹³ :

« Quand je vais au dispensaire pour des cas de paludisme, on me donne de la chloroquine, du paracétamol, et comme je connais la posologie, je peux donc maintenant le faire à la maison : un comprimé de paracétamol pour les enfants, et deux pour les adultes. Ce n'est plus la peine d'aller au dispensaire. D'ailleurs j'y gagne parce que je ne dépense plus de l'argent pour payer les tickets de consultation et je gagne aussi en temps ».

A ce niveau de notre travail, nous pouvons indiquer que les études ci-dessus, et bien d'autres, montre qu'en Afrique noire, il y a une grande variété de perceptions du paludisme et des démarches thérapeutiques tout aussi variées associant les pratiques de prise en charge de la médecine conventionnelle modernes et celles de la médecine traditionnelle. Les recours thérapeutiques ne sont pas nécessairement précoces et occasionnent bien souvent l'aggravation des accès palustres simples. Au Cameroun, les perceptions de cette maladie, ainsi que les pratiques thérapeutiques varient aussi d'une région à une autre. Nous nous proposons de passer en revue les caractéristiques de ces représentations du paludisme.

⁹¹ Un extrait de la déclaration d'A.N. 28 ans, mère de Ngangariam

⁹² Un père de famille de 28 ans.

⁹³ A.F. une mère de famille de 35 ans.

II - Quelques caractéristiques des représentations sociales du paludisme et des pratiques face à cette maladie au Cameroun

Nous examinons ici les principaux faciès de la maladie compte tenu de la diversité géographique et culturelle du pays, puis nous relevons quelques éléments marqueurs de ces perceptions et pratiques.

A - Faciès écologiques du paludisme au Cameroun

Les travaux de F. Louis (2008) sur le paludisme au Cameroun confirment l'assertion populaire qui veut que le Cameroun soit une Afrique en miniature. Dans ce pays existent, en effet, tous les sept faciès du paludisme que l'on trouve en Afrique. Ces faciès renvoient à trois zones climatiques du pays aux conditions écologiques favorables ou non à la prolifération de moustiques et à la transmission de la maladie. On distingue ainsi : une zone de paludisme tropical saisonnier ; une zone de transition, à transmission continue, avec des recrudescences saisonnières ; et une zone de paludisme équatorial à transmission forte et continue, y compris Yaoundé et Douala. Ces zones déterminent les faciès écologiques ci-après :

1. Faciès soudano-sahélien

On le retrouve dans les zones de savanes sèches et de steppes du nord-Cameroun, entre les latitudes 13°N et 8°N. La saison des pluies y va de juin à octobre⁹⁴ au maximum. La pluviométrie moyenne annuelle est de 800 mm. Trois milieux contrastés sont présents dans ces zones

- une forteresse montagneuse au dessus de la plaine (Ce sont les monts Mandara) avec une pluviométrie annuelle allant de 950 à 1100 mm ;
- une plaine qui s'abaisse régulièrement jusqu'à une altitude de 320 m (C'est le piémont du Diamaré). Les précipitations annuelles s'échelonnent de 600 à 1000 mm ;
- des plaines d'inondation (zone du Logone et Chari). On note ici 400 à 600 mm de précipitations par an.

Dans ce faciès, la saison des pluies qui est celle où sévit le paludisme est courte. Les populations connaissent sporadiquement le paludisme qui y sévit surtout pendant cette période. Il touche toutes les tranches de la population et occasionne souvent des épidémies graves.

2. Faciès des hauts plateaux intérieurs

Il se situe entre le 8^e et le 6^e degrés de latitudes Nord (dans la région de l'Adamaoua, au centre du territoire camerounais). Son climat est tropical, de type soudano-guinéen, tempéré par l'altitude (1100 m en moyenne). Les précipitations annuelles atteignent 1500 à 2000 millimètres, la saison des pluies s'étend de mai à octobre. Le paludisme est stable ici, de type tropical, avec recrudescences saisonnières. On ne note en général pas d'épidémie.

3. Faciès de transition savane-forêt

⁹⁴ Compte tenu des variations climatiques, cette période du temps des travaux de F. Louis est susceptible de changer.

Ce faciès correspond à la zone de transition séparant la savane arborée de l'Adamaoua du plateau forestier du sud, entre les 6^e et 4^e degrés de latitude Nord, à l'exception des régions montagneuses de l'ouest. On y note :

- une grande saison sèche, de mi-novembre à mi-mars
- une petite saison des pluies, de mi-mars à fin juin
- une petite saison sèche, de juillet à août
- une grande saison des pluies, de septembre à mi-novembre.

La pluviométrie annuelle est de l'ordre de 1500 mm, les mois les plus humides étant mai et octobre. Le paludisme est de type équatorial, stable avec recrudescences saisonnières.

4. Faciès forestier équatorial sud-Camerounais

Situé entre 5^e et le 2^e degrés de latitude Nord, dans des zones avec des attitudes comprises entre 600 m et 900 m. La zone est largement arrosée et elle a une forêt dense, hétérogène, difficilement exploitable, mais les cultures vivrières commencent à s'y développer largement. Le climat est de type équatorial guinéen avec quatre saisons comme le faciès précédent. Les précipitations y varient de 1500 mm à 2000 mm : il pleut toute l'année, avec deux maxima en septembre (grande saison des pluies) et en mars-avril (petite saison des pluies). Les minima sont en décembre-janvier (grande saison sèche) et en juillet-août (petite saison sèche). Le paludisme est de type équatorial. Il y sévit de façon endémique.

5. Faciès d'altitude des hauts-plateaux de l'ouest

Ce faciès se situe dans une des régions les plus peuplées du Cameroun. Le climat y est très humide et très chaud. Il est équatorial de type camerounien : la pluviométrie continue, varie de 2000 à 10000 millimètres, caractérisée par une longue saison de pluies qui va généralement de juillet à novembre.

La transmission du paludisme est permanente tout au long de l'année, elle est diminuée parfois, mais jamais elle n'est rompue par l'altitude. Dans les régions des hauts-plateaux, il se crée souvent une telle forme d'accoutumance à la maladie que les gens vivent pendant de longues périodes avec des accès palustres intermittents*

6. Faciès littoral

Ce faciès se situe dans l'unique façade maritime du Cameroun (de Campo à Mamfé). L'altitude y est inférieure à 300 m. Les précipitations dépassent partout 2000 mm, pour atteindre 5000 millimètres sur le rivage et plus de 11000 millimètres sur les pentes du Mont Cameroun. Il n'y a pas de réelle saison sèche, mais 3 mois « moins humides », de novembre à janvier. Dans cette zone de forêt dense pleine d'eau stagnante et de mangrove étendue, la transmission du paludisme est la plus importante de tout le pays.

7. Faciès urbain

A 4^e degré de latitude Nord, Douala en zone littorale, chaude et humide et Yaoundé en zone forestière, beaucoup plus agréable à vivre du fait de son altitude (760 mètres) sont les deux exemples camerounais de faciès urbain. La transmission du paludisme s'y fait toute l'année, mais de manière très irrégulière selon les quartiers et les saisons. En saison sèche, elle est très faible. En saison des pluies, elle est beaucoup plus importante. La figure 10 ci-

dessous montre une carte du pays avec les différents faciès écologiques du paludisme au Cameroun que nous venons de présenter.



Figure 10 : Faciès du paludisme au Cameroun

- I : faciès soudano-sahélien*
- II : faciès des hauts plateaux intérieurs*
- III : faciès de transition savane-forêt*
- IV : faciès équatorial forestier*
- V : faciès d'altitude des hauts plateaux occidentaux*
- VI : faciès littoral*
- VII : faciès urbain (Douala/Yaoundé)*

(Source : F. Louis, 2008)

En somme, et pour les besoins de notre travail, nous voulons retenir comme critère principal de discrimination entre ces différents faciès, la persistance ou non de la transmission de la maladie dans l'année. Ceci donne une idée de la familiarité que les victimes potentielles ont avec la maladie. En effet, plus elles sont habituées à la maladie, plus il est facile pour elle d'y faire allusion et d'en construire des représentations. De l'aperçu que nous venons de donner des faciès écologiques de la maladie, il se dégage que du nord au sud du pays, les différentes formes de paludisme peuvent être classées en 3 grands groupes, à savoir :

- le paludisme tropical saisonnier, à allure souvent épidémique par endroits ou stable, avec recrudescences saisonnières ;
- le paludisme de la zone de transition, à transmission continue, avec des recrudescences saisonnières, et ;
- le paludisme équatorial à transmission forte et continue en raison des précipitations abondantes. Il y a néanmoins quelques variantes dans les régions montagneuses, dans la zone littorale, en milieu urbain, et surtout dans les villes de Douala et Yaoundé.

Quelles sont les éléments identitaires ou marqueurs dans les représentations du paludisme construites par les populations des différentes zones écologiques ou familières à celles-ci ?

B - Marqueurs des représentations liées aux différents faciès écologiques de la maladie

Les représentations sociales telles que nous les avons définies de manière opératoire dans notre travail contribuent à l'orientation des conduites et des rapports sociaux. Pour les besoins de communication entre les membres d'une communauté donnée, elles constituent un code pour les échanges entre individus d'un groupe social donné sur l'objet de la représentation. Dans le cas du paludisme, trois éléments fondamentaux apparaissant comme des marqueurs nous semblent essentiels pour la construction de ses représentations dans la société camerounaise ; ce sont :

- les différentes langues locales du pays en tant que *marqueurs linguistiques*. Dans une recherche sur la dénomination des troubles pathologiques en Afrique Centrale bantoue, Lolke J. Van der Veen (2000) affirme que la prise en compte de la dimension syntagmatique (les contextes linguistiques où chaque terme apparaît) présente dans les collocations et la phraséologie de chaque langue peut renseigner sur la gravité présumée d'un trouble pathologique, sa cause, son issue et éventuellement sur d'autres traits culturels. Savoir comment le paludisme est désigné dans une langue locale peut contribuer largement à renseigner sur la perception de la maladie et, parfois sur les pratiques du groupe social locuteur de la langue vis-à-vis du paludisme ;
- des habitudes séculaires dans la recherche de solutions aux troubles pathologiques qui finissent par devenir des *marqueurs culturels*. Ces marqueurs renvoient sans doute avant tout au guérisseur traditionnel. En raison des convictions culturelles et de leurs faibles pouvoirs d'achat, selon l'OMS (2007), beaucoup d'Africains le consultent fréquemment pour leurs problèmes de santé. Il est dépositaire d'un patrimoine culturel qui, dans le cas de la pathologie qui nous intéresse, peut contribuer à la construction des représentations du paludisme dans le milieu social camerounais. Ces marqueurs renvoient aussi aux expériences personnelles sur le

vécu de la maladie. Ils amènent les personnes à refléter ces expériences dans les représentations qu'ils construisent sur la maladie ;

les indications de la médecine conventionnelle dans la lutte contre le paludisme apparaissent comme d'*autres marqueurs* dans la construction des représentations sociales de cette maladie au Cameroun. En effet, quel que soit l'endroit où il vit dans le pays, le Camerounais est exposé à ces indications. Il doit, par conséquent gérer une dualité de situation qui l'oblige à percevoir le paludisme à la fois sous le prisme des acquis culturels de son groupe social d'appartenance et sous celui des indications de la médecine conventionnelle.

1. Marqueurs linguistiques des représentations sociales du paludisme au Cameroun

Il ne s'agit nullement dans cette partie de notre travail de faire un inventaire exhaustif d'éléments de désignation du paludisme dans les langues du Cameroun. Une telle entreprise, à l'évidence, serait plutôt titanique, eu égard au nombre de langues parlées dans le pays⁹⁵. Aussi nous limiterons-nous à quelques exemples liés aux langues utilisées par quelques groupes sociaux. Seul une bonne investigation anthropologique peut permettre de faire le tour de cette question, ce qui déborde du propos du présent travail.

L. J. Van der Veen (op.cit.), dans ses travaux, est parvenu à établir un des principes fondamentaux de dénomination des troubles pathologiques en Afrique centrale. Selon lui, de nombreux troubles sont désignés par le nom de la zone du corps affectée. Ce mécanisme est appelée la '*métonymie de l'organe affecté pour l'affection*'. Par exemple, il est courant que les gens disent qu'ils ont l'*estomac* ou le *foie* pour parler de l'ulcère de l'estomac ou d'un mal du foie. Cette recherche a découvert qu'un lexème peut souvent désigner des troubles différents dans des langues bantou différentes. Certains désordres pathologiques sont aussi souvent nommés par des termes désignant des manifestations symptomatiques localement perçues (par exemple : *froid* pour désigner la *fièvre* ou le *paludisme* ; *chaud* ou *chaleur* pour la *fièvre chaude des nourrissons*) ; ou encore par des termes désignant la cause ou l'origine présumées (*animal* pour le paludisme en langue Fang⁹⁶).

Les explications recueillies auprès de certains informateurs révèlent que cette identification de la maladie viendrait du fait que la maladie provoquerait souvent des amaigrissements chez leurs victimes et donneraient l'impression que des parties de leurs corps seraient mangées au cours de la maladie, exactement comme pourraient l'être le corps d'un animal.

Certaines de ces désignations seraient métaphoriques. A titre d'illustration, chez les Bamiléké, l'on parle souvent du *bon palu* pour désigner les accès fébriles causés par la grossesse chez une jeune femme nouvellement mariée. Nos informateurs nous ont expliqué que la fièvre est très souvent un signe prémonitoire de la survenue d'une grossesse. Or, en Afrique, de façon générale, lorsqu'une femme se marie, son entourage est aux aguets d'une gestation pendant les premiers mois de son mariage. Dans le cas d'une grossesse, le *bon palu* est une bonne nouvelle et n'impose aucun souci de prise en charge urgente. En revanche, le *mauvais palu*, désignant un accès fébrile chez une jeune mariée qui n'est pas enceinte, est inquiétant et nécessite une prise en charge urgente pour éviter des complications.

⁹⁵ Près de 250 langues au total.

⁹⁶ Une langue parlée dans le Sud Cameroun.

Le paludisme ne déroge donc pas fondamentalement aux conclusions des recherches de L. J. Van Veen. Dans plusieurs langues camerounaises, les lexèmes qui permettent de désigner cette pathologie renvoient aux manifestations de la maladie. Il s'agit de la fièvre, des frissons, du froid, des céphalées et des variations de température (le corps qui chauffe)⁹⁷. Dans d'autres par contre, les lexèmes qui désignent le paludisme n'ont aucune relation avec les manifestations de la maladie⁹⁸. Nous n'avons pas mentionné les différents lexèmes désignant le paludisme dans ces langues simplement pour des problèmes de phonétique. Nous en avons recueilli les significations auprès des personnes qui parlent correctement ces langues. Ces désignations de la maladie traduisent généralement les croyances, le patrimoine culturel et les perceptions que les personnes, prises isolément, et les communautés ont du paludisme. Elles traduisent aussi le vécu quotidien de la maladie et constituent des représentations que les individus construisent de la maladie.

2. Marqueurs culturels des représentations sociales du paludisme au Cameroun

E. Hillenbrand (op cit.) indique que pour des raisons économiques, les Camerounais, indépendamment de leur rang social et de leurs origines, ont recours à la médecine traditionnelle. Pourtant, ils n'abandonnent pas la médecine moderne. Les guérisseurs traditionnels sont donc des gardiens d'une culture médicale traditionnelle dans laquelle les maladies renvoient à des représentations précises. D.N. Lantum (1978) constate toutefois que le guérisseur traditionnel, peut être un naturopathe, un herboriste ou un tradi-thérapeute ou tradi-praticien. Ces différents termes sont synonymes, mais ne désignent pas nécessairement les mêmes personnes. Le guérisseur traditionnel est un tradi-thérapeute ou un tradi-praticien car il est, en principe, le dépositaire des savoirs et pratiques séculaires de la médecine traditionnelle. A contrario, le naturopathe et l'herboriste sont des guérisseurs qui utilisent les éléments qu'ils recueillent directement dans la nature (plantes, herbes, écorces d'arbres, etc.) pour traiter leurs patients. Le naturopathe et l'herboriste ne sont pas des guérisseurs traditionnels dans le sens que nous venons de l'expliquer, mais, tous sont des agents de santé qui posent aujourd'hui des diagnostics sur des maladies en se représentant généralement les pathologies comme le recommandent leurs cultures. A ces représentations séculaires des maladies, ils ajoutent, de temps à autres, les représentations courantes de la médecine conventionnelle.

Force est de noter que c'est surtout en milieu rural que le guérisseur traditionnel continue à conserver les acquis culturels liés à la cause, la manifestation, la désignation et la prise en charge des maladies. En milieu urbain, on note de plus en plus un rapprochement entre certains guérisseurs traditionnels et le personnel de la médecine conventionnelle. Ce rapprochement se fait par des contacts réguliers ou la référence des malades d'une des formes de médecine à l'autre. La conséquence directe de ce travail en concertation est la dégradation progressive des éléments culturels clé de la médecine traditionnelle par l'incorporation progressive dans celle-ci des éléments de diagnostic et de prise en charge empruntés à la médecine conventionnelle.

S'agissant singulièrement du paludisme au Cameroun, ce rapprochement des deux formes de médecine nous suggère de rechercher les représentations de la maladie dans les véhicules de communication que sont les langues locales. La façon de désigner les maladies

⁹⁷ C'est le cas du *Fufuldé* dans le nord Cameroun et plusieurs langues Bamiléké dans l'ouest du pays.

⁹⁸ C'est le cas dans les langues Béti qui font allusion à la viande ou à un animal.

renvoie le plus souvent à l'appréhension de celles-ci par les groupes de populations locutrices d'une langue quelconque depuis des temps immémoriaux.

3. Indications de la médecine conventionnelle comme marqueurs des représentations sociales du paludisme au Cameroun

Dans la médecine conventionnelle moderne, la lutte contre le paludisme obéit à des indications précises pour amener les individus à prévenir la maladie. Ces indications sont notamment des conseils donnés aux populations pour qu'elles évitent les piqûres des moustiques ; elles sont utilisées dans la sensibilisation des Camerounais sur la maladie. Au nombre de celles-ci, il y a l'utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticides à effet rémanent, surtout pendant la nuit et l'utilisation des dispositifs de lutte contre le moustique.

J.P. Louis et al (1992) ont réalisé une étude de faisabilité de la mise en pratique de l'utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticide dans la lutte contre le paludisme en zone rurale au Cameroun. Cette étude a été réalisée auprès de 101 foyers du village de Mbebe-Kikot et des hameaux environnants qui ont gratuitement reçu 427 moustiquaires. La technique d'installation de ces moustiquaires sur le lit et le mode d'utilisation ont été enseignés. Ces moustiquaires ont été ré-imprégnées tous les six mois. Dans ce contexte à priori favorable, on constate cependant que deux tiers seulement des personnes de ces villages utilisent effectivement leurs moustiquaires ; pour le tiers restant, la non-utilisation est imputée surtout à une inadéquation du matériel avec le type de couchage utilisé. Un deuxième fait majeur qui mérite d'être souligné est la mauvaise utilisation et l'absence d'entretien de ce dispositif de protection. En effet, un an après leur installation, 30% des moustiquaires sont déchirées sans que les utilisateurs aient jugé bon de procéder à leur réparation.

Les auteurs de cette étude sont arrivés à la conclusion que l'intérêt de la moustiquaire est bien perçu par les populations, en termes de protection contre les nuisances des moustiques, mais elles ne font pas un rapport direct entre l'utilisation de la moustiquaire et la prévention du paludisme. En effet, le bilan des interventions menées dans ce village de Mbebe-Kikot a montré que, trois ans après la fin de cette étude, une moustiquaire était retrouvée dans 68 % des foyers, mais seulement 9 % de ces moustiquaires étaient dans un état permettant d'assurer une protection efficace contre les piqûres des moustiques (R. Chambon et al, Op. Cit.). Ceci traduit, à tout le moins, un défaut sérieux d'éducation à la santé sur la gravité potentielle du paludisme. Dans le plan stratégique national de lutte contre le paludisme, un accent est, certes, mis sur la moustiquaire imprégnée comme moyen idoine de lutte, mais l'éducation de la population pour l'utilisation de ce dispositif de lutte n'est pas encore achevée. Il reste, d'une part à expliquer l'importance de ce dispositif pour la lutte contre la maladie et, d'autre part, l'éducation permanente des populations pour la bonne utilisation de ce dispositif.

Dans un autre ordre d'idées, des enquêtes sur les connaissances, perceptions et pratiques des populations face aux nuisances des moustiques réalisées au Cameroun pour évaluer l'importance de l'utilisation des moyens familiaux de protection contre l'agression par les moustiques du genre culicidé (R. Chambon et al, 1997) ont montré que, malgré une nuisance partout fortement ressentie, en zone d'hyper-endémicité palustre, l'utilisation des moyens de protection reste très hétérogène. Les moustiquaires de lit, partout spontanément identifiées comme un moyen de protection efficace, sont utilisées avec une importance très variable selon les sites. A Douala, elles étaient présentes dans 47 % des foyers visités et protégeaient 65 % des couchages. Ces proportions atteignaient même 75 % et 82 %

à Soboum⁹⁹. En milieu rural, par contre, les moustiquaires de lit n'étaient que très peu utilisées et ne protégeaient généralement qu'un seul couchage par foyer (Chambon, op cit.). La réalité est évidemment plus dure que les conclusions de cette étude qui a réuni les conditions favorables à la bonne utilisation des moustiquaires. Lorsque l'on prend en compte l'habitat en milieu rural, l'exposition nocturne aux piqûres des moustiques et la perception que les individus ont de ce dispositif de lutte, la moustiquaire n'a pas toute l'efficacité souhaitée dans cet environnement.

Sur un autre plan, une étude¹⁰⁰ réalisée à Hévécam par R. J. Assako Assako et al (SD) a permis de tirer des conclusions intéressantes sur des pratiques à risque que les populations répètent sans pour autant qu'il y ait un rapprochement entre celles-ci et la survenue du paludisme. *Plantation d'hévéas du Cameroun* (Hévécam) est une agro-industrie exploitant la culture d'hévéas dans la région de Kribi (sud-Cameroun) depuis 1975. Elle se trouve en pleine forêt équatoriale. En 2004, Elle couvrait 40 000 hectares où travaillaient 5 600 personnes : personnels chargés de faire la saignée des hévéas, ouvriers travaillant à l'usine pour le conditionnement du latex, agents et cadres administratifs. Les employés d'Hévécam sont regroupés dans 16 villages. Organisés sous forme de quartiers résidentiels, ces villages sont dotés d'une infrastructure de base, proportionnellement à l'effectif de la population résidente et comprenant : école primaire, économat, terrain de sports, lieu de culte et dispensaire.

L'étude révèle que les habitants d'Hévécam, autochtones ou employés de l'agro-industrie ont, en matière de gestion et surtout de stockage de l'eau, des pratiques favorables à la reproduction des moustiques. Des fûts et tous types de récipients sont généralement entreposés sous les gouttières des maisons pour recueillir l'eau de pluies, utilisée à des fins domestiques : cuisson des aliments, vaisselle, lessive, bains, etc. En saison des pluies il y a un surplus d'eau qui fait que celle entreposée dans ces récipients peut y rester stockée pendant plusieurs semaines. Aussi, des récipients comme le fût, du fait de leur profondeur, ne sont jamais totalement vidés de leur contenu. Ils constituent donc, sans que les habitants puissent seulement le soupçonner, des gîtes de reproduction des anophèles, compte tenu des caractères stagnant et clair de l'eau stockée. Pour ces populations, il n'y a pas de relation possible entre la survenue du paludisme et une eau stockée pour les besoins domestiques.

De même, en s'intéressant aux attitudes thérapeutiques des populations dans le bassin de la haute Sanaga, J.P. Louis et al (1992) ont noté une propension à l'automédication. Cette situation vient de ce que les populations vivent, selon eux, dans un contexte culturel où fatigue, céphalées, courbatures, vomissements et accès fébriles signifient automatiquement paludisme. A la moindre sensation de l'un et/ou l'autre de ces symptômes, elles ont le réflexe de recourir à des antipaludiques courants sans nécessairement chercher à consulter un personnel de santé. Ces médicaments ne sont pas toujours indiqués pour résorber les symptômes ressentis, et ils sont souvent pris à des doses inappropriées. Il en résulte le développement progressif du phénomène de résistance du plasmodium aux antipaludiques courants dans la région.

De ce qui précède, l'on comprend que la perception et les habitudes des Camerounais face au paludisme sont tributaires de leurs acquis culturels que trahit souvent une médecine traditionnelle à laquelle ils recourent pour une bonne part ; des apports

⁹⁹ Un quartier particulièrement exposé de la ville de Douala.

¹⁰⁰ Dans le cadre du projet Représentations, comportements et gestion du paludisme dans une plantation en forêt tropicale (Sud-Cameroun, coordonné par D. Bley et N. Vernazza-Licht et S. C. Abéga à Hévécam.

nouveaux de la médecine conventionnelle et des antipaludiques courants disponibles dans leurs environnements immédiats. Il serait intéressant de préciser le contenu de ces représentations sociales maintenant et de comprendre comment elles fonctionnent.

Chapitre 6 Identification et organisation des représentations sociales du paludisme au Cameroun

Le présent chapitre est celui dans lequel nous tentons d'identifier les représentations du paludisme au Cameroun. Pour ce faire, un double questionnement nous sert de boussole. Nous essayons de savoir : d'abord, à quoi renvoie le terme paludisme dans la mémoire d'un Camerounais qui connaît la maladie (pour en avoir souffert et/ou en raison de son expérience sur la lutte contre cette pathologie dans le pays) ? Ensuite, comment classe-t-il ces perceptions de la maladie par ordre d'importance ? Les réponses à la première question nous ont permis d'avoir une idée du contenu des représentations du paludisme par les Camerounais. Celles à la seconde question nous ont servis de matériau pour tenter une organisation de ces représentations. Les déclarations des personnes rencontrées n'étant passées au crible d'aucun canon scientifique, nous les considérons, pour reprendre D. Jodelet (op cit.) comme *une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble* sur cette maladie. Prises comme telles, elles sont considérées comme représentations sociales.

I - Méthodologie utilisée pour l'identification des représentations sociales du paludisme chez les camerounais

Il existe plusieurs méthodes permettant d'identifier les représentations sociales d'un objet quelconque. Pour les besoins de notre travail, nous avons répertorié, autant que possible, les différentes représentations sociales du paludisme au Cameroun, puis tenté de voir comment elles sont organisées dans le contexte camerounais. Pour ce faire, nous avons choisi de combiner deux méthodes de recherches empruntées aux deux grands types de méthodes pour le recueil et l'analyse des représentations sociales conseillées par J.C. Abric (2001). Il s'agit des méthodes dites *interrogatives* et les méthodes dites *associatives*.

Le premier type de méthodes consiste à recueillir une expression verbale ou figurative des individus concernant l'objet de la représentation étudiée. L'on se sert pour cela : *d'entretien, de questionnaire, de planches inductives, de dessins et supports graphiques, ou d'une approche monographique*. Dans notre travail, nous nous sommes intéressés à la production verbale en faisant usage tant des techniques de l'entretien que de celles du questionnaire, de façon à mettre les personnes rencontrées en confiance et de mieux capter leurs représentations sociales du paludisme. Cette gymnastique nous a semblé indiquée, compte tenu de la diversité d'interlocuteurs, et de la difficulté que certains d'entre eux avaient à exprimer clairement leurs pensées.

Le second type de méthodes est peu connu ; Il s'agit de : *l'association libre et de la carte associative*. Toutes les deux se basent sur un mot (ou une série de mots) Inducteur(s) et sollicitent du sujet enquêté la production d'une ou de plusieurs série de tous les mots,

expressions qui lui viennent spontanément à l'esprit à l'évocation du *paludisme*. Il lui est ensuite demandé de les associer suivant des modalités qui lui sont indiquées.

Pour le recueil des représentations sociales des Camerounais sur le paludisme, nous nous sommes servis de la méthode de l'*association libre* couplée à une autre méthode, à califourchon entre *l'entretien et le questionnaire*. Toutes les deux méthodes sont fondées sur la production verbale. L'option de la conjugaison des deux méthodes dans notre travail, ainsi que des quelques adaptations que nous y avons opérées, nous a semblé judicieuse pour rendre l'outil de collecte de données convivial au sujet enquêté et minimiser la marge d'erreur due aux imprécisions éventuelles dans les propos des sujets enquêtés. De manière pratique, la méthode d'*association libre* est apparue comme la principale méthode d'investigation utilisée ; elle a été complétée par la seconde méthode, de façon à maximiser nos chances de cerner le contenu et de dégager les éléments organisateurs de la représentation sociale du paludisme au Cameroun.

L'outil de collecte de données intitulé *Représentations sociales des Camerounais sur le paludisme* (Cf annexe 7) a l'allure d'un questionnaire. Il est structuré en trois parties :

La première partie est désignée *Identification de la personne enquêtée* : elle permet de noter le sexe, la profession et le lieu de résidence de la personne soumise à l'examen.

La seconde partie est l'*enquête proprement dite* qui démarre par le texte suivant, en italique, pour fixer la personne enquêtée sur l'objet de l'enquête et le remercier d'y participer :

« Dans le cadre d'une recherche sur le paludisme au Cameroun, merci de vous exprimer librement sur le paludisme au Cameroun dans le tableau ci-dessous. »

Puis, arrive un autre texte, court, donnant des explications sur ce que la personne enquêtée doit faire dans le cadre du présent travail ; il est ainsi libellé :

« Connaissant le paludisme, sachant ce qui se fait et ce qui se dit du paludisme dans votre milieu de vie, Si l'on vous dit : « le paludisme au Cameroun », quelles pensées, idées ou images vous viennent tout de suite à l'esprit ? En avez-vous une explication ? (Nous vous proposons, à titre d'illustration dans le tableau, quelques exemples possibles et vous prions d'y consigner ce qui vous vient à l'esprit) »

Dans ce texte, le paludisme au Cameroun est écrit de manière proéminente, en un corps de caractère un peu plus grand ; ce sont les mots inducteurs. Il est ensuite indiqué, entre parenthèses, ce que l'enquêté doit faire, puis comment il doit le faire, à l'aide de deux exemples avec un renvoi explicatif en bas de page pour lui signifier clairement qu'il est libre ou non de prendre les exemples que l'on lui propose comme ses propres représentations du paludisme s'il le désire ou de les ignorer, dans le cas contraire.

Cette seconde partie s'achève par un tableau à deux colonnes, respectivement intitulées : *Pensées, Idées, images dans votre esprit* dans la colonne de droite, puis *Explications éventuelles* dans celle de gauche. Le tableau comporte aussi une vingtaine de lignes pour recueillir les propositions de représentations du paludisme à donner par les enquêtés.

La troisième partie de l'outil, intitulée *Classement*, est une invitation de l'enquêté à s'essayer à un petit exercice d'assemblage. Dans celle-ci, il lui est demandé de revoir ce qu'il a proposé comme représentations du paludisme dans la seconde partie de l'exercice et de procéder à une classification préférentielle de celles-ci. Cette partie est introduite par l'invitation suivante :

« Indiquez les cinq (5) idées, images et croyances majeures par ordre d'importance »,

L'analyse des éléments recueillis dans cette partie a permis, comme nous le verrons plus loin dans ce travail, d'avoir une idée des 5 plus grandes représentations des personnes enquêtées sur le « paludisme au Cameroun ».

La phase de terrain pour le recueil du contenu de ces représentations sociales a duré du mois de mai au mois d'octobre 2008 et les données recueillies ont été analysées avec le logiciel *Epi-info*. Un total de 128 Camerounais a été enquêté. 3 grandes variables ont été utilisées pour la discrimination des individus dans la population interrogée :

- D'abord le sexe : La femme enceinte est, comme on le sait, une des cibles principales dans la lutte contre le paludisme. L'autre cible principale, l'enfant de moins de 5 ans, bénéficie, le plus souvent, de l'attention de sa mère. C'est en général à la mère que revient la charge de protéger l'enfant du paludisme¹⁰¹, de lui administrer les premiers soins ou de l'amener dans une formation hospitalière pour la recherche de soins en cas d'accès palustre. L'homme n'intervient que secondairement, et souvent lorsqu'il faut payer pour les soins des cibles prioritaires sus-évoquées. Ce constat nous a fondés dans la pensée que la perception de la maladie peut varier selon qu'on est un homme ou une femme. Nous nous sommes, par conséquent, préoccupés du sexe de la personne enquêtée. La répartition par sexe de nos enquêtés est présentée dans le tableau 9 :

Personnes interrogées	Nombre	%
Hommes	72	56%
Femmes	56	44%
Total	128	100 %

Tableau 10 : Répartition des personnes interrogées en fonction de leurs sexes

(Source : Présente recherche)

- Ensuite *la profession* : Suivant le type d'occupation de l'individu interrogé, le regard jeté sur la maladie peut varier. Sans avoir voulu prendre en compte tous les types de professions existant sur le marché de l'emploi au Cameroun, nous avons opéré une catégorisation sommaire dans cette variable pour donner une idée des perceptions dominantes des enquêtés en rapport avec le type de professions qu'ils exercent. Les catégories retenues dans cette variable sont : *agents salariés* ; *agents de profession libérale* et *personne sans emploi*. Les enquêtés de la catégorie *agents salariés* sont les sujets employés par le secteur public, notamment la fonction publique camerounaise, ou par une entreprise du secteur privé, à quelque niveau que ce soit. Il s'agit de tout individu qui exerce une profession et qui bénéficie d'une rémunération régulière (généralement mensuelle). Nous avons largement inclus dans cette catégorie le personnel de santé, tant en poste dans les formations sanitaires que dans d'autres niveaux du système de santé. La pertinence de la rétention de cette catégorie est le fait que les taux annuels de fréquentation des formations sanitaires pour cause d'accès palustres sont élevés (40% en moyenne). Cet indicateur dans une option de prise en charge de la maladie qui privilégie le paiement direct¹⁰² permet, en effet, de penser que le paludisme est l'affaire de tous, et surtout de tous ceux qui peuvent payer pour les soins de prise en charge des accès palustres.

¹⁰¹ C'est à elle que l'on donne une moustiquaire lors des campagnes de santé publique.

¹⁰² La sécurité sociale incluant l'assurance-maladie est embryonnaire dans le pays.

Les « *agents des professions libérales* » dans notre échantillon sont les enquêtés qui exercent une activité génératrice de revenus et qui n'ont pas un salaire payé après une certaine période de temps. La plupart des personnes interrogées appartenant à cette catégorie sont dans le secteur informel, et surtout dans le petit commerce. Une curiosité a été ici d'interroger des vendeurs de médicaments sans autorisation de l'Etat, en dehors des officines agréées (médicaments de la rue). Ceux-ci vendent aussi des antipaludéens dont la qualité est, selon eux, la même que celle des médicaments vendus dans les lieux autorisés.

Les enquêtés de la catégorie « *sans profession* » sont ceux qui déclarent ne pas être salariés et ne pas exercer une activité génératrice de revenus. Dans cette catégorie, nous avons classé les *ménagères* qui sont très importantes dans la lutte contre le paludisme. Il s'agit d'une catégorie d'acteurs sociaux qui déclarent n'exercer aucune activité rémunérée. Elles sont généralement à la tête d'une famille en tant qu'*épouse ou mère*. L'essentiel de leurs occupations est la contribution au bien-être de la famille. Ceci suppose, entre autres, l'entretien des membres de la famille, y compris leur accompagnement, soit à la maison, soit dans une formation sanitaire, pour la prise en charge des cas de maladies courantes, (y compris des accès palustres).

Les catégories proposées s'organisent comme indiqué dans le tableau 10.

Profession des personnes interrogées	Nombre	%
Agents salariés	64	50%
Agents de professions libérales	36	28%
Sans profession	28	22%
Total	128	100 %

Tableau 11 : Répartition des personnes interrogées en fonction des professions exercées

(Source : Présente recherche)

La catégorie *sans profession* aurait bien pu être désignée par le vocable *Chômeur* mais, cela aurait été réducteur pour les acteurs sociaux sans profession. Les étudiants y sont par exemple intégrés sans être des chômeurs *sensu stricto*. Le critère majeur de discrimination dans cette variable est le fait d'avoir une source identifiée de revenu généré par l'activité quotidienne.

- *Le lieu d'habitation* : Cette catégorie nous a permis de répartir nos enquêtés en deux grands groupes : (a) Ceux vivant dans les deux plus grandes métropoles du pays à (Yaoundé et Douala, capitales politique et économique dans cet ordre) et qui connaissent un nombre élevé de cas de paludisme le long de l'année, puis (b) ceux vivant dans les autres parties du pays. En dehors de Yaoundé et Douala, l'incidence du paludisme est variable et les individus y vivant regardent souvent les stratégies nationales de lutte contre cette maladie comme des décisions politiques qui viennent des centres de décision, notamment Yaoundé et, dans une certaine mesure, Douala. La répartition dans cette catégorie se présente comme suit :

Lieux d'habitation	Nombre	%
Yaoundé et Douala	74	58%
Ailleurs	54	42%
Total	128	100%

**Tableau 12 : Répartition des personnes
interrogées en fonction de leurs lieux d'habitation**

(Source : Présente recherche)

De façon générale, la taille de l'échantillon retenu pour nos travaux de terrain est quelque peu élevée, car la littérature indique qu'une population de 50 sujets est raisonnable pour des travaux de recueil de représentations sociales. Cette taille a été ainsi retenue à dessein, dans le souci d'avoir dans notre échantillon des sujets venant aussi bien des zones du pays où la maladie sévit en continu tout au long de l'année que de celles où elle présente des pics pendant certaines périodes de l'année.

Les enquêtes ont été menées à la fois par nos soins et par ceux de deux enquêteurs que nous avons préalablement formés à l'administration de l'outil d'enquête. L'un d'eux s'est occupé des régions¹⁰³ du Sud-ouest, de l'Ouest et du Nord-Ouest, l'autre a travaillé dans les régions du Centre et de l'Adamaoua). Le reste des personnes dans les autres régions du pays a été enquêté par nos soins.

Dans l'ensemble, pour le déroulement de l'enquête, une présentation de l'outil d'enquête a été d'abord faite au sujet enquêté et les deux exemples de représentations contenus dans l'outil explicités. Les sujets enquêtés ont souvent posé des questions de compréhension. Ensuite, dans la majorité des cas, ils ont rempli eux-mêmes l'outil et l'ont remis à l'enquêteur. Dans des cas isolés, l'enquêteur a été obligé de transcrire les opinions des enquêtés, notamment quand l'enquêté ne savait ni lire ni écrire. Le temps laissé aux enquêtés pour remplir le formulaire après les explications est allé de plusieurs heures à plusieurs jours, compte tenu de ce que beaucoup de sujets découvraient cette méthode d'enquête pour la première fois.

A - Contenu des représentations sociales du paludisme au Cameroun

Le dépouillement des résultats d'enquête s'est fait en plusieurs étapes :

(a) D'abord le recueil des idées, images ou croyances qui viennent à l'esprit de l'enquêté à l'écoute des mots suivants : *paludisme au Cameroun*. Cette perception de l'enquêté était le plus souvent indiquée soit par un mot ou un groupement de mots, appuyé éventuellement par des explications telles que prévoit le formulaire d'enquête. Dans certains cas aussi, à défaut de trouver un mot ou un groupe de mots qui cristallisent la perception, l'enquêté en a donné des explications.

(b) Ensuite, nous avons tenté un regroupement des perceptions. Au total, les 7 tendances de perception ci-après ont été identifiées :

- **Santé ou maladie** : ici nous avons rangé toutes les perceptions de l'enquêté renvoyant à ces deux concepts. Dans cette tendance, l'on a noté les différents symptômes de la maladie, les modes de transmission, les cibles ou des allusions à la santé (bonne ou mauvaise) telles que données comme représentations par les enquêtés. L'on a retrouvé ici des expressions comme : *moustiques* ; *eaux stagnantes* ; *souffrances* ; *maladie redoutable* ; *maladie qui tue beaucoup chez nous*, *grave problème de santé* ; *piqûres des moustiques la nuit* ; *moustiquaires imprégnées* ; *tuer les moustiques* ; *prescriptions variées des médecins* ; *Caniveaux non nettoyés* ; *marécages* ; *Distribution MII mais utilisation par peu de ménages*, etc.
- **Economique** : dans cette tendance, nous avons rangé toutes propositions en rapport avec l'économie. Il s'est agi notamment : du poids économique de la maladie, du

¹⁰³ Depuis le 12 novembre 2008, un décret présidentiel institue ainsi ce qui était jusqu'alors connu comme province.

coût élevé des médicaments ou de la pauvreté des individus exposés au paludisme. Les expressions suivantes sont revenues : *les médicaments coûtent cher ; argent ; tout faire pour vite se soigner ; si tu n'as pas d'argent, tu meurs ; à l'hôpital, il faut l'argent pour se soigner, pharmacies, les nouveaux médicaments coûtent cher, anti-*

*moustiques "moon-tiger"*¹⁰⁴, *maladies qui font vivre certaines personnes*, etc.

- *Politique* : cette tendance a accueilli toutes les représentations des enquêtés en rapport avec l'organisation politique du pays pour lutter contre la maladie. Celles-ci sont allées des éléments renvoyant à l'accessibilité géographique des structures sanitaires aux impressions laissées par les interactions entre les patients du paludisme et le personnel soignant. Selon certains enquêtés, des agents de santé seraient affectés aux postes qu'ils occupent en raison des considérations politiques pas toujours en faveur d'une bonne prise en charge du paludisme dans le pays. Voici quelques éléments des déclarations des enquêtés : *hôpitaux loin des villages ; personnel de santé affecté en fonction de la coloration politique des décideurs ; personnel peu accueillants dans les centres de santé ; infirmiers vendant des moustiquaires sans être inquiétés ; maladie qui fait employer des hommes et des femmes ;*
- *Stratégique* : Cette tendance a accueilli toutes les propositions faisant allusion à un apport extérieur au Cameroun pour la lutte contre le paludisme. Certains enquêtés ont fait mention d'organisations internationales dans leurs représentations. Les explications qu'ils en ont données ont été que celles-ci influencent les stratégies de lutte contre le paludisme ou encore qu'elles appuient financièrement la lutte contre cette endémie dans le pays. Pour cette catégorie, les enquêtés ont souvent simplement marqué comme représentations : *OMS ; FMI ; organisations internationales ; maladie peu intéressée par la communauté internationale à la différence du SIDA* etc. et ils ont donné les explications sus-évoquées.
- *Affaire du village* : Dans cette catégorie, les enquêtés ont donné des images indiquant l'acception populaire courante des causes et manifestations du paludisme chez certains individus ou certaines communautés dans le pays. Ainsi par exemple, des représentations suivantes ont été souvent mentionnées : *Avortement, Traitements traditionnels ; humidité, fraîcheur, consommation de fruits crus, Humidité, aliments crus, pluies ; détournements par les marabouts et charlatans ; traitement traditionnel ; Eglises, prières de guérison, etc.*
- *Surnaturel* : Certaines des images ou pensées indiquées par les enquêtés étaient difficiles à mettre en rapport avec la survenue de la maladie. C'est le cas des représentations comme : *sorcellerie ; esprits fâchés ; sort lancés à des personnes, etc.*
- *Autres* : Cette dernière tendance s'est imposée parce qu'un certain nombre de propositions de représentations ne rentraient dans aucune des catégories précédentes. A certains moments, elles s'éloignaient largement des considérations purement médicales ou de santé. Voici quelques exemples d'idées, de croyances ou d'images qui viennent à l'esprit des quelques personnes enquêtées à l'évocation des mots inducteurs : *batailles rangées dans les projets ; dons de médicaments par les députés ; fonds détournés ; femmes enceintes et début de grossesse ; gros achats, argent géré sans transparence, refus des labos d'investir dans les vaccins, duperies des ONG, détournement des fonds.*

B - Difficultés rencontrées dans cette identification.

Les difficultés rencontrées lors de cette phase de notre travail sont de deux ordres. Elles ont trait au remplissage de l'outil d'enquête d'abord et ensuite à la classification des représentations dans les catégories identifiées. En effet, en aidant les personnes qui ne savent ni lire, ni écrire à remplir le formulaire, il y a eu, par moments, un grand risque de biaiser les données. Par ailleurs, certaines propositions des enquêtés ont montré une non maîtrise du formulaire par certaines personnes rencontrées. Pour minimiser ces biais, dans le premier cas, il a été recommandé aux enquêteurs de donner des explications sur ce qui est attendu de l'enquêté autant de fois que cela était nécessaire et de transcrire fidèlement leurs déclarations. Par ailleurs, lorsqu'un formulaire n'était pas bien rempli, nous l'avons purement et simplement mis à l'écart. Dans certains cas aussi, nous avons eu à repartir voir l'enquêté pour lui expliquer, nous-mêmes, à nouveau le travail à faire et veiller à ce qu'il remplisse convenablement le formulaire.

II - Tentative d'organisation des représentations sociales sur le paludisme au Cameroun

A - Représentations sociales générales du paludisme

Le dépouillement des propositions de représentations du paludisme au Cameroun par les 128 Camerounais enquêtés se présente comme suit :

Représentations du paludisme	fréquences	%
Santé ou maladie	128	33,57
Economique	95	27,57
Politique	22	6,29
Stratégique	22	6,29
Affaire du village	24	7,79
Surnaturel	34	9,71
Autres	25	8,12
Total	350	100

Tableau 13 : Distribution des représentations sociales générales du paludisme, Cameroun, 2008

(Source : Présente recherche)

La représentation graphique de ces résultats se présente comme indiqué dans la figure 11.

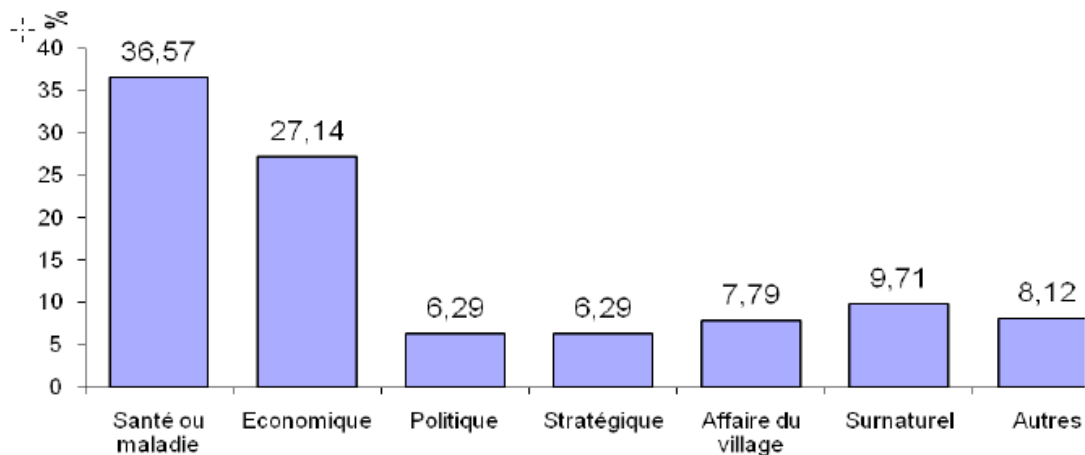


Figure 11 : Illustration de la répartition des représentations sociales Générales du paludisme, Cameroun, 2008

(Source : Présent recherche)

Le total cumulé des représentations sociales du paludisme au Cameroun telles que proposées par les enquêtés est de 350, c'est-à-dire largement au dessus de notre population. L'explication en est que les individus interrogés ont, par moments, proposé plusieurs représentations du paludisme qui ont été regroupées dans la même catégorie. La figure 3 montre ainsi les regroupements faits et permet de comparer les fréquences des différentes catégories des représentations.

Deux représentations apparaissent proéminentes dans ces résultats ; ce sont, par ordre décroissant : *Santé ou maladie*, et *Economique*. Tous les enquêtés (128) perçoivent le paludisme au Cameroun d'abord comme une maladie ou comme un problème de santé. Les résultats montrent aussi que, de toutes les représentations proposées pour cette pathologie au Cameroun, une fois sur trois (36,57%), on la regarde avant tout comme une *maladie* ou un problème de santé. Il apparaît des déclarations de ces personnes qu'elles savent que le moustique est le vecteur de la maladie, mais certaines parmi ces personnes ne savent pas toujours les conditions environnementales réelles favorables au développement du moustique. C'est pour cette raison que dans la perception de la maladie, elles parlent de : *saleté, propreté, Habitations au bord des rivières* sans nécessairement lier ces éléments aux eaux stagnantes dans un environnement aéré qui favorisent la prolifération des moustiques.

S'agissant de la perception du paludisme au Cameroun sous l'angle *Economique*, les explications l'accompagnant insistent sur le prix à payer pour l'acquisition des dispositifs de lutte contre les moustiques (insecticides, bombes aérosol, fumigènes, etc.) et la cherté des médicaments pour la prise en charge des accès palustres. Les explications qui ressortent des entretiens approfondis avec les enquêtés révèlent que les antipaludéens sont en général chers, surtout les nouvelles molécules administrées en bithérapie depuis 1986 face à la résistance du plasmodium aux monothérapies jusque là utilisées pour soigner des cas de paludisme. Un phénomène qui corrobore cette vision des choses est celui du *médicament de la rue* ou des médicaments vendus par des marchands ambulants. Ces médicaments ne sont guère fiables, mais ils sont à portée de la bourse d'un grand nombre d'individus. C'est sans doute aussi pour cela que les enquêtés ont avancé comme autres perceptions de cette maladie au Cameroun la subvention *des médicaments ou les médicaments traditionnels* qui apparaissent comme des alternatives à la situation présente pour la prise en charge des accès palustres.

Les aspects *stratégiques, politique, affaire du village, surnaturel et autres* des perceptions sont peu marqués chez les personnes enquêtées. Néanmoins, ils sont importants par leur diversité et leurs références culturelles. Pour une bonne partie des enquêtés, le paludisme est perçu suivant des acquis culturels souvent en discordance avec les représentations scientifiques de la maladie. La place des esprits maléfiques, des sorciers et des ancêtres est encore forte dans l'explication de la survenue de la maladie. De même aussi, le recours aux guérisseurs traditionnels et aux marabouts semble fréquent chez certaines personnes consultées. La catégorie *autres* apparaît quelque peu marginale dans les représentations du paludisme, elle contient souvent des images et idées qui montrent une grande variété des perceptions du fléau. Chez les enquêtés, les mots inducteurs que sont *Le paludisme au Cameroun* peuvent ainsi renvoyer à des représentations aussi variées que : *Vol, GIC-santé, tradi-praticien, moyen d'autopromotion pour certains, argent géré sans transparence, refus des labos d'investir dans les vaccins, duperies des ONG, détournement des fonds, médias, Ignorance, peur, misère, promiscuité, anxiété, Ignorance, malnutrition, etc.* Il serait intéressant de voir la répartition de ces représentations selon les variables que nous avons identifiées plus haut.

B - Représentations sociales du paludisme selon le sexe

En prenant le sexe comme critère de discrimination dans la population enquêtée, les représentations sociales des Camerounais présentent la distribution suivante :

Sexes du Représentations paludisme	Femmes		Homme	
	Nombre	%	Nombre	%
Santé ou maladie	51	33.12	77	35.65
Economique	45	29.22	50	23.15
Politique	13	8.44	30	13.89
Stratégique	7	4.55	15	6.94
Affaire du village	12	7.79	12	5.56
Surnaturel	16	10.39	17	7.87
Autres	10	6.49	15	6.94
Total	154	100	216	100

Tableau 14 : Distribution des représentations sociales par sexe, Cameroun, 2008.

(Source : Présente recherche)

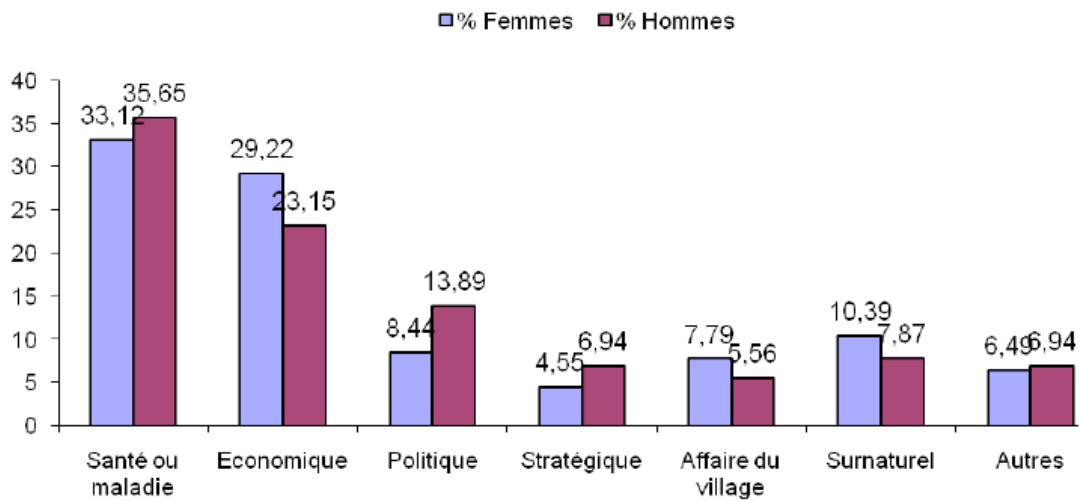


Figure 12 : Illustration de la distribution des représentations sociales par sexe, Cameroun, 2008.

(Source : Présente recherche)

La distribution des perceptions masculines et féminines du paludisme épouse les contours de la distribution générale décrite dans la partie précédente : Les catégories *santé ou maladie* et *économique* viennent en tête. Les différences relatives observées dans les pourcentages entre les deux sexes ne sont pas très significatives et trouvent leurs justifications dans le fait que le nombre d'hommes enquêtés n'était pas exactement égal au nombre de femmes.

S'agissant de la catégorie *politique*, par contre, la différence de perception du paludisme semble être un peu plus prononcée (8,44% chez les femmes contre 13,89% chez les hommes). Ceci fait penser que les hommes sont plus sensibles à la politique de lutte contre cette pathologie, telle que conduite par les structures nationales compétentes, et aux interactions entre le personnel de santé et les patients. Les patients n'apprécient pas toujours ces interactions car elles sont, selon eux, souvent dénuées de l'empathie et de la bienveillance escomptées par les patients qui fréquentent les formations sanitaires. C'est sans doute ce qui justifie l'automédication fréquente dans la prise charge des accès palustres. Il est aussi intéressant de noter que les femmes perçoivent le paludisme plus sous le prisme culturel de leur région d'appartenance que les hommes. Ce sont elles qui ont indiqué plus de représentations du paludisme en rapport direct avec une *affaire du village* ou alors un élément *supernaturel*.

C - Représentations sociales selon la profession

La distribution des représentations sociales du paludisme en fonction de la profession exercée par les personnes enquêtées se présente comme suit :

Lieux d'habitation Représentations du paludisme	Yaoundé ou Douala	(%)	Ailleurs	(%)
Santé ou maladie	74	34.42	54	32.53
Economique	58	26.98	37	22.29
Politique	21	9.77	22	13.25
Stratégique	11	5.12	6	3.61
Affaire du village	19	8.84	17	10.24
Surnaturel	17	7.91	20	12.05
Autres	15	6.98	10	6.02
Total	215	100	166	100

Tableau 15 : Distribution des représentations sociales par professio

(Source : Présente recherche)

Graphiquement, cette distribution est présentée dans la figure 13.

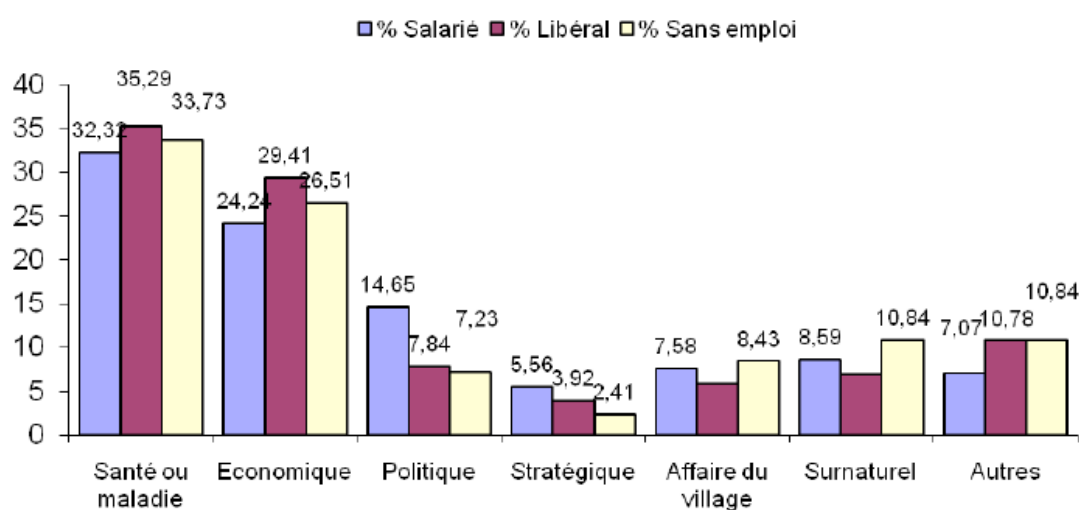


Figure 13 : Illustration de la distribution des représentations sociales par profession, Cameroun 2008.

(Source : Présente recherche)

La population enquêtée est constituée, pour moitié, d'agents salariés (du secteur public et du secteur privé), l'autre moitié étant répartie entre les agents des professions libérales et les personnes sans emploi. L'enquête révèle que le même classement dans les perceptions prioritaires du paludisme observé dans la distribution par sexe, à savoir *Santé ou maladie* et *Economique* qui vient en tête. Il faut toutefois noter les fréquences relativement peu élevées de la perception du paludisme dans les catégories *santé ou maladie* et *Economique* chez les agents salariés comparativement à ce qu'elle est chez les autres agents sociaux. Ces fréquences sont quelque peu prononcées pour la catégorie *politique*. De même aussi, les agents de profession libérale viennent en tête dans la perception du paludisme comme un

problème économique. De toutes les catégories, celle de la perception du paludisme au Cameroun comme un problème stratégique est la moins prononcée chez les enquêtées quelle que soit leur profession. Il serait aussi intéressant de voir l'influence du lieu de vie habituel sur la perception du paludisme au Cameroun.

D - Représentations sociales selon les lieux d'habitation

Le dépouillement des résultats de l'enquête montre la distribution ci-après en fonction du lieu d'habitation des enquêtées :

Lieux d'habitation Représentations du paludisme	Yaoundé ou Douala	(%)	Ailleurs	(%)
Santé ou maladie	74	34.42	54	32.53
Economique	58	26.98	37	22.29
Politique	21	9.77	22	13.25
Stratégique	11	5.12	6	3.61
Affaire du village	19	8.84	17	10.24
Surnaturel	17	7.91	20	12.05
Autres	15	6.98	10	6.02
Total	215	100	166	100

Tableau 16 : Distribution des représentations sociales par lieu d'habitation

(Source : Présente recherche)

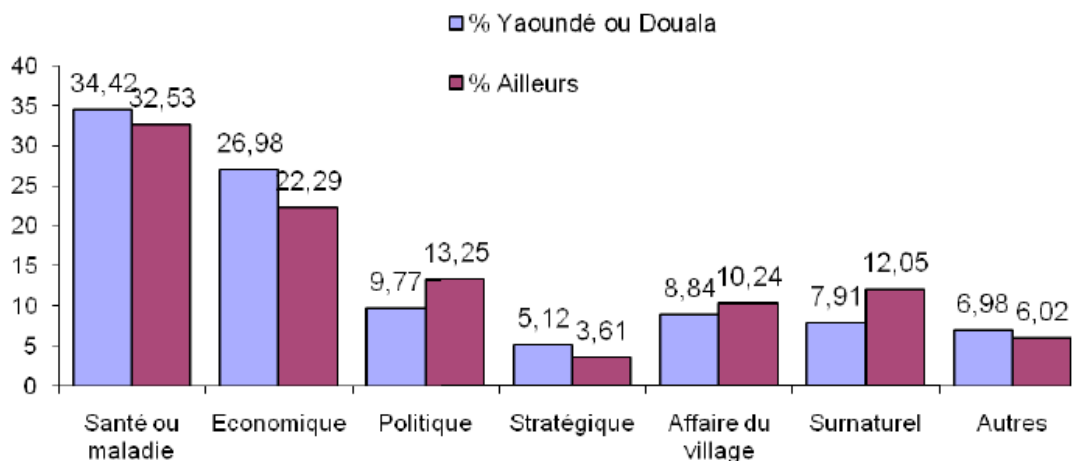


Figure 14 : Illustration de la distribution des représentations sociales selon les lieux d'habitation

(Source : Présente recherche)

Dans notre échantillon d'enquête, 74 personnes résident à Yaoundé ou à Douala et 54 personnes dans une localité du pays autre que ces deux métropoles. L'évocation des mots *paludisme au Cameroun* fait prioritairement venir à l'esprit de personnes enquêtées des

images de la *santé ou de la maladie*, indépendamment de leur lieu d'habitation. Il convient de noter que les écarts les plus nets concernent les catégories *économique, politique, et surnaturel*. Une des explications possibles pour cet écart dans la catégorie *économique* est que les parents restés en milieu rural reçoivent de temps à autre un appui en numéraire pour les soins de santé, y compris des accès palustres, des enfants installés en ville, au nom de la solidarité et du devoir d'assistance au sein des familles. Cela serait de nature à atténuer le poids économique de la maladie en dehors des grandes métropoles où les individus sont généralement appelés à payer eux-mêmes pour ces soins.

L'écart dans la catégorie politique serait sans doute à mettre sur le compte des difficultés liées à l'accessibilité géographique de certaines populations rurales aux formations sanitaires. Certains des enquêtés viennent des régions souffrant de ce problème et accusent les politiques de lutte contre le paludisme qu'ils jugent insuffisamment équitables. Enfin, l'écart observé dans la catégorie *surnaturel* fait voir que la lutte contre le paludisme continue d'être plombée par des considérations culturelles irrationnelles qui vont grandissant, à mesure que l'on s'éloigne des grandes métropoles. Le fait même que l'évocation du paludisme ne renvoie pas systématiquement à une maladie ou un problème de santé montre que le Camerounais a du mal à se défaire des acquis culturels identitaires de son milieu d'origine (le village, la tribu ou la région) et ceci aura nécessairement une influence dans ses pratiques vis-à-vis de la maladie.

Au total donc, cette méthode de collecte de représentations sociales nous a permis d'examiner la perception du paludisme en fonction des variables *sexe, profession et lieu d'habitation*. De ce qui se dégage des idées, pensées et croyances spontanément recueillies auprès des personnes interrogées, le phénomène paludique est bien connu à travers le Cameroun. Sa perception par la victime potentielle de la maladie varie en fonction de chacune des trois variables choisies tout en gardant un consensus sur deux images prioritaires qui, par ordre décroissant des choix sont celles de *santé ou de maladie* et *d'économie*. D'autres images viennent aussi à l'esprit des personnes interrogées lorsqu'on leur parle du paludisme au Cameroun, mais dans des proportions moindres comparées aux images précédentes. Celles-ci ont trait à la politique, aux aspects stratégiques de la lutte contre cette pathologie, à des éléments culturels spécifiques de certains villages ou tribus du pays, au surnaturel et à beaucoup d'autres considérations (présentées à l'annexe du présent travail).

Pour confirmer cette tendance et surtout tenter une hiérarchisation des différentes images que suggère la perception du phénomène par les personnes interrogées, nous les avons soumis à un exercice d'assemblage, dans la troisième partie de notre enquête. L'analyse des résultats donne une idée de l'organisation des représentations sociales du paludisme au Cameroun.

III - Organisation des représentations sociales du paludisme par les camerounais

A - Noyau central

Pour cerner l'organisation des représentations sociales générales des Camerounais sur le fléau paludique, nous avons conçu la troisième partie de notre travail de terrain de manière à inviter l'enquêté à procéder à un classement libre, par ordre d'importance décroissante, des cinq représentations les plus significatives selon lui, du fléau paludique au Cameroun.

Lors de l'analyse des propositions, et pour mieux renforcer l'ordonnancement des perceptions du paludisme par les personnes enquêtées, nous avons décidé, dans un premier temps, de ranger chaque représentation proposée dans une des catégories définies au début du présent chapitre et, dans un second temps, d'affecter à chaque catégorie individualisée un score tenant compte de son rang de classement par l'enquête. Ainsi donc, toute représentation proposée en premier a permis d'identifier une catégorie de représentations à laquelle nous avons affecté le score 5, celle venant en seconde position s'est vue attribuer le score 4 ; celle en troisième position a reçu le score 3 ; celle en quatrième position a eu le score 2, et celle venant en cinquième position, le score 1. Les scores cumulés de chaque catégorie ont été calculés et pondérés. Les résultats sont dans le tableau 16.

Catégories des Représentations sociales	Scores cumulés	%
Santé ou maladie	826	52,85
Economique	482	30,84
Politique	46	3,00
Stratégique	29	1,85
Affaire du village	78	5,00
Surnaturel	52	3,30
Autres	70	4,42
Total	1563	100

Tableau 17 : Assemblage préférentiel des catégories de représentations sociales du paludisme, Cameroun, 2008

(Source : Présente recherche)

La visualisation de la distribution des scores cumulés de cet assemblage est donnée dans la figure 7 ci-dessous.

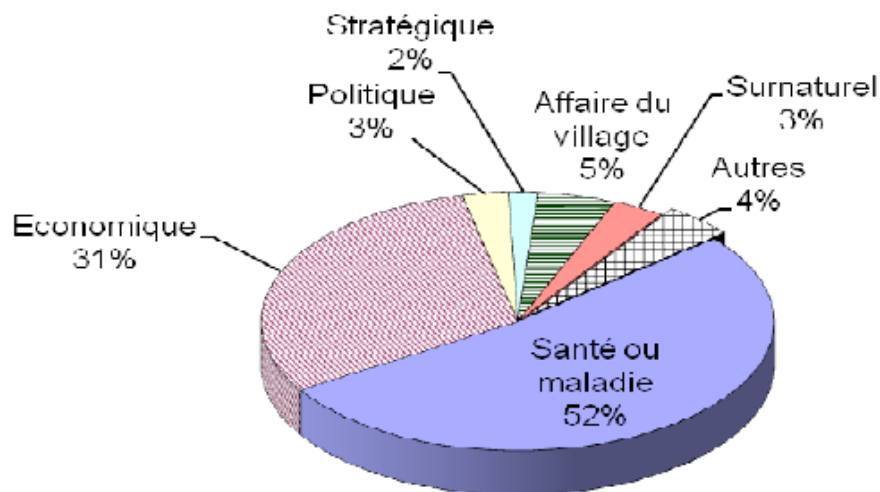


Figure 15 : Visualisation de la distribution préférentielle des représentations sociales du paludisme, Cameroun, 2008.

(Source : Présente recherche)

La compilation des propositions de classement des représentations sociales du paludisme montre un total cumulé des scores très élevé pour la catégorie *santé ou*

maladie. Il est, en proportion, plus grand que la moitié des scores de toutes les catégories de représentations sociales du paludisme réunies. Ceci est révélateur d'une perception majeure du fléau paludique par les Camerounais d'abord comme un problème de santé ou une maladie. Nous avons par conséquent considéré *santé ou maladie* comme le noyau de l'ensemble des représentations sociales du paludisme par les Camerounais. C'est d'abord à celle-ci que l'on pense lorsqu'on parle du paludisme au Cameroun. Cette représentation nucleus ne saurait se singulariser et constituer le tout du phénomène paludique au Cameroun.

B - Autres éléments structurant des représentations sociales du paludisme au Cameroun

Le vécu quotidien du fléau paludique fait que la perception des Camerounais sur la pathologie s'élargit et s'éloigne progressivement des considérations exclusives de *maladie ou de santé* pour englober d'autres éléments et contribuer ainsi à son remodelage permanent. Dès lors, en dehors des éléments structurant du noyau des représentations sociales du paludisme au Cameroun, d'autres perceptions sont construites à la faveur des interactions entre acteurs sociaux et des dynamiques dont le paludisme est soit l'épicentre, soit le centre d'attraction.

Dans cette trajectoire, la perception du paludisme sous l'angle économique ne fait point de doute comme le montrent les déclarations des enquêtés. Dans un contexte où la sécurité sociale n'est pas encore bien instituée dans le pays, la prise en charge des maladies se fait par paiement direct. Il apparaît normal de penser à l'argent dès qu'on parle du paludisme. Les préoccupations telles que : *Où trouver l'argent pour soigner les accès palustres ? Qui va payer ?* sont toujours présentes à l'esprit. La pauvreté ambiante entraîne des difficultés à se procurer des médicaments. Les personnes interrogées se sont largement attardées sur les nouvelles molécules de prise en charge du paludisme qui sont chères ; elles ont aussi parlé de l'automédication et des médicaments contrefaits.

Par ailleurs, d'autres dynamiques économiques se construisent autour du paludisme : plusieurs industries fonctionnent et interagissent avec les populations du fait de l'existence du paludisme au Cameroun. L'on peut citer les firmes pharmaceutiques, les firmes de production d'insecticides et d'autres dispositifs de lutte contre les moustiques, etc. Le paludisme est perçu, selon certaines déclarations des personnes interrogées, comme *un lieu de manipulation de grosses sommes d'argent, un lieu de corruption, un lieu de détournement de fonds*. Les enquêtés qui ont évoqué ces images ont donné des exemples de certains hauts commis de l'Etat actuellement entre les mains de la justice pour répondre des accusations de détournement de fonds.

Les considérations politiques sont aussi apparues dans la perception du fléau paludique au Cameroun. Des dynamiques politiques et sociales se construisent aussi autour du noyau central que nous avons individualisé plus haut. Cette maladie est, en effet, présentée comme *un lieu de trafics d'influence par certains politiciens*. Le programme national de lutte contre le paludisme est présenté par certains enquêtés comme un lieu offrant des opportunités d'emploi pour certains agents sociaux¹⁰⁵. Ces considérations politiques sont aussi déclinées en termes de difficultés pour certaines populations à bénéficier des soins dans les formations sanitaires de l'Etat qui ne sont pas toujours assez proches de leurs lieux d'habitation. Elles ont aussi été présentées sous forme d'avantages dont bénéficiaient

¹⁰⁵ Pour bien comprendre cette nuance, il importe de préciser que le chômage, surtout des jeunes, a été et continue d'être un véritable fléau social au Cameroun.

certaines agents de l'Etat à travers les affectations dans des formations sanitaires urbaines en raison de l'inexistence de critères objectifs dans le déploiement du personnel médical. Ces considérations politiques sont, selon les enquêtés, moins prononcées dans le pays que les considérations économiques.

L'importance accordée aux considérations stratégiques dans la lutte contre le paludisme au Cameroun n'a pas bénéficié d'une grande importance dans l'assemblage des représentations sociales, d'où le score nul qui lui a été affecté.

D'autres images proposées viennent s'ajouter aux précédentes pour renforcer la structuration des représentations du paludisme au Cameroun. Les enquêtés ont souvent posé le problème de la reconsidération de la lutte contre la maladie en mettant plus d'emphasis sur l'utilisation du médicament traditionnel. La perception du fléau en rapport avec un vaccin qui viendrait mettre fin aux souffrances actuelles a été avancée. Quelques regards admirateurs ont été jetés sur le paludisme en raison de ce que, pour un jeune couple, un accès palustre est, comme nous l'avons signalé plus haut, un bon présage pour la maternité. Il annonce la gestation de la femme et on en parle comme d'un bon signe. Certaines personnes associent la survenue d'un cas de paludisme à une pratique maléfique, à la sorcellerie, sans doute parce qu'elle s'accompagne souvent d'anémie que des gens considèrent comme une absorption du sang humain à travers la sorcellerie. Ces perceptions et bien d'autres nous ont semblé fort variées. Nous les avons regroupées dans les catégories de représentations que nous avons baptisée affaires *du village* ou *suraturel*.

Au total donc, l'évocation des termes *paludisme au Cameroun* dans les interactions entre acteurs sociaux structure le paludisme, en tant que entité sociale, autour d'un noyau central à forte coloration médicale. Tout autour de ce noyau gravitent d'autres perceptions qui s'étalent depuis des considérations proches de la santé jusqu'à d'autres, souvent insoupçonnées. Les perceptions qui structurent le noyau central sont infiniment importantes, mais, elles ne permettent pas, à elles seules, de cerner la complexité du phénomène paludique dans l'environnement social camerounais. Elles auront nécessairement une influence sur la prévention de la maladie :

- la prévention primaire souffrira du fait que les individus ne vont pas forcément percevoir le moustique comme le vecteur de la maladie et chercher à utiliser les stratégies de lutte préconisées pour se protéger des piqûres de cette bestiole ;
- les premiers symptômes de la maladie ne seront pas toujours facilement perçus et le recours à une prise en charge appropriée se fera toujours avec retard ;
- il en résultera un passage facile des accès palustres simples aux cas de paludisme grave, et plus tard à la mort

Comme nous l'avons indiqué dans notre cadre méthodologique, notre dessein dans ce travail n'est nullement de mener une étude d'audience auprès des Camerounais pour identifier leurs représentations sur le paludisme. Nous n'avons du reste pas le moyen de la faire. La taille de notre échantillon est là qui le montre à suffisance. A contrario, en nous appuyant sur la *méthode associative* suggérée par J.C. Abric (2001), nous avons pu avoir une idée globale sur les représentations de cette pathologie au Cameroun. Afin d'en avoir davantage de précisions, nous avons complété cette exploration globale par des entretiens approfondis avec quelques Camerounais. Nous avons ainsi recueilli des informations sur ces représentations dans les différents faciès écologiques de la maladie que nous avons identifiés au chapitre 5.

Dans la pratique, nous n'avons pas repris l'exercice précédent, mais nous avons examiné la distribution de nos enquêtés dans les différents faciès écologiques du paludisme

du pays en fonction de leurs lieux d'habitation et nous avons pris en compte les perceptions qu'ils nous ont données de la maladie au Cameroun. Par moments, un complément d'information a été recueilli auprès des informateurs connaissant bien les régions du pays pour lesquelles les perceptions présentées une certaine complexité à la compréhension. En définitive, nous avons, à quelques variances près, des représentations du paludisme comparables dans les différents faciès écologiques de la maladie dans le pays.

C - Représentations sociales du paludisme par les Camerounais dans les différentes zones de faciès écologiques de la maladie

1. Représentations sociales dans les zones de paludisme tropical saisonnier

Les renseignements des enquêtés et des informateurs originaires de ces zones ont permis de regrouper les représentations sociales du paludisme en neuf rubriques, à savoir : *la maladie, le traitement, l'argent, la prévention, la prophylaxie, l'humidité/fraicheur, les aliments crus, les esprits et la sensibilisation*. Nous reproduisons ici ces représentations et les explications *in extenso* pour conserver leur originalité, leur pertinence frappante par moments, et parfois aussi leur naïveté. Les explications et commentaires des informateurs sont présentés en italique.

- Maladie
 - Maladie dangereuse, fièvres, vomissements et violents maux de tête, peut monter au cerveau ;
 - Moustiques ;
 - Epidémies à certaines périodes de l'année ;
 - Maladie des peuls ;
 - Tue les enfants ;
 - Avortements chez les femmes enceintes ;
 - Ralentissement des activités économiques des malades.
- Traitement
 - Il existe plusieurs produits sans que l'on sache lequel est le plus efficace ;
 - Donner des soins gratuits comme pour le VIH et SIDA ;
 - Assainir les régions pour détruire les moustiques, pulvérisation dans chaque ville ;
 - Maladie qui a beaucoup de remèdes mais parfois chers ; éviter la pharmacie « du poteau »¹⁰⁶ ;
 - Les marabouts et autres charlatans¹⁰⁷ détournent les malades ;
 - Eloignement des villages des centres de santé ;
- Argent
 - Le traitement nécessite beaucoup d'argent pour le malade et sa famille ;
 - Les victimes du paludisme souffrent physiquement et financièrement ;
 - « Gros sous » pour les autorités sanitaires qui reçoivent de l'argent des bailleurs de fonds ;

- Les personnes qui sont dans des projets de lutte contre le paludisme se battent pour y rester.
- Prévention
 - Aération des maisons ;
 - Observation des règles d'hygiène ;
 - Prise de comprimés ;
 - Utiliser les moustiquaires ; distribution des moustiquaires et des médicaments par le Ministère ; vente des moustiquaires.
- Prophylaxie
 - Prise de comprimés appropriés ;
 - Dosage et prise respectées.
- Humidité/fraicheur
 - Le paludisme se contracte quand il fait froid, pendant la saison des pluies ou quand il pleut, surtout lorsque l'on marche sous de fines pluies pendant quelques temps.
- Aliments crus
 - Les arachides et le maïs crus transmettent le paludisme ;
 - Certains fruits crus comme les aubergines, les concombres, de même que la canne à sucre donnent le paludisme
- Esprits
 - Le paludisme est une maladie causée par les esprits qui sont fâchés. Il faut apaiser leurs colères en faisant des incantations et en prenant des potions ;
 - C'est une maladie causée par le diable, surtout quand la maison d'habitation est mal placée, lorsqu'elle est hantée ;
 - Le paludisme est causé par des sorciers car le malade crie souvent et dit : « on me mange, on me chauffe » ; il voit des fantômes¹⁰⁸
- Sensibilisation
 - Ignorance de la part des paysans ;
 - Sensibilisation à travers les medias et les campagnes organisées par le ministère de la santé.

2. Les représentations sociales du paludisme dans la zone de transition, à transmission continue, avec des recrudescences saisonnières.

Les informations recueillies permettent d'individualiser les rubriques suivantes des représentations du paludisme : *Maladie, traitement, prévention, argent, voyance et traitement traditionnel*. Les explications données par ces informateurs apparaissent comme suit :

- Maladie
 - Menace pratiquement tout le monde tout au long de l'année ; maladie violente, négligée mais dangereuse et mortelle, intense sudation, grelottement, moustique avec ventre plein de sang ;

- Maladie qui ne finit jamais, mais on peut la calmer avec des médicaments
- Recours aux guérisseurs traditionnels ;
- Les enfants vaccinés peuvent ne pas attraper le paludisme
- Traitement
 - Coûte cher alors que c'est la maladie la plus répandue ;
 - Les malades font beaucoup recours à l'automédication ;
 - Les vendeurs ambulants de médicaments proposent beaucoup d'antipaludéens qui soulagent les gens ;
 - On est mieux soigné avec les perfusions ;
 - Les médicaments de la rue ¹⁰⁹ aident parce qu'ils sont bon marché pour les populations, mais ils sont dangereux ;
 - Le baume chinois protège des piqûres des moustiques.
- Prévention
 - Pas assez de moustiquaires au centre de santé et sur le marché, discrimination dans la distribution des moustiquaires aux femmes enceintes ;
 - Hygiène et mesures d'assainissement de l'environnement ;
 - On ne peut pas éliminer tous les moustiques de l'environnement ;
 - Il faut éviter de marcher sous la pluie si l'on ne veut pas attraper le paludisme ;
 - Continuer de distribuer les comprimés à l'école comme au bon vieux temps ;
 - Refus des laboratoires d'investir dans le vaccin contre cette maladie.
- Argent
 - Affaire de « gros sous », détournement des fonds, forte implication des bailleurs des fonds dans la lutte mais l'appui n'atteint pas les pauvres ;
 - Le paludisme est une vache à lait qui permet d'avoir des voitures flambant neuf alors même que les méthodes de lutte ne sont pas efficace ;
 - Les médicaments et les frais d'hospitalisation sont très chers ;
 - Projets mafieux : pas de transparence dans la gestion des fonds ;
 - Pauvreté : la majorité des gens au Cameroun n'ont pas les moyens de lutter contre le paludisme.
- Voyance et traitement traditionnel
 - Potions herbes-écorces ;
 - Le paludisme n'est pas une maladie bénigne, il ne faut pas la négliger, il faut voir un guérisseur traditionnel si elle persiste.

3. Représentations sociales dans la zone de paludisme équatorial à transmission forte et continue, y compris Yaoundé et Douala

Les informateurs originaires de cette zone ou habitués à celle-ci ont indiqué des images, pensées et idées ci-après que l'on peut ainsi regrouper : *Maladie, traitement, prévention, agent, sort, connaissances*. Les explications se présentent comme suit :

- **Maladie**
 - Fièvres, céphalées, vomissements, maux d'estomac ;
 - Douleurs articulaires,
 - Folie, délire ;
 - Confusions des symptômes avec ceux d'autres maladies ;
 - Les médicaments sont prescrits aux patients sans examen biologiques préalables ;
 - Infrastructures sanitaires et personnel insuffisants pour soigner les malades ;
 - Les enfants sont les plus touchés ;
 - Eloignement des centres de santé ;
 - Examens parfois plus chers que les médicaments ;
 - Résistances du fait au manque de moyens pour détruire les gîtes de moustiques ;
 - Saleté : environnement pollué ;
 - Moustiques dans les marécages ;
 - Symptômes parfois différents chez certaines personnes ;
 - Le paludisme est héréditaire ;
 - Les zones d'endémie se vident par décès des individus et par migration vers les régions du pays où la prise en charge du paludisme est mieux assurée ;
 - Bonne nouvelle lorsqu'une femme nouvellement mariée en souffre car cela annonce une grossesse.
- **Traitement**
 - Traitement traditionnel : beaucoup de gens des régions reculées des villes font recours à cette forme de médecine ;
 - Vente des médicaments périmés par les pharmacies ;
 - Médicaments chers, vendus par les médecins et les infirmiers ;
 - Certaines personnes pensent guérir par la prière ;
 - Automédication ;
 - Les nouveaux médicaments tardent à arriver dans les campagnes ;
 - Coûts élevés des nouveaux médicaments ;
 - Les médicaments du poteau ne sont pas sûrs ;
 - Nivaquinisation¹¹⁰ pour prévenir la maladie ;
 - enrichissement des pays riches au détriment des pays pauvres où se vendent les médicaments, médicaments essentiels ;
 - Circuits mafieux.

- Prévention
 - Moustiquaires imprégnées : luxe que l'on rencontre seulement en ville ;
 - On étouffe dans les moustiquaires ;
 - Eaux stagnantes : enseigner aux populations les conséquences des eaux stagnantes sur la propagation de la maladie ;
 - Mauvaise réponse institutionnelle : le paludisme est provoqué par un facteur environnemental connu, mais la réponse semble être plus médicamenteuse que préventive ;
 - Insecticides : les vulgariser et les mettre à la disposition de tout le monde.
 - Eviter de marcher dans la rosée du matin pour éviter d'attraper le paludisme.
- Argent
 - Commerce : moyen pour les infirmiers de vendre les médicaments ;
 - Corruption ; pauvreté : soins coûteux et pas à la portée de tous ; fonds de commerce : la solution à la résolution du problème posée par le paludisme est simple, mais les autorités ne veulent pas mettre fin au fléau ;
 - Exploitation des malades.
- Sort
 - Maladie provenant des jeteurs de sorts ;
 - Epouvantail : on pense être poursuivi par le sort.
- Connaissances
 - Ignorance et négligence des populations ;
 - Souffrance et recherche effrénée de l'argent empêchant de bien se nourrir ;
 - Sensibilisation des populations à travers les medias, surtout les radios de proximité.

En rapprochant ces différentes représentations du paludisme dans les trois zones délimitées en fonction de la durée de la transmission de la maladie pendant l'année, quelques conclusions s'imposent :

a) A quelques nuances près, l'on note les mêmes représentations de la maladie dans les trois zones. Quel que soit le faciès écologique auquel l'informateur est habitué, le paludisme apparaît d'emblée comme une maladie dangereuse. Les représentations les plus frappantes de cette pathologie ont trait au moustique qui la provoque, à l'offre de soins disponible dans l'environnement pour la prise en charge de la maladie et aux habitudes thérapeutiques des populations dans les différentes zones.

Le traitement vient tout de suite à l'esprit lorsqu'on parle du paludisme au Cameroun. Cette image fait penser aux difficultés des populations à se procurer des médicaments de qualité ou à pouvoir les acquérir à la mesure de leurs bourses (ou à moindre coût) pour traiter la maladie. L'argent apparaît comme un élément frappant dans la perception du paludisme. Il intervient à un double niveau : d'abord comme l'élément indispensable à la prise en charge de la maladie en même temps qu'il représente un élément perturbateur d'une lutte

appropriée contre le paludisme. Ce second aspect de présentation de l'argent est soutenu dans les explications faisant appel à des expressions d'emprunt, à consonance péjoratives, comme « *gros sous* », « *corruption* », « *grosses voitures* ». Le paludisme apparaîtrait comme un motif de mobilisation d'énormes sommes d'argent auprès des bailleurs de fonds, mais, cet argent ne serait pas toujours utilisé à bon escient par les structures nationales compétentes.

Une autre représentation du paludisme qui vient à l'esprit des personnes consultées est celle de la prévention de la maladie. Elle vient montrer que les populations dans les différentes zones écologiques de la maladie savent qu'en mettant en œuvre certaines mesures, elles peuvent éviter de contracter la maladie. Mais, la difficulté majeure est la bonne observance de ces mesures, eu égard à la pauvreté et à l'environnement globalement favorable à la prolifération des moustiques.

Les autres représentations du paludisme portent sur les croyances des populations sur la maladie. On retrouve ici des références à des pratiques magiques, maléfiques ou surnaturelles. Ainsi, le paludisme serait un sort lancé à un individu, surtout lorsque la maladie tarde à guérir. La consommation de certains aliments ne serait pas recommandée, au motif qu'ils transmettent le paludisme. C'est le cas des aliments crus et des fruits comme la mangue, surtout en chaque début de saison des mangues. Enfin, les sorciers et les esprits sont reconnus comme détenteurs de pouvoirs pouvant transmettre le paludisme.

b) Lorsqu'on examine les explications qui sont données pour appuyer ces représentations de la maladie, on y retrouve les marqueurs que nous avons indiqués plus haut.

D - Influences des représentations sociales du paludisme sur la prévention de la maladie

Ce qui précède nous montre que le paludisme est bien connu des Camerounais qui en souffrent différemment suivant les zones écologiques dans lesquelles ils vivent. Le moustique est présent dans toutes les parties du pays, mais son action dans la transmission du paludisme n'est pas perçue de la même manière par toutes les populations. Par moments, en effet, certains accès palustres sont attribués à des phénomènes comme la sorcellerie, l'exposition à des intempéries ou alors les déplacements dans la rosée du matin. Comme conséquence directe de cette situation, il n'y a pas d'organisation des populations pour lutter contre les moustiques et les accès palustres frappent de temps à autre. Certes, il y a une sensibilisation des populations sur la maladie, mais les éléments de la sensibilisation n'arrivent pas encore à subvertir les croyances et les habitudes et pratiques séculaires face au paludisme.

Il y a donc une faible organisation pour assurer la prévention primaire du paludisme au sein des populations. Ceci est aggravé par le fait que les guérisseurs traditionnels qui sont les agents de santé les plus proches des communautés, n'ont en général pas la culture de la prévention primaire de cette maladie. Par ailleurs, la vulgarisation de la moustiquaire n'a pas encore pu imposer ce dispositif important de prévention primaire du paludisme dans les us et coutumes des populations ; il est toujours perçu comme un gadget étranger à la communauté, offert comme des cadeaux aux populations et il n'y en a jamais suffisamment pour les personnes qui en ont besoin. Lorsqu'elles sont disponibles, les moustiquaires ne sont pas toujours utilisées convenablement.

S'agissant de la prévention secondaire, elle est rendue compliquée par le paiement direct pour les soins de santé. Les cibles principales de la maladie (femmes enceintes

et enfants de moins de 5 ans) sont le plus souvent pauvres et ne peuvent pas, seules, assurer leurs soins contre les accès palustres. La conséquence directe en est que les populations se contentent souvent des antipaludéens de fortune. Il y a, au Cameroun, une prolifération de médicaments de la rue qui fait que certaines populations ont souvent recours à des antipaludéens de qualité douteuse qu'elles achètent au bord de la route. Un facteur aggravant est le fait que les médicaments ne sont plus donnés gratuitement dans les formations sanitaires. La prévention secondaire n'est pas, elle-aussi, favorisée par ces représentations sociales sur la maladie. Enfin, il est ressorti des représentations sociales identifiées plus haut des facteurs qui ne militent pas en faveur du recours aux formations sanitaires en cas de complication de la maladie ; notamment l'éloignement des formations sanitaires des villages et le manque de courtoisie du personnel médical. Ceci empêche une bonne mise en pratique de la prévention tertiaire du paludisme.

Au terme de cette seconde partie, nous retenons que les représentations sont des dispositions psychologiques au niveau d'un individu, se traduisant par des connaissances lui permettant de cerner des objets donnés, de les comprendre, de les maîtriser, de s'en servir ou de s'en protéger éventuellement, le cas échéant. Les recherches sur le concept de représentations, conduites au début principalement par E. Durkheim, suivant l'approche sociologique du *holisme* ont fait parler de représentations individuelles et de représentations collectives. Au niveau d'une communauté, ces représentations étaient le reflet des règles et normes sociales en vigueur. Les actions des acteurs sociaux ne pouvaient être interprétées qu'en fonction des normes prescrites par son milieu social d'appartenance. Cette perspective a prévalu depuis la fin du 19^e siècle jusqu'au milieu du 20^e siècle avant d'être critiquées par M. Weber et S. Moscovici qui ont insisté sur la prise en compte de l'individualisme méthodologique dans l'appréhension des représentations. Avec l'avènement de la psychologie sociale, les représentations individuelles et les représentations collectives ont progressivement fait place aux représentations sociales qui mettent en prime les perceptions individuelles. Dès lors, l'interprétation des actions des acteurs sociaux prend en compte les sensibilités individuelles et des variables anthropologiques dont les acquis culturels des individus, plutôt que les normes sociales de la communauté où ils vivent.

Dans le domaine médical, Les représentations scientifiques permettent aux populations de comprendre les exigences individuelles et collectives pour une bonne santé ou de s'organiser face aux maladies. Elles s'inspirent des savoirs scientifiques pour poser les diagnostics et elles servent de base à l'adoption des prises en charge adéquates dans le cadre de la médecine conventionnelle moderne. Les représentations sociales, quant à elles, varient d'un contexte culturel à un autre et sont souvent caractérisées par des éléments culturels pouvant se démarquer largement de la rationalité des représentations scientifiques. S'agissant singulièrement du paludisme, des travaux de recherches, réalisées tant dans des communautés de certains pays de l'Afrique sub-saharienne qu'au Cameroun, ont révélé un certain nombre de perceptions de la maladie et des pratiques de prévention peu appropriées pour la maîtrise des accès palustres. De façon générale :

- le moustique est largement identifié comme le responsable de la transmission de la maladie, même si les conditions écologiques de sa prolifération et les étapes de cette transmission ne sont pas toujours bien maîtrisées par les populations ;
- les dispositifs et mesures de protection contre les piqûres des moustiques sont bien connus (moustiquaires imprégnée d'insecticide et grilles de protection à mettre

aux ouvertures des maisons notamment), mais ne sont pas forcément utilisés convenablement ;

- beaucoup d'autres images sont associées à cette maladie, influençant les pratiques des individus vis-à-vis de la maladie ou les parcours thérapeutiques des populations, tant en milieu urbain qu'en milieu rural.

En utilisant les méthodes dites *associatives* suggérées par J.C. Abric pour identifier les représentations sociales, nous avons tenté de cerner la perception du phénomène paludique dans le contexte Camerounais. De cet exercice, il est ressorti que les Camerounais en général, indépendamment des faciès écologiques de la maladie dans lesquels ils vivent, perçoivent le paludisme au Cameroun d'abord comme un problème de santé ou simplement comme une maladie. Les images avancées par les personnes interrogées pour présenter ce phénomène montrent une bonne connaissance de la maladie dans le pays, du moustique comme le vecteur de sa transmission et des mesures et dispositifs qui permettent de s'en prémunir. D'autres images, idées, pensées et croyances sont aussi avancées par les Camerounais pour caractériser ce phénomène. Elles prennent en compte des considérations :

- *Economiques* : pour refléter le contexte économique dans lequel évolue la maladie. Ce contexte révèle que le paludisme permet le brassage de sommes d'argent importantes dans la prévention primaire (à travers les produits de lutte contre les moustiques ou ceux qui protègent l'homme contre leurs piqûres), dans la prévention secondaire et tertiaire (notamment à travers l'industrie pharmaceutique et la vente des antipaludéens pour résorber les accès palustres et lutter contre les cas de paludisme grave) ;
- *Stratégiques* : afin de noter l'intervention des structures internationale dans ce phénomène au Cameroun ;
- *Politique* : pour montrer qu'il y a une organisation politique dans le pays pour lutter contre cette maladie. Les individus ont forcément des avis partagés sur cette organisation suivant la satisfaction que celle-ci leur procure dans la protection contre cette pathologie ;
- *Culturelles locales* : Nous faisons ici référence à toutes ces perceptions que nous avons rangées dans les catégories *affaire du village* ou *surnaturel* pour refléter la spécificité de certaines images à l'environnement socioculturel négro-africain où l'influence des esprits, de la sorcellerie et des sorts jetés aux individus interviennent bien souvent dans l'explication de la survenue et dans les complications de la maladie ;
- *Diverses* : Certains Camerounais voient dans le *paludisme au Cameroun* des images assez éloignées de la santé publique. Ils parlent de corruption, de détournement de fonds publics et de beaucoup d'autres choses encore que nous avons rangées dans la catégorie *autres* de notre classification.

Ces représentations de la maladie par les populations sont à la base d'un nombre impressionnant de discours qui interfèrent forcément avec les discours inspirés par les représentations scientifiques. Quels peuvent être l'ampleur et les effets des interférences ainsi anticipées sur la prévention de cette maladie au Cameroun ? Nous ne pouvons répondre à cette préoccupation majeure qu'après la partie analytique de notre travail qui sera l'objet de la troisième partie.

E - Objectivation des représentations sociales du paludisme au Cameroun

Encore appelée réification, l'objectivation est un processus permettant à un ensemble social d'édifier un savoir commun minimal sur la base duquel des échanges entre ses membres et des avis peuvent être émis. Elle caractérise l'un des aspects de la construction représentative et se déroule en plusieurs phases : la sélection, la decontextualisation, la formation d'un schéma figuratif et la naturalisation (J.M. Seca, 2002 : 62).

Par la sélection, les individus filtrent l'information disponible sur l'objet de la représentation. Ceci peut donner lieu à des distorsions, des inversions, des éliminations, des retentions et des suppressions d'attributs suivant le mode de pensée, l'idéologie, le cadre culturel et les systèmes de valeurs de ces individus. Le paludisme existe au Cameroun depuis très longtemps et de nombreuses recherches ont rendu disponibles beaucoup de connaissances sur ce sujet. Le sondage que nous avons effectué donne, l'essentiel des constructions par les individus pour appréhender ce phénomène, le nommer et s'en servir dans les échanges courants.

Evidemment, dans ce processus de sélection, les individus utilisent de sortes de filtres reflétant leurs différentes sensibilités et faisant, qu'à la fin, le produit de ces constructions apparaît souvent radicalement opposé à ce que sont les représentations scientifiques du paludisme. Pour en arriver là, il y a une decontextualisation des données liées à la maladie. Le schéma figuratif qui en découle fait sens et est cohérent pour les acteurs en situation de communication. Il donne lieu à la matérialisation et à la simplification du phénomène représenté. Une fois établis, les éléments de ce schéma perdent leurs caractères de reconstruction et sont apparentés à des entités autonomes, objectives, naturelles. Ils deviennent ainsi la réalité sur laquelle et à partir de quoi les individus agissent et communiquent sur le phénomène.

Ainsi, les différents éléments cités par les Camerounais enquêtés représentent les sélections opérées par ces individus sur le phénomène paludique au Cameroun. Ce phénomène est apparu dans leur milieu de vie à un moment donné puis, a été perçu et appréhendé avec les filtres culturels et l'éducation qu'ils ont reçus. Pour illustrer ceci, un Camerounais appartenant à la tribu Béti désignera le paludisme sous le nom de *viande* ou *d'animal*, pas forcément parce qu'il ne sait pas que la maladie est transmise par un moustique, mais plutôt en raison de ce que ainsi nommée dans cette tribu, les éléments spécifiques qui permettent d'identifier la maladie apparaissent et annule toute confusion dans la communication sur la pathologie. Les schémas figuratifs peuvent ainsi se démarquer de la rationalité scientifique, tout au moins dans le domaine de la maladie et être tout de même servir de codes aux individus dans le processus de construction des représentations sociales.

F - Ancrage des représentations sociales du paludisme au Cameroun

L'autre processus fondamental qui complète l'émergence et l'organisation des représentations sociales du paludisme au Cameroun est celui de l'ancrage. Comment les différents éléments évoqués par les personnes enquêtées ont pu s'intégrer comme objets de représentation du paludisme dans le cadre de référence des Camerounais ? Le mécanisme d'objectivation que nous avons décrit plus haut nous montre que la filtration, la décontextualisation, la schématisation et la naturalisation dont les différents éléments du schéma figuratif des représentations sociales ont une visée pratique. Ils permettent l'utilisation concrète et fonctionnelle de l'objet de la représentation sociale. Pour le cas du paludisme qui nous intéresse dans cette recherche, ces éléments donnent une meilleure compréhension de comment les Camerounais ont intégré les images identifiées dans leurs attitudes de prévention du fléau paludique.

G - Utilisation des représentations sociales du paludisme au Cameroun et Relations internes

Les représentations sociales du paludisme au Cameroun telles que nous les avons identifiées jouent plusieurs fonctions dans la société camerounaise : elles servent notamment à la construction de référence et d'identité, à la normativité et à la justification a posteriori des conduites sociales vis-à-vis de la maladie.

Les éléments du noyau central pourraient, à eux seuls, permettre de circonscrire et de cerner totalement le phénomène paludique. Ces éléments sont, pour l'essentiel, ceux des discours de référence sur le paludisme. Ils sont l'émanation de la norme en matière de paludisme car ils reflètent les résultats de recherches dans ce domaine tels que produits par les laboratoires. Il convient toutefois de noter que ces éléments sont produits en débarrassant, autant que faire se peut, les résultats bruts de leurs jargons scientifiques au sortir des laboratoires. Grâce à ce processus de vulgarisation, le discours, purement scientifique au départ, épouse les contours des termes plus familiers qui permettent son assimilation et sa manipulation par les différents acteurs sociaux, y compris ceux qui n'ont aucune culture scientifique.

Le noyau central et le système périphérique sont très importants dans les représentations sociales d'un objet ou d'un phénomène. Pour le paludisme au Cameroun, les deux types d'éléments sont complémentaires. Ceux du noyau central sont plus normatifs et incontournables. Ils sont empruntés aux discours des experts internationaux sur le paludisme et doivent être acceptés en l'état. Par exemple, il est établi que le plasmodium est transmis à l'homme par l'anophèle femelle ; ceci est une vérité contre laquelle nous n'y pouvons rien quelle que soit la société dans laquelle nous vivons. Par contre, les éléments périphériques traduisent les interactions entre les acteurs sociaux autour d'un objet ou d'un phénomène donnés.

Ces deux types d'éléments ont une fonction d'orientation auprès des acteurs sociaux et sont à la base des comportements de ces acteurs vis-à-vis de la maladie. A titre d'illustration, il n'est pas établi que la survenue d'un accès palustre ou alors les complications de la maladie sont le fait de pratique sorcière quelconque. De même, ne pensons-nous pas qu'il existe de « bons » ou de « mauvais paludisme » comme certains Camerounais disent. Ces représentations conditionnent leurs pratiques face à la prévention du fléau paludique au Cameroun.

Troisième partie Discours sur le paludisme et réalité de la prévention de l'endémie au Cameroun

Cette dernière partie de notre travail est consacrée à l'analyse des discours sur le paludisme produits pendant la période qui nous intéresse. Il s'agit ici de se pencher tant sur les discours inspirés par les résultats des recherches scientifiques que ceux du sens commun, bien souvent culturellement marqués, sur cette pathologie. En utilisant les grilles de lecture que nous avons retenues dans notre cadre théorique, nous escomptons de cette analyse des éléments nous permettant d'apprécier les logiques et les pratiques liées à la prévention du paludisme dans le pays. L'analyse nous permettra donc de déceler le jeu et les enjeux autour de l'organisation de la lutte contre cette pathologie au Cameroun. A travers ce jeu et ces enjeux, la réalité sur la prévention du paludisme au Cameroun devrait filtrer et servir de base à la compréhension des raisons profondes de l'entame de la digue qu'est la prévention de cette endémie, ainsi que les désagréments actuels ressentis dans l'environnement social camerounais du fait du paludisme.

Nous l'avons organisée autour de deux chapitres :

Le premier correspond au chapitre 7 de notre travail. Intitulé *Les discours sur le paludisme au Cameroun*, il aborde le problème du corpus d'analyse et des caractéristiques sociales de ces discours. En effet, les deux parties précédentes ont donné les conditions de possibilité de construction et d'énonciation des représentations savantes et des représentations sociales sous forme de discours. Nous montrons dans ce chapitre les démarches qui nous ont conduits à choisir un corpus d'analyse en conformité avec le champ disciplinaire de la présente recherche. Nous en profitons pour donner quelques éléments de compréhension de ce corpus que nous utiliserons pour mieux cerner la réalité sociale liée à la prévention du paludisme au Cameroun.

Le deuxième chapitre de cette partie s'intéresse à l'analyse proprement dite de ces discours. Il sera, à l'évidence, le chapitre le plus important en volume. En effet, le dictionnaire encyclopédique des sciences de l'Information et de la Communication sous la direction de B. Lamizet et A. Silem (2006) nous suggère d'envisager l'analyse du discours en fonction des regards qui peuvent se poser sur celui-ci. Nous voulons nous intéresser aux différents énoncés retenus dans notre corpus et les interpréter pour en comprendre la signification. La réalité sociale de la prévention du paludisme dans la société camerounaise va ainsi apparaître à la lumière des discours des différents acteurs sociaux impliqués dans la lutte contre cette maladie au Cameroun. C'est à la fin de ce second chapitre que nous pourrons valider ou invalider les hypothèses retenues comme réponses provisoires à notre question de départ et arrêter les réponses définitives à la préoccupation au cœur de la présente recherche.

Chapitre 7 Discours et prévention du paludisme au Cameroun

Le présent chapitre vise à matérialiser l'objet de notre analyse. Il jette les bases de l'analyse proprement dite qu'abordera le chapitre suivant afin de dégager le sens des discours en rapport avec la prévention du paludisme au Cameroun. Nous l'organisons autour des centres d'intérêt suivants : la construction du corpus d'analyse ; la distribution spatio-temporelle des éléments de ce corpus comme élément d'appréciation de l'importance accordée au paludisme par les acteurs sociaux dans l'environnement camerounais ; l'examen des caractéristiques sociales de ces discours et le rapprochement de ces discours avec d'autres dans le pays, question de voir si le sujet *paludisme* draine un abondant échange entre les acteurs sociaux ou alors s'il est l'objet d'un quasi-consensus permanent.

I - Construction du corpus d'analyse

A - Modalités de construction

Les approches en analyse de discours sont plurielles et généralement guidées par les champs disciplinaires de la recherche en cours. Tout investissement dans ce domaine doit se faire avec à l'esprit, comme le souligne M. Grawitz (in A.O. Barry, SD) que toutes les recherches en analyse de discours sont basées en principe sur l'exploitation des énoncés. Selon cet auteur :

« [...] Les énoncés ne se présentent pas comme des phrases ou des suites de phrases, mais comme des textes. Or, un texte est un mode d'organisation spécifique qu'il faut étudier comme tel en le rapportant aux conditions dans lesquelles il est produit. Considérer la structure d'un texte en le rapportant à ses conditions de production, c'est l'envisager comme discours ». (Idem)

L'analyse elle-même varie suivant les orientations méthodologiques : L'école américaine approche cet exercice sous l'angle de l'étude de toute production verbale ou de l'analyse de tous les énoncés en situation. L'école française des années 60 est fortement influencée par la psychanalyse et le marxisme ; elle s'intéresse à l'étude de la langue hors contexte alors que l'école française contemporaine, à l'instar de beaucoup d'autres écoles actuelles, ne connaît plus de courant dominant. Nous pouvons, comme D. Maigueneau (1998), nous interroger sur l'existence d'une définition de l'analyse de discours qui soit à la fois assez souple pour n'exclure aucun énoncé, et suffisamment précise pour orienter l'investigation d'une manière originale et féconde. Selon cet auteur, l'analyse du discours est celle de l'articulation du texte et du lieu social dans lequel il est produit. Le texte seul relève de la linguistique textuelle ; le lieu social, lui, de disciplines comme la sociologie ou l'ethnologie. Mais l'analyse de discours en étudiant le mode d'énonciation, se situe elle à leur charnière.

Cependant, la nécessité de construire un corpus pour mieux cerner le discours et s'en servir pour l'analyse demeure. Pour une recherche comme la nôtre s'inscrivant dans le champ disciplinaire des SIC, quel corpus ou quel matériau (relevant de ce champ) devons-nous retenir pour refléter l'essentiel des discours sur le paludisme au Cameroun ? Pour répondre à cette préoccupation, il nous a semblé judicieux de retenir les discours des médias portant sur le paludisme pour notre travail. Ceux-ci présentent, en effet, l'intérêt de prendre en compte les déclarations des différents acteurs de lutte contre la maladie. Les médias sont ainsi choisis comme un espace capable de capter tant les sensibilités des différents

protagonistes de la lutte que celles des populations, ce faisant, ils peuvent fidèlement rendre compte des différentes représentations de la maladie et du déploiement des différentes stratégies de lutte pour juguler le fléau paludique dans un contexte social donné.

Nous avons conscience que ce choix est loin de nous dédouaner d'éventuelles critiques, notamment liées aux biais que le choix des discours médiatiques pour rendre compte de la réalité sociale sur le paludisme pourrait comporter. Peut-on, opérer librement un tel choix en faisant fi des avertissements que P. Charaudeau (2006) nous donne sur les discours médiatiques ? Après une vingtaine d'années de recherche dans ce domaine, en effet, ce spécialiste de l'information médiatique fait le constat que les médias ne transmettent pas ce qui se passe dans la réalité sociale ; ils imposent plutôt ce qu'ils construisent de l'espace public. A l'actif de cette thèse, Charaudeau s'arrête sur le langage utilisé dans l'information médiatique et en dévoile l'opacité à travers laquelle se construisent une vision et un sens particulier du monde. Selon lui, même l'image que l'on croyait la plus apte à refléter le monde tel qu'il est, a sa propre opacité que l'on découvre de façon patente lorsqu'elle produit des effets pervers. Peut-on s'en tenir à ces considérations et laisser de côté le matériau informationnel des discours médiatiques sur le paludisme au motif qu'il est loin de nous rapprocher de la réalité de la prévention de cette pathologie dans le milieu social camerounais ? Assurément, non ! Le discours d'information médiatique visé par P. Charaudeau est fondamentalement un discours politique, faisant un grand usage de la rhétorique d'argumentation. Le but clairement visé par ce type de discours médiatique est la persuasion. Il met ainsi en exergue trois éléments fondamentaux de la rhétorique argumentative inspirée de la tradition grecque antique :

- le *logos* ou une suite argumentative rationnelle dans le discours ;
- l'*ethos* ou l'image de soi que le producteur de ce discours construit pour favoriser l'acquisition de la suite argumentative contenue dans le discours par son auditoire, et ;
- le *pathos* ou l'émotion souhaitée ou véhiculée par ce discours, c'est-à-dire l'adhésion du destinataire ou de l'auditoire à la suite argumentative contenue dans le discours.

Un tel discours met habituellement en situation des hommes politiques ou alors rend compte du déploiement des individus qui défendent une certaine idéologie politique dans la société. A la préoccupation majeure de savoir si le discours d'information médiatique sur le paludisme procède d'un discours politique, il nous faut sans doute nuancer notre réponse. Certes, à travers la construction du discours sur le paludisme, il est apparu clairement qu'il peut comporter des aspects politiques, mais, il s'agit d'un discours qui doit sa spécificité à son objet principalement scientifique. Ainsi, le matériau dont nous voulons nous servir pour l'analyse du discours sera à la fois un matériau d'information et de communication. En effet, pour justifier le refus des journalistes d'être constamment en collusion avec le politique, la distinction que P. Charaudeau (2007) fait entre la notion d'information et celle de communication est que la première procède d'une intention de transmission de savoir alors que la seconde recèle nécessairement une intention de manipulation. La dimension informationnelle de ce matériau permettrait de mettre en exergue le positionnement de certains acteurs de la lutte contre cette endémie alors que celle communicationnelle s'attarderait sur l'aspect persuasif, très important dans l'énonciation de ce genre de discours. Dès lors, quelle que soit la volonté de manipulation qui pourrait animer les acteurs médiatiques, dans la construction de leurs réalités sociales liées au phénomène paludique, ils seront néanmoins préoccupés par l'intention de présenter le paludisme comme le suggère la science ou alors comme l'envisage l'homme de la rue ou d'autres acteurs de la lutte.

Le regard jeté sur les discours par D. Maingueneau n'est pas comparable, en tout point, à celui de P. Charaudeau. Maingueneau ne semble pas mettre un accent particulier sur le discours politique. Les discours devraient, selon lui, être appréhendés et questionnés tels qu'ils se présentent ; il propose de les analyser en se penchant à la fois sur leurs énoncés, le lieu social de leur énonciation et la finalité que les producteurs leur assignent. En suivant cette orientation, l'on peut dire qu'il n'y a pas de prise de parole ou de discours qui ne soit associé à des rôles et à des lieux donnés. Dès lors, l'analyse de discours apparaît comme l'étude de ce pour quoi le langage est utilisé.

Nous tenterons dans la suite de notre travail d'envisager les différents énoncés des discours sur le paludisme au Cameroun en ayant à l'esprit les précautions suggérées par l'un et l'autre de ces spécialistes du discours. Les prolégomènes ci-dessus étant ainsi présentées, nous nous proposons maintenant de définir clairement notre corpus à utiliser dans l'analyse pour mieux cerner les réalités sur la prévention du paludisme au Cameroun.

B - Corpus d'analyse proprement dit

Compte tenu de ce qui précède, notre corpus cible le discours d'information médiatique et singulièrement le discours de presse. Notre choix dans ce domaine porte sur la presse écrite qui, mieux que les autres canaux du paysage médiatique camerounais, nous permettra de bien appréhender les réalités liées à la prévention du paludisme au Cameroun pendant la période qui intéresse notre recherche. En effet, la presse écrite offre l'avantage d'aller en profondeur dans l'exploitation des éléments de l'actualité et, à l'expérience dans l'environnement camerounais, les archives de l'information de presse écrite semblent être mieux conservée que ceux des autres médias et offrent des facilités d'exploitation aux fins de recherche. Comme nous l'avons indiqué à l'introduction, nous avons choisi de travailler sur deux quotidiens : *Cameroon tribune* et *La nouvelle expression*. Le premier est le grand quotidien national d'information du pays. Journal d'Etat créé en 1974, il a connu une parution continue sur l'ensemble du territoire national, jusqu'à date. A l'origine, il était publié en deux versions : une en Français et une autre en Anglais, mais, depuis les années 1980, les deux éditions ont fusionné pour donner une seule version bilingue proposant invariablement des articles dans les deux langues. Ceci est fort opportun pour notre recherche car cette présentation de l'information fait de l'organe de presse à la fois le lieu d'expression des Camerounais des deux langues et le journal d'information à large circulation dans l'ensemble du pays.

Nous aurions pu nous contenter de l'exploitation de ce seul journal dans le cadre de notre recherche, mais, le souci de prendre en compte les différentes sensibilités vis-à-vis des sujets qui touchent à la vie des Camerounais nous a conduits à plus de prudence. En effet, dans la discussion précédente sur les modalités de construction du corpus, nous avons gardé à l'esprit la dimension politique de l'information médiatique ; il nous a donc semblé indiqué de prendre en compte, dans notre corpus d'analyse, tant les sensibilités politiques pro-gouvernementales que celles de l'opposition dont certains journaux privés sont les lieux d'expression. *La Nouvelle Expression* est un de ces journaux qui suit, de façon critique, les actions du gouvernement, et qui s'offre régulièrement comme tribune aux acteurs politiques d'obédience opposée au gouvernement. La présence d'un tel journal dans notre corpus est de nature à nous rapprocher des déclarations de toutes les sensibilités politiques du pays vis-à-vis du paludisme au Cameroun.

La Nouvelle expression est un journal privé d'information créé en 1991 comme un hebdomadaire. Il paraît ensuite comme bihebdomadaire de 1992 à 1999, puis trihebdomadaire de 1999 à 2004 et comme quotidien depuis 2004. Il est publié uniquement

en version française et se définit comme un journal *d'investigations et d'analyses*. Nous nous sommes intéressés aux articles de ce journal depuis 2001 afin de capter toute information sur le paludisme au lendemain du sommet d'Abuja.

Dans l'un et l'autre des deux journaux, nous nous sommes intéressés aux articles comportant le mot *Paludisme* dans leurs titres. Dans quelques cas, toutefois, notamment pour les articles traitant de la médecine traditionnelle et des médicaments, nous avons retenus ceux qui ne comportaient pas le mot *Paludisme* dans leurs intitulés, mais dont le traitement abordait tout de même la lutte contre le paludisme, entre autres sujets de santé traités. Ces articles ont été parcourus dans le but de déceler les occasions de leur production, les déclarations des acteurs sociaux en rapport avec le paludisme et les commentaires des journalistes sur l'environnement général de lutte et l'attitude des acteurs impliqués dans celle-ci. Nous avons ainsi exploité les parutions de *Cameroon tribune* depuis novembre 1992¹¹¹ jusqu'à décembre 2008. S'agissant de *La nouvelle expression*, l'exploitation a concerné les articles de janvier 2001 à décembre 2008. La répartition de ces articles par année est donnée dans le tableau 18 ci-dessous.

¹¹¹ Au lendemain de la Conférence ministérielle sur le paludisme d'Octobre 1992 à Amsterdam.

Nombre d'articles Années	Dans <i>Cameroon Tribune</i>	Dans <i>La Nouvelle Expression</i>	Total
1992	0		0
1993	0		0
1994	10		10
1995	1		1
1996	1		1
1997	8		8
1998	2		2
1999	5		5
2000	13		13
2001	13	6	19
2002	5	3	8
2003	12	1	13
2004	21	2	23
2005	55	17	72
2006	17	9	26
2007	17	12	29
2008	18	13	31
	198	63	261

Tableau 18 : Répartition des articles sur le paludisme publiés dans deux quotidiens camerounais de 1992 à 2008

(Source : présente recherche)

L'examen rapide de ce tableau montre un pic de production médiatique sur le paludisme en 2005 tant dans la presse publique (55 articles) que dans la presse privée (17 articles). Qu'est-ce qui explique le regain d'intérêt pour le paludisme cette année-là ? La réponse à cette interrogation cardinale est qu'en 2004, le Cameroun a été retenu pour l'organisation de deux grands fora des protagonistes mondiaux de la lutte contre le paludisme au mois de novembre, à savoir : la 4^e Conférence de l'Initiative Multilatérale sur le Paludisme (MIM) et le 5^e Forum des partenaires de Roll Back Malaria. Avant, pendant et après ces échéances, les médias du pays ont été largement mis à contribution pour diffuser des informations sur cette pathologie. Cameroon tribune n° 8458/4657 du 19 octobre 2005, c'est-à-dire un mois avant l'ouverture de la conférence de l'Initiative Multilatérale sur le Paludisme nous donne un exemple de cette réunion dans l'article publié en page 12 et dont le titre est *Recours aux médias contre le palu*. Cet article rend compte d'un point de presse du ministre de la

santé publique dont l'objectif est de susciter la mobilisation de la presse en prélude à ces événements sur le paludisme que le pays s'apprête à accueillir.

Au total, pour les deux journaux retenus et pendant la période 1992-2008, nous avons identifié 261 articles de presse ciblant la lutte contre le paludisme au Cameroun. Ce volume d'information à exploiter appelle quelques commentaires, notamment sur la fréquence d'apparition des éléments d'information sur le paludisme dans l'espace médiatique camerounais.

C - Quelques remarques sur le corpus

- Le corpus retenu reflète l'essentiel des productions verbales sur le paludisme pendant la période retenue. Son simple examen donne une idée sur la régularité ainsi que la densité des échanges discursifs sur le sujet *paludisme*. Ceci peut être un indicateur de la gravité de l'endémie dans le sens où l'on pourrait penser à la logique selon laquelle la maladie fait beaucoup de victimes, alors on en parle dans la presse, soit celui du degré d'investissement des différents acteurs sociaux dans la lutte, les amenant à une grande exposition aux médias qui leur servent de tribune pour le pays tout entier. Nous avons tenté un examen rapide de ce corpus et trois remarques sautent d'emblée à l'œil :

D'abord : le caractère squelettique de la production médiatique sur le paludisme pendant la période d'étude : En effet, en 17 années, *Cameroon tribune*, le grand quotidien d'information national, a publié près de 197 articles, tous genres confondus, faisant explicitement apparaître le mot *paludisme* dans leurs intitulés, soit une moyenne de près de 12 articles par an ou à peine 1 article par mois. *La Nouvelle Expression*, quotidien privé, n'a guère fait mieux en publiant 63 articles en 8 ans, soit une moyenne de 8 articles par an. Pour une maladie qui est le principal motif de consultation et la première cause de mortalité dans un pays, cette présence timide dans les médias pose le problème de la volonté d'en parler, d'échanger sur cette pathologie et d'en améliorer la qualité de la prévention. Il nous semble indiqué de nous attarder sur les raisons possibles de ce manque d'intérêt de la presse pour un sujet aussi névralgique. En voici quelques conjectures que pourraient éventuellement confirmer des sondages d'opinions auprès des professionnels des médias :

- la première pourrait être la lassitude : c'est toujours la même chose, et cela ne bouge pas vraiment, donc rien de neuf, pas d'information, en somme. Cette raison est du même ressort que « l'habitude » qu'a la population de vivre « avec » le palu, sans raison majeure de changer de comportement ;
- la deuxième vient justement de l'absence d'information nouvelle fournie par les autorités : pas de suivi quantitatif sérieux (alors que, par exemple, le Cameroun se vante justement d'avoir de bons résultats dans la décentralisation des soins contre le Sida. Ceci est notamment dû à la promotion de la protection de la transmission du VIH de la mère à l'enfant dans la presque totalité des districts de santé du pays, grâce à l'appui des partenaires internationaux) ;
- la troisième, peut-être, viendrait justement de l'absence de nouveauté, ou encore de la conscience qu'auraient les journalistes que, sans coordination des divers départements ministériels, et sans lutte sérieuse contre les vecteurs, toute information conduirait à une mise en cause de l'inertie des autorités, ou de leurs malversations.
- Ensuite, le caractère circonstanciel de la production médiatique sur le paludisme. Pour illustrer ceci, nous remarquons qu'entre 2001 et 2008, *le grand quotidien national d'information* a publié 158 articles sur le paludisme, soit, un peu plus de 18

articles par an contre moins de 6 articles par an, entre 1992 et 2000, pour un total de 40 articles sur le paludisme. Et pendant la période la plus courue (2001-2008), les pics de production sur le paludisme ont été enregistrés en 2004, 2005 et 2008. *La nouvelle expression* a publié plus d'articles sur le paludisme en 2005, 2007 et 2008 que pendant les autres années de 2001 à 2004. L'analyse ultérieure des articles nous fixera sur les événements du moment qui ont provoqué cette inflation subite dans le déploiement médiatique.

Enfin, sur le plan des rubriques dans lesquelles les articles sur le paludisme ont été généralement publiés, il faut constater que celles-ci sont, par ordre d'importance : *Société* (nationales, provinces, régionales, santé) ; *Dossiers de la rédaction* ; *Magazine* ; *Actualités*, *Editorial et pages vertes*.

S'agissant du caractère parcimonieux du traitement de l'information médiatique sur le paludisme, il faut souligner que Roger Owona, un journaliste de *Cameroon tribune* en avait fait le même constat dans un billet intitulé *Tant pis, on attendra...* que publie l'édition n° 7515/3804 du 15 octobre 2002 de ce quotidien d'information, en page 11. En voici un extrait fort évocateur :

« ...Il arrive qu'un événement ou un fait de société s'appréhende en fonction du battage médiatique orchestré autour de celui-ci. Il paraît qu'un parfait non-événement défraie la chronique, et vice-versa. C'est un peu le cas du paludisme. En matière de médiatisation, il apparaît comme un parent pauvre. Qu'on le veuille ou pas, les médias ne lui ont pas accordé jusqu'à présent tout le traitement adéquat. Certes, de temps en temps, on le sort des tiroirs du quasi-oubli. Mais, est-ce suffisant au regard des ravages causés par le palu ? »

Nous en avons fait le même constat, ce qui nous a suggéré la parade d'exploiter les journaux pendant une période relativement longue afin de multiplier les chances de bien capter le regard des médias sur le paludisme au Cameroun. Les références des articles retenus dans le corpus d'analyse à l'issue de ce travail, leurs titres, les rubriques et les pages dans lesquelles ils ont été publiés sont répertoriés dans l'annexe 5 de notre travail. Avant de passer à l'analyse du discours médiatique sur le paludisme au Cameroun, abordé en profondeur dans le chapitre 8, nous avons tenté une analyse socio-discursive des contenus des discours sur le paludisme afin de dégager les principales caractéristiques sociales des discours tenus sur cette endémie au Cameroun.

D – Caractéristiques sociales des discours sur le paludisme au Cameroun

En abordant l'analyse de discours comme celle d'un objet sociologique, J. Widmer (2007) nous apprend que l'architecture de l'énonciation d'un discours est constituée par les composantes suivantes : l'énonciateur, le destinataire, le monde décrit ainsi que les modalités des rapports entre ces trois éléments. Ils forment une relation triadique parce que toute transformation qui affecte l'un des pôles affecte les deux autres, ainsi que les modalités de leurs rapports. Ces trois pôles sont observables aux énoncés (ou tout autre matériel signifiant) et inclut le rapport réflexif à lui-même. L'énonciateur a pour fonction d'établir un lien de communication entre un amont et un aval à propos d'un monde commun, afin de provoquer un interprétant en réception. L'énonciation comporte des actes, des acteurs, un temps, un lieu ainsi qu'une scène ou un cadre.

La modalité peut concerner divers prédicats. Il peut s'agir, du côté de l'énonciateur, de prédicats épistémiques ou des prédicats évaluatifs sur un savoir donné. S'agissant

du discours sur le paludisme, les prédicats épistémiques peuvent être que les anophèles femelles transmettent le paludisme et les prédicats évaluatifs peuvent donner des statistiques sur l'incidence du paludisme dans une région du pays. Il peut aussi s'agir de prédicats d'action permettant à l'énonciateur de recommander une action quelconque au destinataire. Ainsi, l'énonciateur peut demander aux populations de dormir sous une moustiquaire pour éviter les piqûres nocturnes de moustiques.

L'énonciation présente enfin une médiation entre énonciateur et destinataire. Cette énonciation est déterminée par un contexte institutionnel. Les discours peuvent, dans ces conditions, être dits objectifs si l'énonciateur se pose en symétrie avec le destinataire. Il peut aussi y avoir asymétrie entre les deux pôles comme dans le cas des discours pédagogiques où l'énonciateur apparaît comme dispensateur d'enseignement à l'endroit du destinataire. Enfin, le destinataire peut entretenir des rapports divers avec l'énonciateur, avec le monde décrit ou avec l'énoncé.

II – fonctions et caractéristiques des discours sur le paludisme

A - Fonctions des discours

Les fonctions qui nous ont semblé les plus importantes par rapport à notre sujet d'étude sont les fonctions illocutoires et les fonctions perlocutoires de ces discours. Les premières renvoient à l'acte réalisé par le discours (acte informatif par exemple. Dans ce cas, l'énonciateur informe le destinataire en faisant usage du discours) et les secondes à l'effet visé par l'énonciation d'un discours (le message véhiculé par le discours est mis en pratique par la cible du discours). La fonction illocutoire est réalisée si l'acte de la parole est correctement passée de l'énonciateur au destinataire alors que la fonction perlocutoire n'est réalisée que si le destinataire met effectivement en pratique l'acte indiqué par l'énonciateur dans le discours.

Nous avons conçu l'arborescence de la figure 17 pour montrer la diversité qui s'impose d'emblée lorsque l'on examine les énoncés des discours sur le paludisme au Cameroun.

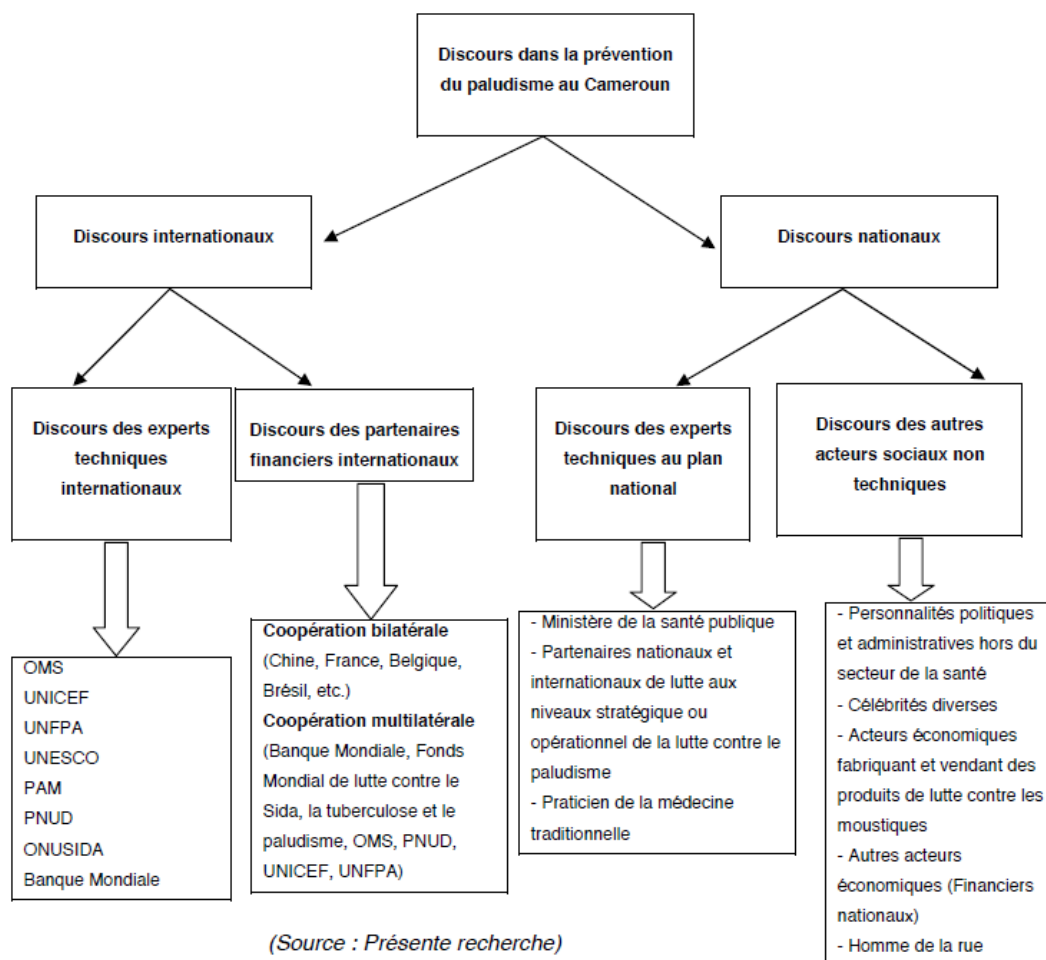


Figure 16 : Arborescence montrant l'organisation des discours sur le paludisme au Cameroun

(Source : Présente recherche)

B – Les caractéristiques du discours sur le paludisme

De manière générale, les discours sur le paludisme au Cameroun comportent des énoncés de deux sources :

- les discours des acteurs techniques et financiers internationaux qui sont, en principe, les mêmes dans tous les pays impaludés ;
- les discours nationaux qui sont le fait des acteurs sociaux nationaux ou internationaux en activité dans le pays. Ces acteurs sociaux peuvent être des experts techniques ou financiers de lutte contre le paludisme ou non. Lorsqu'ils sont dépourvus d'expertise officiellement reconnue, certains acteurs sociaux interviennent simplement sporadiquement dans la lutte contre cette maladie.

Pour l'identification de ces caractéristiques, nous ne touchons pas encore à notre corpus d'analyse. Il nous servira abondamment dans le chapitre suivant pour la présentation des circonstances de l'énonciation de ces discours et davantage de lumière sur la réalité de la prévention du paludisme au Cameroun.

1. Discours internationaux

Deux types de discours rentrent dans cette catégorie : Les discours des experts techniques et les discours des partenaires financiers dans la prévention du paludisme au Cameroun.

L'architecture énonciative des discours des experts techniques dans cette prévention présente un énonciateur principal (l'OMS) et des destinataires qui sont les pays membres pour les stratégies à déployer sur le plan national et les individus pour les stratégies à mettre en œuvre au niveau des pays, des communautés, des groupes sociaux et des individus. A côté de l'OMS, structure mondiale responsable des normes et standards en matière de santé publique, il y a des énonciateurs secondaires qui tiennent des discours sur ce fléau, bien souvent en fonction des mandats spécifiques. Ce sont notamment : l'UNICEF qui voit dans la lutte contre le paludisme un facteur d'amélioration de la santé de l'enfant, l'UNFPA qui met en prime la santé de la mère dans sa contribution à la lutte contre cette pathologie, l'UNESCO et le PAM¹¹². Ces dernières agences des Nations Unies interviennent respectivement dans les aspects de communication pour le développement et les liens entre le paludisme et l'alimentation.

Le monde décrit dans ces discours est évidemment celui du paludisme abordé dans sa globalité comme une menace pour la santé des hommes. Les modalités de l'énonciation de ces discours concernent, d'une part, des prédicats épistémiques, et d'autre part, des prédicats d'action que l'OMS et les autres énonciateurs recommandent aux pays membres et aux individus. Pour les prédicats épistémiques dans le domaine de la prévention du paludisme, ils proviennent en général de l'OMS qui en garantit l'authenticité ou la validité. En effet, en matière de santé publique, la référence à l'OMS est une preuve suffisante des discours. De fait, l'OMS dispose de comités d'experts qui se réunissent fréquemment et publient régulièrement des rapports techniques sur les maladies et les stratégies de lutte contre celles-ci.

Dans les discours, les prédicats sont ceux recommandant des actions à l'endroit des cibles pour prévenir la maladie ou empêcher que des accès palustres entraînent la mort. Dans l'espace social camerounais, ces discours sont en général rapportés. On les utilise dans les énonciations courantes comme des éléments de référence, le plus souvent, pour parler des menaces du fléau paludique dans le monde ou encore pour indiquer les stratégies courantes de lutte recommandées tant au niveau collectif qu'au niveau individuel. Les expressions courantes pour mettre en scène ces discours des experts internationaux sont généralement introduits par les amorces suivantes : « *Selon l'OMS...* » « *Comme le recommande l'OMS...* »

Du point de vue de la médiation, beaucoup de ces discours sont asymétriques, car émanant d'énonciateurs jouissant d'expertises techniques mondialement avérées et reconnues vers des destinataires présentant des lacunes tant sur le plan organisationnel que dans la pratique de la protection contre les facteurs encourageant la survenue et la complication de la maladie. Dès lors, les énonciateurs sont un peu des sortes de pédagogues dans leurs discours. Ce sont eux, en effet, qui indiquent les stratégies et méthodes de lutte les plus appropriées contre le paludisme. Celles-ci peuvent varier de

¹¹² Suivant la publication *Savoir pour sauver*, 2002.

temps à autres, compte tenu de nouvelles évidences scientifiques. A titre illustratif, la moustiquaire imprégnée d'insecticides est présentée par l'OMS et les autres énonciateurs des discours internationaux comme la meilleure arme de prévention du paludisme aujourd'hui. Il y a quelques années, les discours de prévention du paludisme parlaient plutôt de la pulvérisation à grande échelle du dichloro-diphényl-trichloro-éthane (DDT).

L'utilisation du DDT pour lutter contre la prolifération des moustiques et prévenir le paludisme a, par la suite, été au cœur d'une vaste controverse pendant plusieurs années. Après l'utilisation à grande échelle de cet insecticide à effet rémanent dans la tentative d'éradication du paludisme en Afrique, elle a été arrêtée dans les années 1960. Près de trente ans après l'abandon de sa pulvérisation ainsi que de celle d'autres insecticides dans les habitations pour la lutte contre le paludisme, le 15 septembre 2006, l'OMS a été à nouveau exhumé pour combattre la maladie. D'après les déclarations du Dr Anarfi Asamoah-Baah, sous-directeur général de l'OMS chargé du VIH/SIDA, de la tuberculose et du paludisme : « Les données scientifiques et programmatiques justifient sans conteste cette réévaluation [...] La pulvérisation d'insecticide à effet rémanent dans les maisons est utile pour réduire rapidement le nombre de personnes contaminées par les moustiques porteurs de la maladie. Elle s'est révélée d'un aussi bon rapport coût/efficacité que les autres mesures de prévention du paludisme et le DDT ne présente pas de risque pour la santé s'il est correctement utilisé. » (OMS, 2006 : 3)

Le DDT est l'une des 12 substances contrôlées sous la Convention de Stockholm (1972), un traité visant à contrôler et à éliminer les polluants organiques persistants (POP) adopté par 160 pays du monde. Du 3 au 6 novembre 2008, il a fait l'objet d'un examen à Genève, lors d'une réunion regroupant 80 hauts représentants de 26 gouvernements, industries, organisations de recherche et organisations non-gouvernementales. Achim Steiner, le directeur exécutif du Programme des Nations Unies pour l'Environnement (PNUE), a déclaré à cet effet :

"Nous nous retrouvons dans une situation inconfortable. Le DDT est efficace, et ainsi les pays cherchent, de façon tout à fait compréhensible, des exemptions pour continuer à l'utiliser pour sauver des vies, même si l'ensemble des effets peut être nuisible. Pourtant, cela donne également peu de motivation aux gouvernements et aux industries à développer et à introduire plus d'alternatives respectueuses à l'environnement » (in PNUE, 2008 : 1).

Pourtant, Achim Steiner affiche clairement les ambitions de son agence :

«Nous avons besoin de choix scientifiquement et économiquement robustes et de signes que des alternatives disponibles reflètent les demandes de la santé et de la viabilité du 21^e siècle - ainsi que de signes que la recherche et le développement des composés améliorés seront encouragés par la communauté internationale. Le DDT est une ancienne substance, il doit y avoir une meilleure façon. Nous avons besoin d'avoir la confiance des gouvernements et des communautés affectées par le paludisme pour investir dans de véritables alternatives qui peuvent être déployées immédiatement afin que le DDT devienne une arme de dernier recours " (Idem).

Si ces concertations aboutissent à des recommandations qui amènent l'OMS à revoir sa position par rapport au DDT, les discours de préventions du paludisme vont suivre la même mue.

Du point de vue de la finalité, la fonction illocutoire des discours de ces experts est indéniable car ils donnent en général des éléments d'information qui permettent de comprendre la menace que représente le paludisme pour les individus, les familles, les communautés ou les pays. La fonction perlocutoire de ces discours n'est pas toujours évidente ; elle est même souhaitée. Cela est du reste le fait des discours de santé publique qui véhiculent des stratégies de lutte à mettre en pratique par les destinataires, mais, peuvent être suivis ou non. Cette fonction est tributaire de l'aptitude des individus à mettre en pratique les stratégies contenues dans les discours. Néanmoins, certains discours traitent des évaluations de la mise en œuvre des stratégies préconisées en matière de prévention et peuvent servir à apprécier l'effectivité de la mise en pratique des messages de sensibilisation.

L'architecture énonciative des discours des partenaires financiers internationaux dans la prévention du paludisme au Cameroun ne suit pas les mêmes contours que celle des discours des experts techniques. Il n'y a pas d'énonciateur principal de ces discours, même si, de façon générale, le Fonds mondial pour la lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme s'impose par le volume des financements consentis jusqu'à date pour aider le pays dans la lutte contre le paludisme. Les énonciateurs des discours des partenaires financiers dans la lutte contre le paludisme relèvent :

- soit de la coopération bilatérale : pays amis du Cameroun qui, au titre de cette coopération, octroient des aides au pays ou alors développent des partenariats techniques et financiers avec le pays pour la lutte contre le paludisme ;
- soit de la coopération multilatérale : principalement à travers le FMLSTP, La fondation Bill & Melinda Gates et l'Initiative du Président des Etats-Unis pour le Paludisme.

Il est important de s'attarder un peu sur ces organisations de coopération multilatérale dont les apports financiers contribuent grandement à l'offensive contre le paludisme dans le monde.

Le fonds mondial pour la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme est un partenariat public/privé entre gouvernements, société civile, secteur privé et communautés affectées par ces maladies. Créé en 2002, le fonds mondial apparaît comme une approche novatrice de financement international pour la santé. Il est devenu la principale source de financement des programmes de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, avec 19.3 milliards de dollars US de financements approuvés pour plus de 572 programmes répartis dans 144 pays. Il fournit les trois quarts du financement mondial de lutte contre le paludisme dans le monde qui permettent aux pays de renforcer leurs systèmes de santé, notamment en améliorant les infrastructures et en formant les prestataires de services. Le rapport mondial 2005 sur le paludisme indique que la planification des dotations quinquennales pour 2003-2007 aux pays par ce fonds se chiffrent à un total de 1,8 milliards \$ EU. Cette dotation est de 881 millions \$ EU pour 2005-2006 (WHO/UNICEF, 2005).

La fondation américaine Bill & Melinda Gates appuie des initiatives de prévention de lutte contre le paludisme, notamment l'acquisition et la distribution des moustiquaires imprégnées, la recherche de nouveaux insecticides pour lutter contre le vecteur du paludisme et la recherche de vaccins. Dans sa lettre annuelle pour 2010, Bill affirme :

“Two years ago, Melinda and I challenged the health field to set a goal of eventually eradicating malaria. Because it is such a widespread disease, the foundation has backed a number of different types of innovations.”¹¹³

L'Initiative du Président des Etats-Unis pour le paludisme a débuté en 2005 et constitue une collaboration du Gouvernement des Etats-Unis, menée par l'USAID en collaboration avec le CDC, le Département d'Etat, la Maison Blanche, etc. Le financement de cette initiative vise à diminuer de moitié les cas de paludisme dans 15 pays africains.

Le destinataire des discours est le gouvernement, à travers le Ministère de la santé publique et le Programme national de lutte contre le paludisme qui est la structure gouvernementale opérationnelle dans la lutte contre le paludisme au Cameroun.

Le monde décrit dans les discours des partenaires financiers est celui des moyens financiers nécessaires à la lutte contre le paludisme en général. Du point de vue de la modalité, il s'agit des discours véhiculant des prédicats d'actions. En effet, ils ont trait au renforcement des capacités du pays pour mieux organiser la lutte contre la maladie suivant les orientations choisies par les autorités nationales. Ceci peut se faire à travers la subvention de l'achat des dispositifs de protection des individus contre les piqûres des moustiques (moustiquaires et autres insecticides) ou l'achat d'antipaludéens pour aider les populations à rapidement juguler les accès de paludisme simple.

Côté modalité, les prédicats courants dans ces discours sont ceux d'action. Il s'agit de mettre en exergue les moyens financiers des énonciateurs à la disposition du destinataire, qu'est l'Etat camerounais, pour supporter le coût de la lutte contre le paludisme à l'échelle nationale. Entre les énonciateurs et le destinataire, la relation est asymétrique car le destinataire apparaît presque toujours comme incapable, à lui tout seul, de supporter la charge liée à la lutte contre cette maladie. C'est le cas, du reste, de la quasi-totalité des pays impaludés qui sont généralement des pays de l'hémisphère sud. Ils ont fréquemment recours aux aides des structures financières internationales pour soutenir leur développement global.

Enfin, sur le plan des fonctions remplies par ces discours, seule la fonction illocutoire transparaît clairement, car les discours véhiculent des informations sur la coopération technique et financière entre l'énonciateur et le destinataire.

2. Discours nationaux

Deux types de discours rentrent dans cette catégorie. Ce sont : les discours produits par des experts techniques sur le plan national et ceux produits occasionnellement par des acteurs sociaux qui n'ont pas d'expertise avérée dans la lutte contre cette maladie.

- Discours des experts techniques

L'architecture énonciative des discours des experts techniques nationaux sur le paludisme au Cameroun montre trois énonciateurs principaux : le Ministère de la santé publique en tant que structure institutionnellement responsable de la santé au Cameroun, les partenaires internationaux et nationaux dans la lutte contre cette maladie dans le pays, y compris les représentations des organisations internationales et les organisations de la société civile nationale (ONG, associations, etc.) et les praticiens de la médecine traditionnelle.

¹¹³ *Il y a deux ans, Melinda et moi avons lancé un défi au secteur de la santé pour se fixer l'objectif d'éradiquer le paludisme. Comme c'est une maladie très répandue, la fondation a décidé d'appuyer plusieurs types d'innovations.*

Ces discours sont l'adaptation au plan national des discours internationaux sur cette maladie. Le Ministère de la santé publique est la principale énonciatrice de ces discours techniques. Il y a aussi des énonciateurs secondaires de ces discours qui sont les partenaires du pays dans la lutte contre le paludisme. Ces partenaires sont :

- soit extérieurs au pays, notamment pour les ONG internationales (Plan Cameroon, ACMS, Care Cameroon, etc.) ;
- soit des partenaires gouvernementaux, à savoir : les autres structures ministériels intervenant à côté du Ministère de la santé publique à plusieurs titres dans cette prévention : MINADER, MINAS, MINPROFF, MINCOM, MINATD notamment pour la sensibilisation du public ; MINEPAT, MINDIC et MINFI pour la coopération avec les partenaires financiers et techniques du pays et pour l'appui dans l'approvisionnement en dispositifs de protection contre les piqûres des moustiques que sont les moustiquaires et les insecticides ;
- soit les organisations de la société civile (ONG et associations nationales). Nous présentons la liste de ces partenaires dans la lutte contre le paludisme de manière générale, dans l'annexe 4 du présent travail.

Les destinataires de ces discours sont, au final, les communautés, les familles et les individus qui doivent mettre en pratique les stratégies de lutte en promotion dans certains de ces discours.

Le monde décrit dans les discours des différents énonciateurs est celui de la lutte contre le paludisme. Il est semblable à celui décrit dans les discours des experts internationaux avec toutefois quelques spécificités, notamment pour des énonciateurs qui cherchent à mettre en exergue certains dispositifs utilisés dans la prévention de cette maladie. Par exemple, dans les discours sur l'utilisation de la moustiquaire imprégnée pour la prévention du paludisme, ACMS fait souvent allusion à une moustiquaire particulière (*Super moustiquaire*) dont elle assure la vente dans le pays et que l'on peut ré-imprégner à domicile avec un insecticide appelé *Bloc* conditionné sous forme de tablettes et commercialisées aussi par cette ONG.

Pour les modalités de l'énonciation de ces discours de santé publique, ils font grandement usage de prédicats épistémiques qui sont les mêmes que ceux que nous avons identifiés dans les discours des experts internationaux. Ceci se comprend fort bien car le Ministère de la santé publique et ses partenaires sont, au niveau national, les relais des discours techniques validés par l'OMS pour la prévention de cette pathologie. Il est aussi fait usage des prédicats d'action permettant aux énonciateurs de recommander des actions importantes de santé publique, notamment la mise en œuvre des stratégies de prévention en vigueur à l'endroit des cibles. Les actions recommandées sont par exemple de lutter contre la prolifération des moustiques qui transmettent le paludisme en détruisant les gîtes larvaires ou alors de dormir sous une moustiquaire pour se protéger des piqûres des moustiques qui donnent le paludisme.

La médiation entre les énonciateurs et les destinataires remet sur la sellette l'expertise en matière de lutte contre le paludisme. Les énonciateurs en disposeraient et le destinataire, qu'est le patient, aurait donc tout à apprendre d'eux pour éviter les ennuis du fait de la survenue de la maladie.

S'agissant des fonctions remplies par ces discours, la fonction illocutoire y est bien visible. Il s'agit d'informer les cibles de la maladie et d'éveiller les consciences des populations sur la gravité du paludisme et le gain qu'on réalise en adoptant la culture de la prévention de cette maladie. La fonction perlocutoire est, quant à elle, tributaire de la

bonne mise en pratique des stratégies de prévention contenues dans ces discours. Certains de ces discours sont les résultats de l'évaluation de la mise en pratique de ces stratégies par les populations ou alors des résultats des comportements aptitudes et pratiques des populations vis-à-vis des moustiques.

Pour ce qui est des discours de la médecine traditionnelle les énonciateurs sont nombreux et leur expertise dans la lutte contre la maladie en général est querellée pour bon nombre d'entre eux en ce moment. Les critères d'admission à la profession de tradi-praticiens ne sont clairement définis ; dès lors, à côté de bons guérisseurs traditionnels ou tradi-praticiens, la profession est truffée d'usurpateurs que l'on appelle charlatans. En attendant l'organisation de cette profession, les vrais guérisseurs traditionnels et les charlatans parlent sans doute peu de la prévention du paludisme et beaucoup plus de sa prise en charge en tant que fièvre. Dans leurs discours, certains de ceux-ci font allusion à des pratiques traditionnelles de lutte contre les piqûres des moustiques (utilisation de la fumée des écorces de pruniers par exemple) pour prévenir la maladie. D'autres aussi, pour avoir travaillé avec le personnel de santé de la médecine conventionnelle, recommandent à leurs patients d'utiliser des dispositifs modernes de prévention comme la moustiquaire imprégnée d'insecticide. Les discours sur le paludisme émanant de cette force de médecine sont abondamment inspirés par les représentations sociales des populations sur cette maladie.

Les destinataires de ces discours sont nombreux, tant il est de notoriété publique aujourd'hui qu'une frange importante de la population camerounaise a recours à la médecine traditionnelle pour ses problèmes de santé.

Le monde décrit par ces énonciateurs n'est pas toujours aussi suffisamment précis que pour les discours du Ministère de la santé publique car les guérisseurs traditionnels n'ont pas toujours la culture de la prévention du paludisme. Leurs discours s'appesantissent beaucoup plus sur la prise en charge de la maladie.

Pour les modalités d'énonciation, les discours de la médecine traditionnelle dans ce domaine font beaucoup plus usage des prédicats d'actions entre les énonciateurs et le destinataire.

La médiation et les fonctions de ce type de discours sont comparables à celles que l'on trouve dans les discours de santé publique analysés plus haut.

- Discours des autres acteurs non techniques

L'architecture énonciative de tous les autres discours non techniques a la particularité de présenter une panoplie d'énonciateurs dont le dénominateur commun est que leurs professions n'ont, de prime abord, rien à voir avec la lutte contre le paludisme. Ce sont le plus souvent des personnalités politiques et administratives qui ne travaillent pas dans le secteur de la santé, des célébrités, des commerçants qui vendent des dispositifs de lutte contre les moustiques, etc. Les destinataires sont aussi divers car les discours produits ciblent soit la communauté internationale, soit les populations.

Le monde décrit par les énonciateurs est varié. Il peut s'agir d'une mobilisation des communautés nationales pour la mise en pratique des stratégies usuelles de prévention de la maladie. En ce sens, les journées africaines et les journées mondiales de lutte contre le paludisme ont été des opportunités intéressantes pour la production des discours par ces énonciateurs.

Il peut aussi s'agir d'un plaidoyer auprès de la communauté internationale aux fins de mobilisation de ressources pour plus d'assistance aux pays en développement comme le

Cameroun, dans la lutte contre le paludisme. Dans ce dernier cas, l'image de marque de certaines vedettes sportives ont souvent été mises à contribution et ces discours ont été généralement produits lors de grands événements internationaux.

Il existe aussi, au niveau national, des partenaires financiers travaillant sur le territoire national et tenant des discours sur le paludisme. Nous n'avons pas voulu créer une catégorie particulière pour ces énonciateurs comme c'était le cas plus haut avec les discours internationaux parce qu'en suivant les critères retenus pour la catégorie *autres discours*, nous pouvons parfaitement les y loger. Ainsi, un autre partenaire financier important énonciateur des discours sur le paludisme au Cameroun est la COTCO, filiale Exxon Mobil responsable du pipeline Tchad-Cameroun. Elle produit ces discours dans le cadre de l'*Initiative santé en Afrique*. Mise en place en l'an 2000 par cette compagnie américaine dans le but de soutenir la déclaration d'Abuja sur le projet *Faire reculer le paludisme en Afrique*, l'objectif de cette initiative est de réduire de moitié les décès dus au paludisme d'ici 2010. Exxon Mobil contribue à la prévention du paludisme à travers la sensibilisation des communautés comme l'illustre la figure 18 ci-dessous.



Figure 17 : Une séance de sensibilisation communautaire sur le paludisme

D'autres énonciateurs dans la catégorie *discours des autres acteurs non techniques* : sont des compagnies commerciales qui produisent des dispositifs de lutte contre les moustiques (insecticides, fumigènes, etc.) et les écoulent auprès des camerounais à grands renfort de publicité.

S'agissant des modalités d'énonciation de ces discours, ils font usage des prédicats épistémiques qu'ils empruntent aux discours de santé publique dans ce domaine. Pour la médiation entre les énonciateurs et les destinataires, il ne s'agit pas véritablement d'une expertise dans la prévention de la maladie, mais beaucoup plus de l'utilisation de l'image de marque de l'énonciateur pour faire un effet sur le destinataire.

Les fonctions illocutoires sont les plus proéminentes dans ces types de discours car ils servent à faire prendre conscience et à mener les actions sollicitées pour la prévention du paludisme.

Il est important de noter aussi qu'un des énonciateurs clef des discours dans la lutte contre le paludisme, de façon générale, est l'homme de la rue. Les discours qu'il tient sur la maladie relèvent, en principe, du sens commun, mais, sont bien souvent largement inspirés des représentations scientifiques sur la maladie. Or, il se trouve qu'il est aussi ciblé dans cette lutte comme destinataire des différents discours.

Ainsi se présentent les caractéristiques générales des discours sur le paludisme au Cameroun. Il reste toutefois à noter que les différents discours sur cette maladie se prêtent peu à des discussions entre les différents acteurs sociaux ; ils s'inscrivent dans une sorte de consensus empêchant leur multiplication rapide.

- Quasi-absence de discours pluriels sur le paludisme dans l'espace public camerounais

Par *discours pluriels*, nous entendons des discours qui traduisent des opinions divergentes sur un sujet donné. Le constat qui se dégage de notre examen des discours sur le paludisme au Cameroun montre, certes, une variété de discours dans le sens où ils abordent divers thématiques liés à la lutte contre cette maladie, notamment :

- La présentation du paludisme comme un problème de santé publique ;
- Les stratégies à déployer pour la contenir ;
- Le financement des dispositifs de lutte ;
- etc.).

Au demeurant, cette diversité thématique est rapidement rattrapée par un consensus entre les différents énonciateurs dans leur extériorisation. En clair, il n'y a pas pluralité de discours sur le paludisme. Il semble se dégager de notre investigation une telle neutralisation des opinions des énonciateurs dans l'espace public camerounais que ces discours charrient une rationalité consensuelle sur cette maladie. Ainsi, l'unanimité est faite sur le moustique comme agent vecteur du paludisme, sur la lutte contre cet agent ou la protection contre ses piqûres comme la clef de voute de la prévention primaire du paludisme. A cela s'ajoute la prise des antipaludéens recommandés, et à temps pour la prévention secondaire et tertiaire puis le souhait de voir les chercheurs trouver un vaccin contre cette endémie.

Pour tenter de comprendre cet état de choses, peut-être est-il important de préciser à la suite de J. Habermas (1987) que l'espace public est la sphère intermédiaire entre la société civile et l'État. C'est le lieu, accessible à tous les citoyens, où un public s'assemble pour formuler une opinion publique. Il s'agit d'un espace symbolique où s'opposent et se répondent les discours, la plupart contradictoires, tenus par les différents acteurs politiques, sociaux, religieux, culturels, intellectuels, composant une société. L'existence d'un tel espace suppose des individus plus ou moins autonomes, capables de se faire leurs opinions, non aliénés aux discours dominants, croyant aux idées et à la force de l'argumentation.

Or que remarque-t-on pour les discours sur l'endémie palustre au Cameroun en général ? Depuis les conjectures qui ont conduit, au 19^e siècle, à l'invalidation de la théorie des miasmes morbides pour expliquer la survenue des accès palustres puis à la validation de la thèse de la transmission du paludisme à l'homme par l'anophèle femelle, l'unanimité s'est faite sur la construction des discours non contradictoires sur le paludisme et sur les moyens de lutte contre cette maladie. Ces discours sont généralement inspirés des rapports

techniques de l'OMS, structure internationale responsable de la santé publique mondiale. A. Same-Ekobo en résume la quintessence en précisant les stratégies utilisées en Afrique, en général, et au Cameroun, en particulier, pour tenter d'endiguer le fléau paludique en ces termes :

« Les priorités africaines en matière du paludisme se fondent sur la bonne utilisation des médicaments antipaludiques, la lutte contre les moustiques à l'échelle familiale, notamment avec la moustiquaire imprégnée, moyen sur lequel on insiste pas suffisamment. Le vaccin ne sera pas en effet prêt à moyen terme, et il ne sera guère à la portée de tous, ipso facto, après sa mise au point. De plus, l'assainissement de l'environnement implique des mesures de drainage et d'urbanisation qui s'avèrent hors de portée des pays impaludés à cause de leurs contraintes économiques ». (1997 : 27)

Les discours sur la maladie pendant la période qui nous intéresse suit globalement cette structuration. Il s'agit des discours standards qui n'appellent pas d'opposition d'opinions ; ils sont complémentaires les uns des autres et tendent à mettre en prime les thèses présentées dans cette affirmation. Une amorce de débat a eu cours, au début de la décennie 90, sur la possibilité de transmission du VIH à l'homme par le vecteur du paludisme, mais, il s'est vite estompé avec l'explication donnée par les spécialistes sur l'impossibilité du virus de survivre dans les glandes salivaires du moustique.

De cette absence de débats sur le paludisme de manière générale dans la société camerounaise, découle un autre constat inspiré par l'approche quantitative de l'analyse de ces discours. En effet, les journaux qui devaient, le cas échéant, être le lieu indiqué d'expression des opinions (pas consensuelles) des différents acteurs sociaux sur ce fléau ne sont pas particulièrement servis par des articles sur le paludisme. En dehors des périodes de célébration des journées africaines et des journées mondiales du paludisme, seuls des événements majeurs dans la lutte contre cette maladie ont généralement provoqué un foisonnement de discours sur le paludisme dans les journaux. Il s'agit notamment :

- Des rencontres internationales comme c'était le cas en 2005, avec la tenue de la réunion des partenaires multilatéraux dans la lutte contre cette maladie organisée du 18 au 19 novembre 2005 à Yaoundé et qui s'est achevée par le lancement de l'appel de Yaoundé (Cf. annexe 8) ;
- De campagnes de distribution gratuite de moustiquaires imprégnées ;
- Du lancement des traitements à base d'artémisinine (ACT) pour faire face à la résistance du *plasmodium falciparum* aux antipaludéens courants, notamment chez les femmes enceintes ;
- De la signature de conventions entre le gouvernement camerounais et ses partenaires pour la lutte contre le paludisme, et ;
- De la découverte de vaccin contre le paludisme.

Mais, une fois de plus, ces discours ont gardé un ton unique et n'ont pas toujours laissé la place à des débats.

En substance, nous retenons que le discours sur le paludisme au Cameroun comporte des déclarations des acteurs internationaux et celles des acteurs nationaux qui interviennent dans cette lutte dans le pays. Les acteurs internationaux sont constitués des experts techniques orientant la lutte contre cette endémie dans le monde et des partenaires financiers de la coopération bi et multilatérale finançant cette lutte. Au niveau national, les acteurs se répartissent entre les experts techniques (Ministère de la santé publique et ses

partenaires internationaux et nationaux intervenant aux niveaux stratégique, intermédiaire et opérationnel ; ainsi que les praticiens de la médecine traditionnelle) et les autres acteurs à l'expertise technique non avérée dans la lutte contre le paludisme. A l'instar des partenaires, les discours sur le paludisme sont nombreux, mais ils semblent participer d'une convergence d'opinions qui justifie que l'espace public médiatique camerounais ne foisonne pas de débats sur le paludisme.

En prenant en compte exclusivement le corpus d'analyse que nous avons retenu, nous voulons maintenant chercher à comprendre, à travers les différents discours sur cette maladie au Cameroun, ce qui explique la récurrence des accès palustres dans le pays et pourquoi le paludisme est, au fil des ans, la première cause de mortalité au Cameroun.

Chapitre 8 Analyse des discours et prévention du paludisme au Cameroun

Dans le chapitre précédent, nous adossant sur l'espace médiatique comme le miroir à reflet conforme des échanges discursifs sur le paludisme au Cameroun, nous avons identifié un corpus constitué des articles dont l'exploitation nous donnera une idée exacte de la prévention du paludisme au Cameroun. L'analyse des déclarations et pratiques des différents acteurs en situation permettra de comprendre pourquoi cette pathologie reste constamment dangereuse au Cameroun. Aussi notre analyse va-t-elle s'organiser autour des discours en rapport avec les trois types de prévention (primaire, secondaire et tertiaire), puis de la tentative d'identification et d'explication des enjeux autour de cette maladie au Cameroun. Au final, ces enjeux planent inéluctablement sur l'investissement des protagonistes dans le jeu qu'est la prévention du paludisme dans le pays.

I - Discours et prévention primaire du paludisme au Cameroun

L'exploitation de la presse camerounaise depuis les lendemains de la tenue de la conférence ministérielle d'Amsterdam sur le paludisme en octobre 1992 jusqu'à la fin de l'année 2008 montre que la prévention primaire de cette maladie dans le pays s'appuie sur les éléments spécifiques suivants :

- la mise en évidence de la gravité de la maladie et la nécessité de susciter la culture de la prémunition passant nécessairement par l'évitement des piqûres des moustiques (surtout la nuit), d'où l'incitation des populations à l'utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticide ;
- la recherche d'un vaccin efficace pour conjurer à tout jamais le mal, et ;
- la conjugaison des forces pour barrer la voie au paludisme.

A - Action urgente exigée et la moustiquaire comme la panacée pour vaincre la maladie

1. Statistiques

La gravité du paludisme au Cameroun apparaît d'emblée à la lecture de l'analyse d'un éditorialiste de *Cameroon tribune* dans la parution n° 7492/3781 du 6 novembre 2001, en page 10 de ce journal. Dans la rubrique *Vision* et sous l'intitulé à relents polémique *Malaria* :

¹¹⁴
prevention or cure ? ¹¹⁴, il rapproche le paludisme du Sida (autre maladie contemporaine qui fait son cortège de morts dans le pays) avec curieusement quelques égards pour cette dernière :

« No matter how recurrent and scary deaths caused by AIDS pandemic have become on the African continent, the killer syndrome has not supplanted malaria. »¹¹⁵

Pourtant, le discours médiatique reste quelque peu éluif sur le degré de gravité du paludisme dans le pays. Il met en scène des protagonistes tout attristés les uns que les autres, avec cependant des statistiques peu concordantes. Luc Angoula Nanga signe ainsi un article le 17 février 1994 annonçant que le paludisme tue près d'un million de personnes chaque année en Afrique et qu'il :

« ...gène considérablement les activités de production et menace les moyens d'existence de l'individu et de la famille ainsi que les projets de développement si une grande partie de la main d'œuvre est malade ». (Cameroon tribune, n° 5537, p. 3)

Quelques mois plus tard, le 3 juillet 1997, le Représentant de l'OMS au Cameroun, Dr Guy Imboua-Bogui, peint une situation plus triste encore. Il déclare alors, à l'ouverture d'un atelier sur les tests d'efficacité thérapeutique à la lutte antipaludique que :

« Le paludisme fait 2,4 millions de victimes chaque année en Afrique. Les enfants de moins de 5 ans représentant un million de décès. » (Cameroon tribune, n° 6382, p. 10).

Le 2 avril 1997 déjà, le Ministre de la santé publique, Pr. Titus Edzoa, fait sa propre évaluation de l'ampleur de cette maladie au Cameroun à l'ouverture d'un atelier inter pays de formation des formateurs sur la prise en charge des formes graves de paludisme. Selon lui, la situation épidémiologique de cette maladie au Cameroun se présente comme suit :

« 800 000 cas cliniques par an ; 40 à 45% des consultations ; 25 à 30% du total des hospitalisations et 30% du total des décès dans les formations sanitaires [...] Les formes graves de paludisme font le lit d'une mortalité élevée parmi les enfants de 0 à 5 ans. » (Cameroon tribune, n° 6321, p. 10)

Trois années plus tard, au cours du lancement de l'Initiative mondiale *Faire Reculer le Paludisme*, le Ministre de la santé publique (Un autre cette fois-ci), M. Laurent Eosso, s'est voulu encore plus exhaustif sur l'ampleur du paludisme dans le pays. Il déclare notamment que :

« Les statistiques médicales disponibles montrent que cette affection représente 38 à 45% de tous les motifs de consultations, 22 à 23% de toutes les hospitalisations, environ 40% des décès survenus chez les enfants de moins de 5 ans, 26% des arrêts de travail pour cause de maladie. Les mêmes données indiquent que 10 millions de cas touchent les hommes, les femmes et les enfants chaque année dans le pays. De plus, les ménages consacrent près de 40% de leur budget pour les soins liés au paludisme. » (Cameroon tribune, n° 7151/3440, p. 7).

¹¹⁴ Paludisme : Prévention ou guérison ?

¹¹⁵ *En dépit de la récurrence et de la peur du fait des morts causées par la pandémie du Sida dans le continent africain, le syndrome mortel n'a pas encore supplanté le paludisme.*

La Nouvelle Expression, dans sa parution du 20 avril 2006 relate une rencontre du Secrétaire permanent du Programme national de lutte contre le paludisme avec la presse à l'occasion du lancement de la semaine commémorative de la 6^e journée africaine du paludisme. Cathy Corinne Koum qui signe l'article donne des précisions sur l'incidence de la maladie au Cameroun en ces autres termes :

«...le paludisme demeure l'un des problèmes majeurs de santé publique au Cameroun avec 45 à 50% des consultations médicales, 35 à 40% de la mortalité infantile, 50% de grossesses attendues perturbées (petit poids à la naissance, avortement, anémie). » (La Nouvelle Expression n° 1712, p 8).

Ces quelques énoncés sur la gravité du paludisme au Cameroun suggèrent un double commentaire : d'abord que la maladie serait restée au même niveau de gravité pendant plus d'une décennie, en dépit des efforts pour la maîtriser dans le même temps. Ensuite que la présentation des statistiques relatives à la maladie masque un déficit d'information sur le suivi réel de l'évolution de l'endémie dans le pays. Combien de Camerounais contractent-ils le paludisme chaque année dans le pays ? Quelle en est la répartition en fonction des différentes régions du pays ? Aucune voix ne semble être suffisamment autorisée pour le dire. Les déclarations des ministres de la santé publique et du responsable du programme national de lutte contre le paludisme n'apportent, hélas, pas de réponse exactes à ces questions fondamentales.

Dans un système sanitaire où l'information est bien gérée, l'on devrait pouvoir renseigner les variables qui présentent l'évolution de la maladie au fil des ans. Certes, des statistiques un peu plus osées pour l'année 2003 ont été rendues publiques lors de la célébration de la 5^e journée africaine du paludisme. Le Ministre de la santé publique, Urbain Olangena Awono a alors indiqué que 700.000 cas de paludisme avaient été enregistrés dans les hôpitaux du pays (*Cameroon tribune* n° 8337 /4536 du 26 avril 2004), mais, ces chiffres donnent bien l'impression d'être des projections à partir des statistiques passées. Il faut par conséquent noter que les statistiques sur le paludisme au Cameroun ne sont pas régulièrement mises à jour. Ceci pose naturellement le problème d'appréciation de la gravité de la maladie et des efforts des acteurs de lutte (gouvernement, populations, techniciens, etc.) pour y faire face, toute chose capable de servir de base à la conduite d'un plaidoyer fort aux fins de mobilisation des ressources auprès des partenaires extérieurs pour la lutte contre cette maladie dans le pays. Et de fait, cette lacune a été relevée par les parlementaires européens en visite de travail au Cameroun en 2007¹¹⁶ pour un appui à la lutte contre le paludisme. Dans l'article, au titre fort évocateur (*Plus de clarté dans les opérations !*), qui relate cette bévue, Irène Sidonie Ndjabun déclare notamment :

« ... Au cours de la conférence de presse organisée dans les installations de la CCAM, ils (les parlementaires) se sont dits perplexes à la lecture des statistiques officielles publiées sur la maladie. Des chiffres légèrement contradictoires, ont-ils souligné. » (La Nouvelle Expression n° 2060 du 7 juillet 2007, p. 7).

En dépit des remarques précédentes, des articles sur cette endémie dans les colonnes de la presse camerounaise pendant la période qui nous intéresse, il transparaît un discours imperturbable sur l'option de mettre le paludisme en pôle position des sujets majeurs de santé publique dans le pays et une volonté d'impulser une action urgente pour tenter de maîtriser la maladie. Discours sérieux dans la présentation de la maladie, mais aussi dans

¹¹⁶ Ils recherchaient des éléments forts pour mobiliser des fonds auprès des contribuables de leurs pays afin de financer quelques activités du programme national de lutte contre le paludisme.

l'indexation du moustique, et particulièrement de l'anophèle femelle, comme vecteur du mal. Cette précision du diagnostic du mal est largement partagée, sauf pour une épidémie de paludisme survenue dans la localité de *Djuttitsa* (province de l'Ouest-Cameroun) et que rapporte une dépêche de l'Agence Camnews publiée dans la parution de *Cameroon tribune* n° 2917 du 30 juin 1998. Gérard Choundon qui en est le signataire dresse le bilan de la consultation en ces termes :

« Le dispensaire de Djuttitsa n'a pas désempli depuis plusieurs mois ; chaque jour qui passe voit venir 20 à 30 nouveaux malades, tous âges confondus, sans pour autant que le rythme de guérison suive. [...] une femme de la région qui se passe pour sorcière a avoué que c'est elle qui était à l'origine de cette épidémie de paludisme et qu'elle était capable de jeter cette maladie à qui elle veut où que la personne se trouve. »

Et patatras ! Devrait-t-on s'exclamer à la lecture de cette dépêche proposant des éléments échappant à toute rationalité scientifique (ou en tout cas cartésienne) dans la transmission du paludisme. Pratique de sorcellerie ou piqure de moustique ? D'où émaneraient les accès palustres de Djuttitsa ou alors simplement le paludisme ? Dans la relation des faits, il y a, innocemment sans doute, trahison d'une appréhension orientée de la situation par les populations de cette contrée. L'insinuation « *Le dispensaire de Djuttitsa n'a pas désempli depuis plusieurs mois [...] sans pour autant que la guérison suive...* » montre clairement que les gens sont inquiets, qu'ils pensent bien à la sorcellerie, certainement intégrée dans leur mental, comme cause réelle (ou possible) de transmission et de maintien du paludisme dans le corps d'un individu.

La suite de la dépêche corrobore cette analyse qui nous dit que la sorcière a été chassée de Djuttitsa (afin sûrement de stopper l'épidémie !), et qu'aux dernières nouvelles, elle serait allée de village en village et serait pourchassée à chaque fois. Autre lumière qui jaillit de la dépêche : la sorcière déclare posséder la faculté de transmettre la maladie à *quiconque où que la personne se trouve*. Les populations de Djuttitsa et des villages voisins seraient probablement partisans de la thèse d'une transmission possible de la maladie à distance, à l'instar d'un sort. Cette dépêche traduit clairement l'émergence des représentations sociales dans le discours sur le paludisme. Nous l'avons utilisée pour comprendre les attitudes de certains acteurs sociaux dans la prévention primaire du paludisme ; elle devrait aussi intervenir dans les autres types de prévention de cette pathologie.

Cela étant, il est tout de même juste de dire que le discours au cœur de notre propos a, pour une grande part, une inclinaison scientifique qui identifie le moustique comme le vecteur du paludisme. Aussi s'tend-il sur la croisade que l'homme mène contre cet insecte, pour l'éliminer de l'environnement, dans le meilleur des cas, ou, minimalement empêcher qu'il ne continue de piquer l'être humain et de lui inoculer le plasmodium ou parasite du paludisme. Plusieurs moyens s'offrent pour ce dessein, notamment :

- l'assainissement de l'environnement pour détruire les gîtes larvaires des moustiques ;
- la guerre ouverte contre les moustiques ou la lutte antivectorielle, à travers la pulvérisation des insecticides dans l'environnement, et/ou dans les maisons d'habitation, aux fins de destruction de ces insectes nuisibles, et ;
- la protection des populations (et prioritairement celles identifiées comme les plus vulnérables, à savoir les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 mois) contre les piqures des moustiques à travers la promotion de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides.

Le troisième de ces moyens a été identifié en priorité par les pouvoirs publics camerounais comme celui à utiliser pour empêcher la contraction du paludisme par les populations (prévention primaire) dans le pays. Penchons-nous à présent sur les discours qui accompagnent le déploiement de la stratégie de lutte ciblant électivement ce dispositif de lutte dans la prévention du paludisme.

2. Moustiquaires imprégnées

Le choix de cette stratégie de lutte a été guidé, dès 1996 par les spécialistes de la maladie qui l'ont indiqué comme une stratégie présentant un meilleur rapport coût/efficacité dans la lutte contre le paludisme. Le paludologue Lucien Manga de l'OCEAC est formel à ce sujet :

« ...Les études ont montré que lorsque les moustiquaires sont utilisées dans l'ensemble d'une communauté, on arrive à réduire de 90% la transmission du paludisme, et par conséquent à réduire considérablement la morbidité et la mortalité attribuables au paludisme, en particulier chez le jeune enfant. » (Cameroon tribune n° 6222 du 7 novembre 1996, p 6).

Dans un article intitulé : *Paludisme : La prévention encore et toujours* (Cameroon tribune du 7 janvier 1999), le journaliste Luc Angoula Nanga remet au goût du jour un vieux slogan de l'administration coloniale en vogue sur le continent africain au début du 20^e siècle, à savoir : « *Dors sous ta moustiquaire !* ». Face à la torpeur actuelle de la recherche, à côté d'une bonne et précoce prise en charge des cas de paludisme, le journaliste présente la lutte antivectorielle comme la stratégie la mieux adaptée pour prévenir le paludisme en Afrique. « *La transmission de la maladie du moustique à l'homme ne s'opérant que la nuit, déclare-t-il, cette technique (l'utilisation de la moustiquaire imprégnée) a permis de réduire la mortalité infantile en Afrique de 15 à 33% ces dernières années, selon l'OMS* ».

La figure 18 est la traduction iconographique de ce discours dans ses moindres détails. Elle montre les cibles de la maladie sous la moustiquaire et une moustiquaire placée sur un lit de manière à ne pas faire passer les moustiques.



Figure 18 : Une traduction du discours de la prévention primaire du paludisme à travers la bonne utilisation de la moustiquaire imprégnée

Le discours médiatique sur la prévention du paludisme au Cameroun indique que l'utilisation de la moustiquaire imprégnée comme moyen de prédilection de la prévention de la maladie a été à nouveau stimulée depuis le sommet des pays africains menacés par la maladie à Abuja, en l'an 2000, pour faire reculer le paludisme en Afrique. Dans la relation de ce sommet, Ibrahim Karche cite le Directeur Général de l'OMS, en ces termes :

« La lutte contre le paludisme en Afrique augmenterait sensiblement la productivité économique du continent et le revenu des familles africaines [...] le PIB de l'Afrique sub-saharienne dépasserait aujourd'hui de 32% le niveau actuel, si on avait éliminé le paludisme il y a 35 ans ». (Cameroon tribune n° 7088 /3377 du 26 avril 2000, p. 23)

Il indique qu'au cours de ce sommet et en raison de ce diagnostic posé par cette sommité de la santé, il a été demandé aux pays africains de faciliter l'acquisition des moustiquaires imprégnées, notamment en diminuant les droits de douanes pour leur acquisition. Après ce sommet, le Cameroun a adopté un document normatif mettant du poids sur la vulgarisation de l'utilisation de ce dispositif de lutte.

« ... Faced with dilemma, the government, with its partners, elaborated a five-year national malaria strategic plan which was adopted in 2002. The plan which aimed at preventing, rather than striving to cure malaria, adopts insecticide treated mosquito nets as the way-forward. Its primary objective is to make 60 per cent of children under five and pregnant women sleep under the nets by 2006. » (Cameroon tribune n° 8459/4658 du 20 octobre 2005, p 16) (... Face au dilemme, le gouvernement et ses partenaires ont élaboré un plan stratégique quinquennal du paludisme qui était adopté en 2002. Le plan qui visait à prévenir plutôt qu'à s'investir dans le traitement du paludisme, a adopté les moustiquaires imprégnées comme la voie à suivre. Son principal objectif est de faire en sorte

que 60% des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes dorment sous moustiquaire d'ici 2006.)

Dans le cadre de la mise en œuvre de ce plan, les prix des moustiquaires imprégnées ont progressivement chuté. Mathieu Sa'a, dans une dépêche de l'agence Camnews dont le titre est : *Sud : Lancement officiel de campagne contre le paludisme* (Cameroon tribune n° 7013/3302 du 6 janvier 2000) annonce la grande moustiquaire imprégnée (pour un lit de trois places) à 15.000 francs CFA et sa ré-imprégnation à 500 francs CFA. Ces prix ont connu une baisse de 15.000 à 8.000 francs CFA, et en 2001, Olivier Lamissa Kaikai, dans l'article intitulé : *Vaincre le paludisme* (Cameroon tribune n° 7336/3625 du 25 avril 2001) se fait l'écho d'un responsable du Ministère de la santé publique qui annonce la subvention des prix de la moustiquaire imprégnée par le gouvernement, les faisant passer de 8000 francs CFA à 5000 francs CFA l'unité pour une grande moustiquaire (pour un lit de trois places).

Les années suivantes, le ministère de la santé publique va s'investir dans une vaste opération de distribution gratuite de moustiquaires imprégnées à l'occasion de la commémoration de la journée africaine du paludisme 2003 et dans les différentes provinces du pays. Les cibles de cette distribution à grande échelle ont été les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans. Le Chef de ce ministère et le Secrétaire d'Etat à la Santé en ont fait une priorité qu'ils présentent comme une représentation de l'attention accrue du gouvernement pour la santé des populations. Ils en profiteront pour sensibiliser les populations sur la bonne utilisation de ce dispositif pour lutter contre le paludisme.

Dans la province du Sud, Urbain Olanguena Awono, le Ministre de la santé publique a baptisé la cérémonie de distribution des moustiquaires imprégnées *Opération coup de poing contre le paludisme*. Selon lui :

« ...Pour un bon épanouissement de la femme enceinte, la nouvelle stratégie de lutte contre le paludisme passe par l'utilisation de la moustiquaire imprégnée. En protégeant la future maman contre la piqure des moustiques, les responsables du ministère de la santé publique visent la réduction des accès palustres. C'est la raison pour laquelle, depuis le mois d'avril 2003, la distribution de la moustiquaire imprégnée est gratuite pour les femmes enceintes. Toutefois, les enfants et les hommes ne sont pas négligés dans cette campagne nationale de lutte contre le paludisme. Le gouvernement fait la promotion des moustiquaires imprégnées à un prix subventionné de 5000 francs CFA ». (Cameroon tribune n° 7878/4167 du 2 juillet 2003, p. 9).

Après la campagne de distribution gratuite des moustiquaires imprégnées aux femmes enceintes, l'année d'après, les enfants de moins de 5 ans ont été ciblés pendant la 4^e journée africaine du paludisme. Cette vaste distribution des moustiquaires imprégnées aux femmes enceintes et aux enfants de moins de 5 ans s'est déroulée avec un appui financier substantiel des fonds PPTE. En voici quelques statistiques :

« ...Près de 500.000 moustiquaires imprégnées ont été distribuées aux femmes enceintes depuis 2003 sur financement PPTE. 1.137.000 moustiquaires sont en cours de distribution gratuite aux enfants de moins de 5 ans depuis avril (2006) sur financement du Fonds mondial. » (La Nouvelle Expression n° 1712 du 20 avril 2006, p. 8).

A cela, il convient d'ajouter les 22.300 moustiquaires imprégnées offertes par le gouvernement japonais ¹¹⁷(Cameroon tribune n° 8337/4536 du 26 avril 2005). D'autres partenaires se sont associés au ministère de la santé publique, soit pour la distribution gratuite de ce dispositif de prévention du paludisme aux populations camerounaises, soit pour favoriser son acquisition à des prix plus bas. En 2007, la société Exxon Mobil a par exemple lancé une vaste opération de vente de 50.000 moustiquaires imprégnées à 1500 francs CFA, l'unité (au lieu de 3500 francs CFA) dans les stations services de vente de carburant et dans quelques pharmacies des villes de Yaoundé et Douala (*La Nouvelle Expression* n° 1899 du 16 janvier 2007).

La distribution des moustiquaires imprégnées s'est poursuivie jusqu'au delà de notre période d'étude. Depuis 2006, ce dispositif de lutte est remis aux ménages comportant au moins un enfant de moins de 5 ans. Un total de 219.500 moustiquaires durablement imprégnées (MDI) ont, par exemple, été distribuées du 18 au 23 novembre 2008 dans la province de l'Ouest. A cette occasion, Alfred Mvogo rapporte les propos du Secrétaire d'Etat à la Santé en ces termes :

« ...Revenant sur le choix de la province de l'Ouest pour le lancement de la campagne 2008, il s'agit, selon Alim Hayatou, du respect de l'engagement du Président Paul Biya à faire reculer le paludisme. » (Cameroon tribune n° 9230/5429 du 20 novembre 2008, p. 11).

Des déclarations à relents politiques comme celle-ci sont apparues à plusieurs reprises lors des campagnes publiques de distribution de ces dispositifs de lutte depuis 2003. Elles sont généralement faites par les membres du gouvernement et participent de la construction progressive et du renforcement de l'ego bienfaiteur du Chef de l'Etat auprès des populations.

es femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans ont donc largement été servis en moustiquaires imprégnées entre 2003 et 2008. Ce dispositif de lutte a-t-il pour autant pu les mettre à l'abri du paludisme ? Il est permis d'en douter. *Cameroon tribune* n° 8459/4658

¹¹⁸ du 20 octobre 2005, dans l'article dont le titre est : *Malaria: Still a major killer*, publié en page 16, révèle que seulement 0,2% d'enfants camerounais de moins de 5 ans et 0,8% de femmes enceintes ont accès à ce dispositif de lutte. Ces statistiques, dont les sources n'ont pas été indiquées dans l'article, sont très faibles et certainement discutables. Trois années plus tard, *La Nouvelle Expression* revient sur le bilan de la campagne de distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticides et dénonce ce qu'elle nomme *La bataille des statistiques* dans sa parution n° 2188 du 20 mars 2008 en page 10. On peut y lire :

« Les sources officielles font état de moins de 50% de femmes non couvertes par les MII (moustiquaires imprégnées d'insecticides), d'autres estiment que ces statistiques sont sous-évaluées et oscillent entre 60% et 70% de femmes enceintes et d'enfants de moins de 5 ans qui sont privés de cet équipement de prévention subventionné par les bailleurs de fonds. »

Cette bataille de statistiques traduit le manque de rigueur tant dans la planification que dans le suivi et la coordination des interventions des différents acteurs dans la mise en œuvre de cette stratégie de prévention de la maladie dans le pays. Certes, l'objectif fixé au début de la campagne de distribution des MII était qu'à la fin de l'année 2006, une moyenne de 60% de femmes et d'enfants de 5 ans dorment sous MII, mais tous les éléments permettant une bonne collecte des données sur le terrain et, à terme, une évaluation sereine de la

¹¹⁷ Il s'est agi pour ce cas des moustiquaires imprégnées longue durée, c'est-à-dire pour plus de 6 mois.

¹¹⁸ Paludisme : Encore un grand tueur.

campagne n'avaient été ni techniquement bien identifiés, ni suffisamment vulgarisés dans les médias. A côté de ces remarques relatives au suivi et à l'évaluation de la campagne, la presse camerounaise a noté que la mise en œuvre de cette stratégie de prévention du paludisme fait face à quelques entraves. Dans *Cameroon tribune* n° 8459/4658 du 20 octobre 2005 que nous venons de citer, Alain Tchokounté y voit un problème de mœurs. Dans l'article dont le titre est : *D'autres formes de résistance* et qui est publié aussi à la page 16, il note notamment :

« ...Pour beaucoup, la moustiquaire imprégnée n'est pas encore entrée dans les mœurs et ce, malgré les campagnes de prévention et les dons gratuits initiés çà et là par le gouvernement. [...] Même les femmes enceintes qui sont les plus interpellées par cette utilisation s'en débarrassent une fois la grossesse terminée. »

A cela, il convient d'ajouter des pratiques peu orthodoxes de certains acteurs de la lutte. A Maroua, en juin 2006, certaines colonnes de journaux font état de moustiquaires gracieusement acquises qui auraient changé de main juste après l'opération. En voici un extrait :

«...Mais, chose curieuse, la distribution des moustiquaires s'effectue également dans des chefferies de quartier. Conséquence, les moustiquaires distribuées se retrouvent au marché noir, au prix variant entre 1000 francs et 2000 francs CFA. » (La nouvelle Expression n° 1761 du 30 juin 2006, p 9).

Les autorités sanitaires du pays ne seraient, au demeurant, pas ignorantes de telles pratiques dont la province de l'Extrême-Nord n'est probablement pas le creuset exclusif. C'est sûrement ce qui justifie la mise en garde faite par Alim Hayatou, le Secrétaire d'Etat à la santé, le 19 septembre 2003 à Bertoua, dans le discours du lancement de la campagne de distribution des moustiquaires imprégnées dans la province de l'Est en ces termes :

« ... Que les collaborateurs des services extérieurs ne détournent pas ce matériel... » (Cameroon tribune n° 7935/4224 du 22 septembre 2003, p. 11).

De même, lors de la commémoration de la 3^e journée africaine de lutte contre le paludisme, Irene Morikang a ainsi rapporté la menace du Ministre de la santé publique :

« The Minister enjoined health personnel to properly manage the distribution process: they (mosquito nets) are meant for pregnant women and should be given to them. They should not be misdirected elsewhere. » (Cameroon tribune n° 7835/4124 du 28 avril 2003, p.7). (Le Ministre a instruit le personnel de santé de bien gérer le processus de distribution : Elles (moustiquaires) sont destinées aux femmes enceintes et ne devraient pas se retrouver ailleurs.)

La moustiquaire imprégnée d'insecticides, dispositif au cœur de la stratégie de prévention primaire du paludisme par la protection des individus contre les piqûres des moustiques est prise dans un double étau économique au Cameroun. D'un côté, son acquisition est soumise aux avatars de la loi de l'offre et de la demande d'un produit qui n'est pas fabriqué dans le pays. Elle est par ailleurs victime des problèmes liés à la passation des marchés aux entreprises chargées de les approvisionner et des stocks disponibles sur le terrain qui sont souvent frauduleusement vendus par des agents à la moralité douteuse. Et de fait, l'importation des moustiquaires pour les campagnes ci-dessus décrites a été par moments au cœur de controverses. Tout ceci est couplé aux difficultés réelles d'adoption de ce mode de prévention de la maladie et est préjudiciable au déploiement efficace de la stratégie. Les extraits de journaux ci-après sont assez éloquentes à ce sujet :

« ...Mathurin Kamanké, homme d'affaire proche du Ministre de la santé publique, Urbain Olanguena Awono, avait décroché le marché, notamment dans sa partie importation des moustiquaires imprégnées. Mais, problème : la livraison attendue, il y a neuf mois, n'a plus eu lieu comme prévu, ce qui a provoqué moult reports de la date de lancement de ladite campagne... » (La nouvelle Expression n° 1146 du 4 août 2003, p. 2). « S'il est vrai qu'il existe une volonté politique qui concerne la distribution des moustiquaires imprégnées aux femmes enceintes et enfants de moins de cinq ans, l'effectivité n'est pas vérifiable sur le terrain. En outre, ce matériel est disponible dans le commerce à des prix, pas toujours à la portée des bourses (en moyenne 3500 francs CFA [...]) Pour une raison ou une autre, les gens n'achètent pas les moustiquaires imprégnées. Certains en possèdent, mais les rangent soigneusement dans des placards... » (Cameroon tribune n° 9089/5288 du 29 avril 2008, p 11). «... Sur 1408 malades reçus en consultation au centre médical de cet arrondissement (Ngomedzap) en 2007, (un total de) 222 enfants de moins de 5 ans souffraient de paludisme. [...] Devant l'ampleur du mal qui s'enracine, la population souhaite la remise en place du programme de nivaquinisation des années 80 qui avait fait reculer le paludisme dans le Nyong et So'o. » (Cameroon tribune n° 9074/5273 du 8 avril 2008, p 28). « When there is proof of individuals selling nets meant to be distributed free to the target population, health authorities say investigations are carried out and those concerned are penalized. » (Cameroon tribune n° 8768/4967 du 16 février 2007, p. 9). (Lorsqu'il est établi que des individus vendent des moustiquaires destinées à être distribuées gratuitement aux populations cibles, des enquêtes sont menées et les coupables punis.)

Après ces développements, la moustiquaire imprégnée d'insecticides est-elle vraiment la panacée contre la survenue des cas d'accès palustres ? Certainement pas ! Au vu des contraintes inhérentes à sa bonne utilisation, les chercheurs et le personnel de santé ont, depuis très longtemps, caressé l'espoir d'avoir une meilleure solution pour prévenir la survenue du paludisme chez l'homme. Dans un environnement géographique où le moustique trouve des facilités de prolifération, la solution d'un vaccin s'est offerte. Plusieurs candidats vaccins ont, à ce jour, défrayé la chronique, se buttant à chaque fois au niveau d'efficacité bas pour leur adoption comme le vaccin tant recherché. Le discours sur le paludisme en a fixé quelques moments historiques dans la presse camerounaise. Cameroon tribune n° 5715 du 3 novembre 1994 salut les prouesses des chercheurs dans ce domaine. Luc Angoula Nanga en fait un panorama dans l'article *Lutte contre le paludisme : un vaccin en expérimentation* dont voici un extrait :

« Face à cette maladie qui fait des victimes tout en menaçant le développement économique des Etats, le chercheur colombien Manuel Patarroyo veut être le bourreau du moustique, le sauveur de l'homme. Son SPF66 (non du candidat vaccin), qui subit actuellement des essais de la phase II en Tanzanie, a toutes les chances d'être un vaccin efficace permettant de prévenir le paludisme. »

L'expérimentation de ce vaccin dont la production était annoncée pour 1998, n'a pas connu un niveau d'efficacité intéressant. C'est aussi le cas de plusieurs autres candidats vaccins évoqués dans ce même article :

119

« ... D'autres préparations expérimentales sont en cours : EBA dont les essais pourraient commencer d'ici à la fin de l'année (1994) ; le SERA avec ses formes recombinées sur levures qui ont assuré une protection nette contre le paludisme ; le PFS25 qui fera bientôt l'objet d'essais aux Etats-Unis. Bref, on compte à l'heure actuelle 6 vaccins potentiels prometteurs. »

Le même journaliste, nous renseigne sur le vaccin du chercheur colombien, Manuel Elkin Patarroyo, six ans après, au cours d'une interview parue dans le n° 7075/3364 de *Cameroon tribune* du 6 avril 2000. L'on apprend alors que le vaccin du colombien (*SPF66 ou Colfavac, c'est-à-dire Columbian Falciparum Vaccine*) a mis à nu des intentions mercantiles d'une multinationale pharmaceutique occidentale qui a tenté, sans succès, de racheter le brevet d'invention du vaccin. Un montant de 68 millions de dollars, telle est l'offre d'achat du brevet que Manuel Elkin Patarroyo a décliné au motif que la recherche doit servir à sauver des vies et non à enrichir des individus. Il a offert ce brevet à l'OMS afin qu'elle le mette à la disposition des populations.

Pour autant, le vaccin contre le paludisme n'est pas encore disponible. Les recherches continuent et à chaque nouvelle avancée, l'on a le sentiment que très bientôt sonnera le glas de la contamination du paludisme. *Cameroon tribune* n° 8204/4493 du 18 octobre 2004 annonce la découverte du candidat-vaccin contre les formes graves de paludisme dont les essais seraient très encourageants au Mozambique. Il publie aussi les remarques suivantes, fort intéressantes, des experts français¹²⁰, sur l'investissement actuel pour trouver des solutions permettant de prévenir durablement la maladie :

« Tout en saluant ces résultats, la route reste longue et chaotique avant d'aboutir, vers 2010, au meilleur des cas, à un vaccin sûr, efficace et utilisable à grande échelle. »

Point de vue plutôt très optimiste, que bat en brèche Jocelyne Ndoutou-Moulioum dans l'article intitulé : *Lutte contre le paludisme : Petites avancées, grandes attentes* publié en page 11 de *Cameroon tribune* n° 9089/5288 du 29 avril 2008 en citant un autre expert, Dr. Leonardo Basco, de l'OCEAC :

«Une dizaine de vaccins expérimentaux sont actuellement en cours. Un ou deux doivent être finalisés car ils ont déjà été essayés en Tanzanie, mais les résultats restent mitigés. On n'a pas réussi à couvrir toute la population. [...] Il faudra encore attendre entre 10 et 20 ans pour avoir un vaccin suffisamment protecteur pour les populations. »

A ce niveau de l'examen du discours de presse sur le paludisme, il se dégage un inconfort dans la capacité des techniques et stratégies promues à prévenir la maladie au Cameroun. La propension des individus (notamment les plus vulnérables à la maladie^o à utiliser la MII n'est pas en rapport direct avec les efforts du gouvernement et des partenaires à mettre cet outil de lutte à la disposition des populations. L'environnement géographique et le comportement humain offrent autant d'opportunité au moustique de proliférer et de faire de plus en plus de victimes du paludisme. L'espoir de trouver un vaccin efficace qui mette fin au drame humain causé par cette maladie est encore à venir.

¹¹⁹ *Erythrocyte Based Antigen (Antigène de fixation à l'érythrocyte)*

¹²⁰ Philippe Van de Perre et Jean-Pierre Dedet de l'Université de Montpellier

Quelles critiques faire de la mise en œuvre de ces stratégies de prévention ? Qui blâmer ? Y a-t-il une alternative salubre permettant d'obtenir de meilleurs résultats contre ce fléau ?

Ces questions et bien d'autres ont amené les protagonistes de la lutte à questionner froidement les stratégies actuelles de prévention primaire de la maladie qui mettent un accent sur la protection contre les piqûres des moustiques et non sur l'extermination de la population de ces bestioles. Certes, une telle réflexion ramène la lutte contre le paludisme à ce qu'elle était dans les années 1950-1970 et à la problématique aujourd'hui éculée et caduque de l'éradication du paludisme par l'élimination des moustiques. Cela étant, la gestion de notre environnement tant rural qu'urbain est aujourd'hui telle que la prévention primaire du paludisme ne peut être convenablement assurée si elle continue d'être exclusivement l'affaire de la santé. Toute stratégie visant simplement l'évitement des piqûres des moustiques tout en restant indifférente à la prolifération de ces bestioles ne peut être concluante sur le long terme. Le sommet des pays l'avait clairement pressenti, qui avait prescrit une approche multisectorielle pour espérer voir reculer le paludisme.

B - Conjugaison des forces pour barrer la voie au paludisme

A l'occasion de la célébration de la toute première journée africaine du paludisme instituée au sommet d'Abuja en 2001, Irene Morikang, dans l'article *Africa united to stamp out*

¹²¹
malaria imaginait une stratégie de prévention visant à se prémunir contre les piqûres de moustiques, mais aussi à s'attaquer à cet insecte par qui le mal transite. Elle affirmait alors :

« ... The population can curb the effects of malaria by respecting some basic hygienic rules. It is important to break the transmission chain. This can be done by destroying the nests of anopheles mosquitoes. They breed in rubbish and stagnant water. Windows can also be veiled with mosquito nets, while the use of mosquito nets is a plus. » (Cameroon tribune n° 7336/3625 du 25 avril 2001) (... la population peut juguler les effets du paludisme en respectant quelques règles élémentaires d'hygiène. Il est important de briser la chaîne de transmission. Ceci peut être fait à travers la destruction des gîtes des moustiques anophèles. Ils pondent leurs œufs dans les eaux stagnantes. Les fenêtres peuvent être voilées avec des grilles anti-moustiques, et représenter un plus si cette action s'accompagne de l'utilisation des moustiquaires.)

Serge Olivier Okole est de ce même avis dans l'article qu'il signe quatre ans plus tard dans les mêmes colonnes sous le titre fort révélateur : *Paludisme : la température monte toujours* (Cameroon tribune 8318/4517 du 30 mars 2005). Face aux problèmes que pose le paludisme dans les ménages, il pointe un doigt accusateur sur l'information et l'éducation des parents. Les gestes préventifs d'hygiène comme le nettoyage des alentours des habitations devraient, selon lui, être élémentaires, et par conséquent répétés, pour la destruction fréquente des nids des vecteurs du paludisme.

Ces gestes préventifs d'hygiène doivent être vulgarisés aux niveaux familial et communautaire afin que les populations apprennent à faire de leurs environnements immédiats, tant en milieu urbain qu'en milieu rural, des espaces de promotion de leur santé. En ce sens, *La Nouvelle Expression* n° 2058 du 5 septembre 2007 publie des pages vertes dans lesquelles elle indique que les chercheurs sont formels sur le fait que la déforestation encourage la conquête de l'espace par l'anophèle femelle, et par conséquent la propagation

¹²¹ L'Afrique unie pour éliminer le paludisme.

du paludisme. S'agissant de l'Afrique centrale dans laquelle se trouve le Cameroun, l'on peut lire :

« On comprend donc que l'on ne retrouve pas ces vecteurs (anophèles) dans la grande forêt primaire non dégradée, mais qu'ils puissent proliférer lorsque l'homme a supprimé le couvert forestier pour installer ses villages, ses plantations, ses voies de communications. [...] Les chercheurs ont constaté depuis longtemps que les pygmées d'Afrique centrale étaient peu atteints par le paludisme. »

Dans la même lancée, le numéro 1996 du 8 juin 2007 sonne l'alarme sur les dangers de certaines pratiques agricoles en milieu urbain, susceptibles d'accroître la prolifération des moustiques. Mais, la déforestation et l'agriculture qui impactent négativement la prévention du paludisme chez les individus ne peuvent pas être contrôlées par le seul ministère de la santé publique. De même, le financement des techniques de prévention sus-évoquées nécessite un appoint extérieur au secteur de la santé. L'Initiative mondiale Faire Reculer le Paludisme, lancée en 1998, visait à créer des conditions favorables à une conjugaison de forces des protagonistes de lutte pour combattre cette maladie. Lors du lancement de cette initiative au Cameroun, le ministre de la santé publique a précisé que son succès est conditionné par le « *développement d'un partenariat mondial, bilatéral, régional et national* » (Cameroon tribune 7151/3440 du 25 juillet 2000). Un tel partenariat existe-t-il au Cameroun pour la prévention primaire du paludisme ? Il est permis d'en douter.

Pour illustrer cette affirmation, notons que le début de la décennie 2000 a connue l'exécution d'une vaste campagne d'hygiène et de salubrité dans le pays, à l'instigation du Ministère de l'administration du territoire. Dans l'analyse intitulée *Salubrité publique, œuvre de salut public* publiée dans la rubrique Vision de *Cameroon tribune* n° 7087/3376 du 25 avril 2000, Waffo Mongo fait ainsi l'historique de cette opération :

« Les populations de Douala et de Yaoundé ont encore en mémoire les sinistres montagnes d'immondices, repères des rats et des chiens errants de ces deux villes qui narguaient les populations aux différents carrefours. Une situation d'autant plus péniblement vécue par les populations des deux plus grandes métropoles du pays qu'elle semblait participer d'une volonté délibérée de montrer l'incurie des pouvoirs publics face à l'envahissement de la cité par les ordures ménagères. Le contexte politique était alors caractérisé par la logique de confrontation entre le pouvoir et l'opposition. [...] le seul enjeu véritable, digne d'être pris en considération, est la promotion de la santé et d'un meilleur cadre de vie des populations dans un environnement sain. »

Elle a connu la participation de plusieurs acteurs sociaux et de plusieurs administrations publiques à travers le pays. Le 31 octobre 2000, le Ministre de l'administration territoriale a publié un communiqué intitulé *Campagne d'hygiène et de salubrité publiques* dont voici un extrait :

« ... Le Ministre de l'administration territoriale, tout en félicitant les Camerounais qui participent de manière positive à l'effort d'embellissement de nos villes et campagnes, tient à faire connaître à tous que la phase coercitive est d'ores et déjà engagée en même temps que se poursuivra la sensibilisation. » (Cameroon tribune 7217/3506 du 25 juillet 2000).

Ces discours médiatiques offrent l'opportunité de faire un double constat :

- D'abord que les campagnes d'hygiène et de salubrité ont été largement motivées par la volonté d'embellissement du milieu (surtout urbain) de vie. A cet égard, plusieurs administrations publiques se sont disputé le leadership de la gestion du milieu urbain. Waffo Mongo, dans la réflexion citée plus haut en rapport avec la salubrité publique, cite le Ministre de la Ville qui positionne son département ministériel dans cette lutte : «... loin d'être un verrou, le ministère de la ville¹²² apparaît comme un facilitateur au service d'une politique plus cohérente et plus harmonieuse devant concourir au bien-être des citoyens dans la cité » (Cameroon tribune 7087/3376 du 25 avril 2000). C'était à l'occasion de la remise officielle du matériel d'enlèvement des ordures ménagères dans les villes de Yaoundé et Douala à la société HYSACAM¹²³ ;
- Ensuite, qu'une activité comme l'enlèvement des ordures ménagères dans les villes peut être le lieu d'expression des joutes entre acteurs politiques dans le contexte de démocratie au Cameroun. (Cameroon tribune 7217/3506 du 25 juillet 2000). En effet, l'amoncellement des ordures ménagères dans les villes semble être un indicateur de la mauvaise gestion de deniers publics par les gouvernements des partis politiques au pouvoir. C'est, en tout cas la thèse que soutiennent les autres partis dit d' « opposition » aux partis au pouvoir.

Dès lors, il y a un grand risque de voir de telles campagnes intervenir seulement sporadiquement, mobiliser uniquement une partie des populations et se limiter aux endroits les plus visibles (centres urbains) pour des raisons inavouées de publicité. Dans tous les cas, elles ne contribueront ni à lutter contre la prolifération des moustiques dont les gîtes continueront à se développer dans les localités éloignées des centres urbains, ni à protéger les populations contre les piqûres des moustiques. Les autorités sanitaires du pays n'ont pas intégré ces campagnes dans la lutte contre le paludisme car dans les résultats présentés, il n'est pas ressorti clairement une évaluation de l'incidence de ces campagnes sur la prévention primaire de cette maladie. Les formations sanitaires n'ont, en tout cas, pas connu une baisse de fréquentation pour le soin des accès palustres répétés.

En somme, le discours sur la prévention primaire du paludisme au Cameroun de 1992 à 2008 montre que la maladie est demeurée un problème majeur de santé publique. Pour y faire face, le ministère de la santé publique et ses partenaires ont engagé le pays dans une vaste campagne d'acquisition et de distribution gratuite de MII. Mais, en raison de contraintes diverses, cette stratégie de prévention de la maladie n'a pas donné les résultats escomptés. La recherche d'un vaccin antipaludique a parallèlement continué, donnant par moments l'espoir d'apporter une solution durable à la prévention primaire du paludisme, mais il n'y a pas, à ce jour, de vaccin antipaludique à l'efficacité avérée. Ce discours identifie une synergie d'action des acteurs multisectoriels comme la solution durable à cette prévention. Qu'en est-il des autres types de prévention ?

II - Discours, prévention secondaire et prévention tertiaire du paludisme

L'on aurait pu parler simplement de la prévention du paludisme sans se soucier d'une quelconque gradation dans celle-ci (en termes de prévention primaire, secondaire ou tertiaire). Mais, l'homme et le paludisme sont dans des rapports complexes. En effet, la contraction de la maladie par un individu n'intervient pas une fois pour toute¹²⁴ ; l'homme qui fait un accès palustre peut totalement recouvrer sa santé si sa prise en charge permet

¹²⁴ A la différence du Sida par exemple, le paludisme est curable.

de maintenir la maladie au stade de paludisme simple. De même, un épisode de la maladie n'immunise pas l'individu des épisodes subséquents ; en effet, dans la zone tropicale, un individu fait annuellement plusieurs épisodes de paludisme. Par contre, si rien n'est fait, ou si la prise en charge n'est pas adéquate, le stade de paludisme grave peut être atteint, et dépassé éventuellement, entraînant la mort. Alors que la prévention primaire (et souvent la prévention secondaire) se fait généralement en dehors des formations sanitaires, la prévention tertiaire du paludisme est assurée uniquement en milieu hospitalier. Si la prévention primaire fait rarement appel à l'utilisation de médicaments¹²⁵, les autres types de prévention en font intervenir nécessairement.

Les discours sur ces types de prévention de la maladie dans la presse camerounaise ont, comme on peut s'en douter, traité de cette problématique, à l'intention du grand public. Ils se sont attardés sur les tribulations des acteurs sociaux pour maîtriser les accès palustres en utilisant des médicaments et sur les résistances qui surviennent nécessairement, dans un environnement où pour différentes raisons, des individus peuvent être amenés à ne pas respecter scrupuleusement les conditions du bon fonctionnement des médicaments antipaludiques.

A - Guerre du médicament

1. Monothérapie, multiplicité de molécules antipaludiques, automédication et résistance du plasmodium

A travers les colonnes de la presse camerounaise, il est loisible de voir que bien avant la période de notre étude, la prévention primaire du paludisme essuyait par moments des échecs et que l'absorption de certains médicaments permettait aux individus de soigner les accès palustres. La chloroquine était alors le médicament de référence à côté de bien d'autres antipaludéens. Dans la parution de *Cameroon tribune* n° 5733 du 29 novembre 1994, Louis D. Edzimbi signe l'article intitulé *Lutte contre le paludisme : l'espoir renaît* au sujet de la 17^e conférence technique de l'OCEAC. Il indique qu'au cours de celle-ci, les 1.100 participants ont appris que :

« De nouvelles molécules à actions curatives sont en cours d'évaluation et devraient bientôt venir enrichir l'arsenal thérapeutique à la disposition des médecins et infirmiers ».

Compte tenu de la multiplication des accès palustres au sein des populations, les médicaments antipaludiques sont les plus écoulés en pharmacie. C'est ce qui ressort de la confidence faite au reporter Martin Akuro Akwa par des vendeurs de 5 pharmacies de la ville de Douala qu'il cite dans son article *Mosquito : a constant nightmare* (*Moustique : un constant cauchemar*) en ces termes :

« All anti-malaria medicines which include maloxine, arsequiniforme, fansidar are best sellers in Douala chemists. [...] an average of ten tins of fansidar, maloxine, arsequiniforme and quinimax are sold daily. [...] Although it is good business, it is a great loss for the patients ». (Les médicaments antipaludiques comme maloxine, arsequinoforme, fansidar sont les plus vendus dans les pharmacies de Douala. [...] dix boîtes de fansidar, maloxine, arsequinoforme sont vendues en moyenne chaque jour. [...] Bien que ce soit une bonne affaire, cela représente une grande perte pour les malades).

¹²⁵ Sauf dans le cas de la prévention du paludisme chez la femme enceinte, notamment avec le traitement préventif intermittent (TPI).

Chacune de ces molécules est arrivée sur le marché camerounais de produits pharmaceutiques dans le but de supplanter la bonne vieille nivaquine ou chloroquine, sinon de lui arracher, tout au moins, une part du marché rendue fragile par la résistance croissante de cet antipaludéen de première intention pendant de nombreuses années. Dans la parution n° 853 du 20 août 2001 de *La nouvelle Expression*, Andrea Bosman du programme paludisme à l'OMS relève que la chimiorésistance est en passe de soustraire du marché africain des médicaments comme la chloroquine et la sulfadoxine pyriméthamine, moins chers et assez efficace contre des cas de paludisme jusqu'à un passé récent. Le tableau 18 ci-après montre le comportement de la chloroquine au Cameroun en 2002.

Provinces	Pourcentage de résistance (%)
Extrême-Nord	18
Nord	18
Adamaoua	25
Est	27
Nord-ouest	47
Sud-ouest	87
Littoral	67
Centre et Sud	38
Ouest	57

Tableau 19 : Distribution de la résistance à la chloroquine par province

Ces statistiques publiées par le ministère de la santé publique montrent que la chimiorésistance à cet antipaludique se situe en moyenne autour de 40%. Elle est néanmoins très prononcée dans les provinces du Sud-ouest, du Littoral et de l'Ouest où cette moyenne se situe autour de 60%. Une des raisons possibles de l'accentuation de la résistance dans ces zones serait la proximité de ces provinces du Nigeria, réputé être un grand fournisseur de médicaments illicites dans le continent. Les populations de ces provinces, pour une grande part, ont ainsi la facilité d'acheter des médicaments sur le marché libre sans assistance médicale et ne suivent pas toujours les posologies indiquées pour soigner leurs accès palustres. Sur un autre plan, il faut reconnaître que les pharmaciens ne sont pas innocents à ce phénomène de résistance du plasmodium aux antipaludéens courants. Voici ce qu'en dit Andrea Bosman, l'expert de l'OMS que nous venons de citer, dans les mêmes colonnes de ce journal :

« ...en Afrique, on a beaucoup de nouveaux médicaments qui sont déjà sur le marché, mais qui sont utilisés pour le moment de façon irrationnelle. C'est en partie lié aux privés, surtout dans les grands centres urbains. Les gens vont à la pharmacie, souvent même sans une prescription, sans diagnostic vraiment bien confirmé, et ils achètent les médicaments très chers qui ne sont pas indispensables. »

La chimiorésistance croissante au *plasmodium falciparum* et la persistance des accès palustres chez les patients ont amené le Ministère de la santé publique à décider de sortir la chloroquine du marché des antipaludéens au Cameroun en 2002. C'est ce qu'indique un haut responsable de ce département ministériel le 17 septembre 2002 à l'ouverture d'un cours d'orientation sur les nouvelles stratégies de lutte contre le paludisme (*Cameroon tribune* n° 7683/3972 du 17 septembre 2002, p. 21). Pour autant, les indications pratiques à suivre pour une bonne prise en charge des accès palustres ne sont pas claires ; pour preuve, cet extrait de l'entretien de Luc Angoula Nanga avec le Secrétaire permanent du programme national de lutte contre le paludisme sur l'attitude conseillée en cas d'attaque de la maladie (*Cameroon tribune* n° 7780/4046 du 5 février 2003, p.10) :

- « Quelle est, selon vous, la meilleure méthode de traitement à appliquer face au paludisme ?
- Le paludisme se manifeste à plusieurs stades. Pour des cas simples, qui présentent de la fièvre et des courbatures, par exemple, nous conseillons l'amodiaquine. C'est le nom scientifique du médicament qui remplace la chloroquine, retirée du marché. *L'amodiaquine se vend dans les pharmacies sous appellations commerciales. Des médicaments de deuxième intention existent ; ceux de troisième ligne également. »*

Il reste toutefois que les médicaments en général (et les antipaludiques avec) sont encore chers dans un environnement (pays pauvre) victime, lui aussi, du protectionnisme des firmes pharmaceutiques. Marguerite Etoa dans (*Cameroon tribune* n° 8259/4458 du 3 janvier 2005, p.15) explique :

« En novembre 2001, les pays pauvres présents au sommet de l'Organisation mondiale du commerce (OMC), avaient réclamé une révision des accords sur les droits de la propriété intellectuelle (ADPIC) leur permettant d'accéder plus facilement aux médicaments encore protégés par des brevets, et donc, plus chers. »

Mais, l'état de grâce a expiré en 2005. En dépit des subventions consenties par le gouvernement et ses partenaires (*Cameroon tribune* n° 8322/4521 du 5 avril 2005, p. 15 et *Cameroon tribune* n° 8447/4646 du 3 octobre 2005, p.15), le traitement du paludisme reste cher au Cameroun, obligeant souvent les populations à faire des pirouettes dont Serges Olivier Okolé nous donne une bonne peinture sous le titre *L'automédication se porte toujours bien* :

« Nivaquine-paracétamol. La recette miracle est connue de tous, même des plus jeunes. Une migraine accompagnée d'une sensation de froid, et le premier réflexe est d'y recourir. Au mieux, chez le vendeur ambulant du carrefour. Avec l'avantage que le prix y est généralement au rabais, lui aussi (10 francs le comprimé et 100 francs la plaquette de 12). Au besoin, le « docta »¹²⁶ y

ajoutera des « indo »¹²⁷ - gélules que les vendeurs proposent généralement pour compléter le traitement – au même prix. » (*Cameroon tribune* n° 8221/4420 du 10 novembre 2004, p.16)

Le phénomène de médicaments de la rue (moins cher certes, mais de qualité douteuse) s'est, depuis longtemps, installé dans le pays. Il a poussé les autorités sanitaires à engager

¹²⁶ Désignation familière de Docteur.

¹²⁷ Appellation familière du produit pharmaceutique « Indocite ».

une bataille contre la commercialisation de ces médicaments (souvent frelatés) et contre la manipulation des produits pharmaceutiques par des mains inexpertes (*Cameroon tribune* n° 8359/4558 du 31 mai 2005, p.6). Ce phénomène de médicaments de la rue serait entretenu par des réseaux et ferait concurrence aux circuits formels des pharmacies privées. C'est ce que nous révèle Alain Tchakounté qui publie dans la parution de *Cameroon tribune* n° 8361/4560 du 2 juin 2005 les morceaux choisis suivants en page 16 :

« L'approvisionnement en médicaments chez les acteurs du secteur informel se fait ainsi par diverses sources, sans aucun contrôle. Plusieurs d'entre eux ont des facilités. Ce qui crée une concurrence rude avec les pharmacies classiques. Il y a parfois des infirmiers et des responsables des centres de santé qui viennent solliciter nos médicaments » reconnaît MÉRIMÉE SIMO, alias Docteur Z. Pourtant, officiellement, le médicament est dangereux pour la santé. Mais, les vendeurs sont presque unanimes : « Nous avons les mêmes médicaments que les pharmacies. Par exemple les génériques, mais, ce sont les conditions de conservation qui sont précaires, et ça ne nous sert pas beaucoup ». Il ajoute : « nous demandons au gouvernement de construire des hangars où nous pouvons conserver nos médicaments, car une bonne partie de la population désœuvrée vient se ravitailler ici. »

Ce reporter nous apprend aussi que les médicaments vendus dans la rue sont souvent soit sous-dosés, soit dépourvus du principe actif. Il cite, dans ces mêmes colonnes, une étude réalisée par l'Institut de formation et de recherches démographiques (IFORD) qui indique que parmi les échantillons de comprimés pris dans ce genre de commerce, l'on s'est aperçu que pour ceux qui étaient censés contenir de la quinine, 10% contenaient des substances inconnues et 64% de la chloroquine. De même, sur 15 patients qui achetaient leurs médicaments dans la rue, 53% recevaient des produits contrefaits ou sous-dosés. Tout ceci concourt au constat que les médicaments de la rue ne sont pas à conseiller si l'on veut effectivement assurer la prévention secondaire du paludisme en résorbant précocement les accès palustres. En restant toujours dans les attitudes de certains Camerounais face aux effets de l'endémie palustre, on trouve dans le discours sur la prévention de nombreuses formes de prises en charge des crises de la maladie. Quelques unes d'entre elles sont présentées par Serges Olivier Okolé sous le label de *Traitements de choc* :

« Chaque mère a sa petite recette, chaque famille a son truc, depuis des générations. Maux de têtes, fièvre, courbatures, ...le diagnostic est vite fait. C'est un début de « palu ». La potion magique varie entre les écorces ou feuilles de manguier, une tisane brûlante, une décoction de feuilles de goyavier, ou un suppositoire traditionnel fait avec des feuilles diverses et du piment. Dans tous les cas, on y met tout, et le fameux bain de vapeur sous la couverture n'est pas l'ultime recours. Malheureusement, certaines de ces méthodes s'avèrent inefficaces, et c'est après une anémie sévère ou une série de convulsions de l'enfant qu'on ressent la nécessité de l'amener à l'hôpital. Au mieux, puisque dans bien des cas, il est trop tard. Ailleurs, dans les ménages plus « évolués », les méthodes tendent aussi à la modernité. Le cachet hebdomadaire de nivaquine ou d'un autre sel de quinine à chaque enfant et l'usage d'insecticide sont certaines des méthodes les plus courantes ». (*Cameroon tribune* n° 8080/4369 du 21 avril 2004, p.11).

Les méthodes de lutte ci-dessus décrites basent leurs fondements sur les représentations que les uns et les autres ont du paludisme ou sont souvent la perpétuation des us et coutumes séculaires identitaires au sein des groupes culturels donnés. Elles sont bien souvent en contradiction avec les méthodes de lutte officiellement vulgarisées par le programme national de lutte contre la maladie et ont un impact négatif sur la prévention secondaire du paludisme. En effet, des Camerounais de villes comme des campagnes continuent à mal prendre en charge les accès palustres, le *plasmodium falciparum* continue à résister à ces médicaments et les formations sanitaires continuent à accueillir les malades de paludisme.

2. Bithérapie comme nouvelle orientation thérapeutique contre les cas de paludisme simple

L'institution de la bithérapie au Cameroun comme parade contre les résistances aux antipaludéens administrés en monothérapie est présentée par la presse camerounaise comme l'application d'une décision de l'OMS. A l'origine, des antipaludéens très efficaces étaient fabriqués à partir de l'artémisinine, substance extraite d'une plante chinoise. *Cameroon tribune n° 8521/4720 du 24 janvier 2006* nous apprend en page 7 que l'OMS a demandé aux firmes pharmaceutiques de cesser de commercialiser des antipaludéens simplement à base d'artémisinine. Armand Essogo qui rapporte l'injonction de l'organisation faitière de la santé mondiale indique que depuis 2004, le Cameroun a adopté l'association artésunite (dérivée de l'artésinine) et l'amodiaquine (avec pour dérivée flavoquine, amoquine, camoquin...). Le vice président du comité national Roll back malaria, Pr. Same Ekobo anticipe sur les subventions du gouvernement et du Fonds mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme et sur l'organisation au niveau du programme national de lutte contre le paludisme pour relever les contraintes éventuelles de l'accessibilité géographique et financière des nouveaux antipaludéens, administrés en bithérapie, sur l'ensemble du territoire national. Ceci devrait, en principe, entraîner une meilleure gestion de la prévention secondaire de cette endémie dans le pays. Les mêmes causes produisant les mêmes effets, l'on va assister à un foisonnement du marché camerounais avec des combinaisons à base d'artémisinine.

Le 19 février 2007, le ministère de la santé publique a publié les prix à observer dans les structures sanitaires publiques pour ces combinaisons. Le traitement d'un accès palustre se situe autour de 600 francs CFA, même si les investigations des journalistes ne confirment pas un respect strict de ces dispositions sur le terrain. Dans un article au titre fort révélateur : *Traitement du paludisme : des prix variables malgré la gratuité*, Sidonie Ndjabum note la gratuité sous le couvert de la réduction des prix des médicaments antipaludéens annoncée en grande pompe par le ministre de la santé publique affiche ses limites. Il y a, en effet, une variation des prix d'un hôpital à un autre ; les prix des six combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine, homologués par le ministère de la santé publique sont différemment observés dans les formations sanitaires. Dans ce même article, l'on apprend que la réduction des prix opérée ne concerne que les antipaludéens pour le traitement des accès palustres simples. En cas de paludisme grave, la prise en charge coûte en moyenne 5.000 à 10.000 francs CFA par jour (*La Nouvelle Expression, n° 1988 du 29 mai 2007, p. 9*).

3. Traitement Préventif Intermittent chez les femmes enceintes

Il s'agit d'une technique médicamenteuse de prévention du paludisme primaire chez la femme enceinte, complémentaire de l'utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticides. Cette cible chez qui le paludisme peut être préjudiciable à la bonne évolution

de la grossesse doit agir sur un double plan, dans le cadre de la prévention primaire, pour se mettre à l'abri des problèmes causés par cette endémie :

- Elle doit éviter les piqûres de l'anophèle femelle en dormant tous les jours sous la moustiquaire imprégnée d'insecticides, et ;
- Elle doit fréquemment prendre un antipaludéen à titre prophylactique tout au long de sa période de gestation.

Le discours sur la prévention du paludisme au Cameroun de 1992 à 2008 indique que jusqu'en 2003, la chloroquine a été utilisée comme antipaludéen conseillée en prophylaxie chez la femme enceinte au Cameroun pour empêcher la transmission placentaire du paludisme à son fœtus. A la suite du niveau élevé de résistance du plasmodium à ce médicament et des épisodes répétés de paludisme chez cette cible, en janvier 2004, le ministère de la santé publique a retenu la combinaison sulfadoxine-péryméthamine comme médicament de remplacement de la chloroquine (*Cameroon tribune* n° 8459/4658 du 20 octobre 2005, p. 16).

B - Médecine traditionnelle

Notre intérêt pour les discours sur la prévention du paludisme dans la médecine traditionnelle à ce niveau de notre analyse est motivé par le fait que les éléments du discours y afférent relèvent beaucoup plus du traitement des accès palustres que de l'empêchement de leur survenue. Ils sont par conséquent à ranger dans la prévention secondaire ou tertiaire de la maladie et non dans la prévention primaire. La médecine traditionnelle serait utilisée par 80% des Camerounais et Pr Essamé Oyono, directeur de l'institut de recherches médicales et d'étude de plantes médicinales pense que :

« Les plantes médicinales peuvent fournir des remèdes de qualité, d'un coût raisonnable, abordable et accessible aux communautés les plus démunies. » (*Cameroon tribune* n° 8926/5125 du 4 septembre 2007, p. 9).

Cette forme de médecine comporte des techniques spécifiques pour diagnostiquer la maladie. Les discours identifiés dans le cadre de notre travail et se rapportant à la prévention du paludisme dans la médecine traditionnelle sont uniquement focalisés sur l'utilisation de plantes médicinales.

A ce propos, *La nouvelle Expression* n° 1897 du 12 janvier 2007 nous présente dans sa page 7, consacrée à la santé, sous l'intitulé *Paludisme : une plante magique pour combattre*

¹²⁸
le fléau le projet de culture d'*artemisia Annua*, une variété d'armoise en provenance de chine qui soigne le paludisme. Les feuilles de cette plante magique arrivent à maturité à 4 ou 5 mois, puis elles sont séchées comme du thé et prises sous forme d'infusions chaudes. Ce projet est piloté par l'ONG luxembourgeoise *Iwerliewen fir bedreete volleker* qui vulgarise la culture de cette plante. Le site choisi au Cameroun pour cette culture est le département de la Lékié, et plus précisément l'arrondissement de Sa'a, à une centaine de kilomètres de Yaoundé. Pierre Lutgen, l'un des promoteurs du projet en donne de plus amples explications :

« La tisane de cette plante, prise pendant 5 jours, fait guérir complètement de la malaria. Ceci se base sur des résultats à large échelle confirmés récemment par des médecins belges au Cameroun. »

¹²⁸ Plante utilisée dans la pharmacopée chinoise sous l'appellation de « qinghaosu »

Artemisia Annua serait exploitée par des firmes pharmaceutiques occidentales qui en extraient la substance nécessaire à la fabrication des antipaludéens commercialisés à grande échelle. Pierre Lutgen affirme que l'OMS recommande l'utilisation de cette plante tant en pharmacie qu'à l'état naturel ; Le but visé par la vulgarisation de la culture au Cameroun est, selon lui : « *de dire aux populations de ne plus être dépendantes de la médecine moderne* ».

Une autre expérience de l'utilisation de la médecine traditionnelle pour la prévention secondaire du paludisme au Cameroun nous vient de la région de l'Ouest. Flore Mouatcha, délégué départemental de la communication du département du Koung-Khi, s'appuie sur des informations de « *sources sanitaires* », selon elle, pour nous apprendre que près de la moitié de la population du département a souffert du paludisme en 2003. S'agissant de la situation de la prise en charge de ces cas de paludisme, voici ce qu'elle dit :

« Livré à lui-même et du fait des souches de résistance que son organisme développe, le malade du paludisme n'a pas trouvé le salut dans les médicaments dérivés de la quinine. Oublié des centres de décision, il ne sait pas ce que c'est que la moustiquaire imprégnée. La bithérapie reste encore un concept abstrait pour lui. Même si le fansidar, la maloxine ou les autres médicaments pharmaceutiques permettant de prévenir le mal chez la femme enceinte existent dans les établissements hospitaliers et pharmacies de la localité, le malade de paludisme a trouvé mieux de se retourner vers la médecine traditionnelle. » (Cameroon tribune n° 8086/4375 du 20 avril 2004, p. 12).

Et les patients semblent tirer une réelle satisfaction de ce choix thérapeutique. Flore Mouatcha rapporte ainsi leurs déclarations :

« Une décoction de feuilles de manguiers, de papayer, de corossolier est plus efficace, c'est plus sain et moins coûteux qu'une tablette de médicaments chimiques aux effets indésirables parfois redoutables, plus coûteux et au final, pas du tout efficaces ». (Cameroon tribune n° 8086/4375 du 20 avril 2004, p. 12).

Ce reportage ne donne pas de précision sur l'efficacité de ces traitements. Il soulève néanmoins deux problèmes fondamentaux : celui de l'effectivité de la couverture du territoire national par la moustiquaire imprégnée d'insecticides, et celui de la mise en pratique effective de la bithérapie dans le pays pour le traitement des cas de paludisme. A ce dernier problème se greffe un autre, celui de l'accessibilité financière des antipaludéens recommandés pour la prise en charge des accès palustres. En clair, les opérations de distribution gratuite de moustiquaires imprégnées organisées dans le pays ne seraient-elles pas simplement des écrans de fumée ou des fora de positionnement politique des autorités sanitaires du pays ? Mais, rien n'est moins sûr car ce reportage est fait au début de la vaste campagne dans le pays et l'on peut penser que la vulgarisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides n'avaient pas encore atteint le département du Koung-Khi, simplement parce que la région de l'Ouest n'était pas encore couverte par la campagne. Tout au long de la période qui nous intéresse, nous n'avons pas pu avoir des éléments nous permettant d'apporter des réponses tangibles à nos questionnements. Intéressons-nous à présent à l'appui extérieur au pays dans le cadre de cette prévention.

C - Appui extérieur pour la prévention du paludisme au Cameroun

La lutte contre le paludisme au Cameroun nécessite, comme on l'imagine, de grosses dépenses financières. Si le discours qui nous intéresse n'en indique ni la hauteur, ni les sources de financement pour la période avant 2000, il donne forces détails sur les

financements des campagnes de préventions de cette maladie à partir de l'année 2003. Les fonds issus de l'initiative Pays pauvres très endettés (PPTE) et les financements issus de l'OMS, notamment du Fonds mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme, en sont les principales sources. A cela s'ajoutent des appuis issus des coopérations bilatérales. Les extraits ci-après donnent davantage de précisions sur ces financements.

« ...moins de la moitié des 180 requêtes de financement présentées par les pays participant à ce conseil d'administration du fonds mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme ont eu une suite favorable. Ainsi, le Cameroun a décroché un financement d'environ 65 milliards de francs CFA. Cet argent servira aux programmes nationaux de lutte contre ces trois maladies, pour la période 2004-2009. » (Cameroon tribune n° 7953/4242 du 16 octobre 2003, p.11).

« Le Ministre de la santé publique, Urbain Olanguena Awono, vient de signer au nom du gouvernement, deux conventions de dons avec le Fonds mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme. La première concerne la composante VIH/Sida et représente un peu plus de deux milliards de F CFA. L'autre, plus importante, concerne la lutte contre le paludisme. Le montant de ce don ici avoisine les sept milliards de F. CFA. Au total donc, neuf milliards de F. CFA pour accélérer les programmes nationaux de lutte contre deux des plus gros casse-têtes du Cameroun. (Cameroon tribune n° 8591/4790 du 4 mai 2006, p.17).

Les appuis ne sont pas toujours financiers. C'est ce qui ressort de cet autre extrait rendant compte d'un coup de pouce asiatique au Cameroun dans le cadre de cette prévention :

« Face à cette menace, le Cameroun s'est engagé dans la lutte contre la maladie avec l'appui des partenaires nationaux et internationaux. Le traitement à la chloroquine a été supprimé. La bithérapie par les associations de médicaments à base d'artémisinine a été adoptée ainsi que le traitement préventif chez la femme enceinte. 170.000 moustiquaires imprégnées acquises sous fonds PPTE ont été distribuées. Et le gouvernement du Japon a mis à la disposition du Cameroun 22.300 moustiquaires imprégnées longue durée. » (Cameroon tribune n° 8337/4536 du 26 avril 2005, p.8).

Il convient, toutefois, de préciser que les discours analysés ne sont pas muets sur les problèmes liés à la recherche de ces financements ou à l'utilisation des fonds débloqués.

Ainsi par exemple, *La Nouvelle Expression* n° 2279 du 1^{er} août 2008 publie un dossier relatant les requêtes infructueuses du Cameroun aux financements du Fonds Mondial en 2007. A l'introduction de ce dossier, on peut y lire :

« Ces cinq dernières années ont été pour le programme national de lutte contre le paludisme une épreuve des plus coriaces. [...] La mauvaise utilisation des fonds alloués et les lenteurs dans la passation des marchés dévoilent les intentions des responsables qui ont dirigé le programme. »

Ces énoncés s'ajoutent à ceux relatant l'interpellation des responsables de la gestion de ce programme pendant la période indexée au cours de l'opération Épervier¹²⁹ (*Cameroon tribune* n° 9069/5268 du 1^{er} avril 2008 et *Cameroon tribune* n° 9070/5269 du 2 avril 2008)

¹²⁹ Il s'agit d'une opération de justice visant de hauts commis de l'Etat soupçonnés de détournement de deniers publics afin qu'ils répondent de leurs actes.

et tenteraient d'y associer, tout au moins en partie, les difficultés du programme à prévenir convenablement le paludisme chez les Camerounais.

En substance, les discours sur le paludisme au Cameroun de 1992 à 2008 nous apprennent que des financements sont mobilisés soit auprès du gouvernement camerounais, soit auprès de ces partenaires pour l'exécution du programme national qui en est responsable. Ils nous indiquent aussi que la transparence dans l'utilisation de ces fonds a été souvent mise à rude épreuve et qu'un arbitrage judiciaire est en cours pour déterminer les responsabilités dans un délit de distraction de deniers publics affectés à cette prévention. De façon générale, les discours examinés n'ont pas été très prolixes sur la prévention du paludisme au Cameroun dans la médecine traditionnelle. Il est à espérer que le projet de cadre légal d'exercice de la profession de tradi-praticiens au Cameroun, annoncé pendant la célébration de la 5^e journée africaine de la médecine traditionnelle (*Cameroon tribune n° 8926/5125 du 4 septembre 2007, p.9*) permette d'accroître la visibilité des actions dans ce domaine.

Que dire donc des discours sur la prévention secondaire et tertiaire du paludisme au Cameroun ?

D'abord, qu'ils sont importants sur la prévention secondaire et presque inexistantes pour la prévention tertiaire. En fait, autant ces discours nous donnent des détails sur le premier type de prévention, autant ils nous font deviner la seconde. Ils sont diserts sur les efforts du pays pour prendre en charge les cas de paludisme simple, mais presque muets sur l'investissement dans le milieu hospitalier (lieu exclusif de recours en cas de paludisme grave) pour éviter aux populations les morts de paludisme.

Ensuite, que pour la prévention secondaire de la maladie, la prise en charge des cas de paludisme a fait face à plusieurs séries de chimiorésistance du microbe responsable de la maladie. Les autorités sanitaires du pays ont ainsi été amenées à prescrire l'abandon des traitements de monothérapie (avec en prime l'utilisation de la bonne vieille nivaquine ou chloroquine) et l'adoption de la bithérapie (combinaison de l'artémisinine avec un autre dérivé de quinine). La prévention tertiaire du paludisme a continué d'être assurée par la quinine.

Si ces discours n'ont pas fait mention de la médecine traditionnelle dans la prévention primaire de la maladie, ils lui ont réservé une bonne place dans la prévention secondaire, notamment avec la présentation des expériences de production et d'utilisation de plantes médicinales pour soigner des crises de paludisme.

La mise en œuvre des différents types de prévention du paludisme évoqués ci-dessus ne peut durablement se faire avec les moyens exclusifs des Camerounais. Un appui de l'extérieur est incontournable. Le discours sur la prévention de cette maladie au Cameroun n'a pas éludé cet aspect du problème. Au vu de l'analyse ci-dessus des discours sur les différents types de prévention du paludisme au Cameroun, pouvons-nous tenter de cerner les réalités liées à la prévention de cette maladie dans l'environnement social camerounais ?

III - Discours et réalité dans la prévention du paludisme au Cameroun

A la lumière des investigations et des analyses ci-dessus, nous disposons d'assez d'éléments pour examiner les questionnements à la base de notre travail et présenter la réalité sociale dans la prévention du paludisme au Cameroun. En fait, les questionnements de départ se basent sur les faits d'observation, à savoir : l'inflation des consultations médicales du fait des accès palustres et la multiplicité des cas de paludisme grave qui font

de cette pathologie la première cause des décès dans le pays. Or, les seules armes dont nous disposons pour poser le diagnostic sont les discours, c'est-à-dire le langage en tant que véhicule de la psychologie et des pratiques des populations camerounaises exposées à ce fléau.

En d'autres termes, nous envisageons de voir, dans cette partie de notre travail, ce que les discours présentés sur cette pathologie, y compris ceux du sens commun, discours traités ou rapportés par la presse camerounaise, révèlent comme réalité liée au fait social qu'est la lutte contre le paludisme, de manière générale, et plus particulièrement, la prévention de cette pathologie. L'on pourrait, de prime abord, se sentir peu ou prou outillé pour poser un diagnostic pertinent dans ce domaine. Un argument de taille qui supporte cette thèse découle de ce que nous sommes dans le domaine de la santé publique et le langage, à lui tout seul, permettrait difficilement une exploration exhaustive de cette réalité. Seulement, en nous appuyant sur la sociologie bourdieusienne, notre tentative est légitimée par le fait qu'à travers le langage, l'on peut parfaitement décrypter les relations entre les différents acteurs impliqués dans la lutte contre cette pathologie, et s'en servir pour approcher la réalité recherchée. Cette sociologie nous apprend, en effet, que :

« La réalité du monde social ne repose ni sur les individus ni sur les groupes, mais sur les relations entretenues entre ses éléments. Ces structures relationnelles invisibles créent un monde d'objets sociaux qui n'est qu'apparence. Elles sont supposées opérer par la médiation des agents sociaux qui les ont intériorisées. » (P. Bourdieu in N. Bulle, 2002 : 232)

Nous allons nous en inspirer suffisamment pour tirer les déductions découlant de l'analyse que nous venons de faire sur ces discours dans l'espace médiatique camerounais. Comme nous l'avons vu à travers cette analyse, la lutte contre le paludisme au Cameroun délimite un champ mettant en situation plusieurs acteurs sociaux. Ceux-ci cohabitent avec des manières de penser, des attitudes et des pratiques ou, pour reprendre P. Bourdieu, des *habitus* qui contribuent à faire du paludisme la pathologie la plus répandue et la plus meurtrière dans le pays. Deux éléments fondamentaux décrivent clairement cette cohabitation : la violence symbolique et le jeu des acteurs dans la prévention du paludisme.

A - Violence symbolique dans la prévention du paludisme au Cameroun

Les acteurs sociaux impliqués dans la prévention de cette maladie n'ont pas le même rapport de force. La figure 16 ci-dessus intitulée *Arborescence montrant l'organisation des discours dans la prévention du paludisme au Cameroun* a tenté une organisation de ces acteurs en fonction de leurs discours dans la prévention du paludisme au Cameroun. Par leurs actions, il apparaît une différence de forces augurant des rapports dominants/dominés entre ceux-ci. Pour autant, cela n'est pas source de conflits ouverts entre ces acteurs ; bien au contraire, il y a quasi-unanimité des attitudes des uns et des autres dans le champ de la lutte ou adhésion de tous à l'ordre établi en méconnaissance totale des mécanismes arbitraires de fonctionnement. Les constats ci-après illustrent bien ces rapports de domination.

1. Prééminence du discours international

De façon générale, le discours international sur le paludisme met l'accent sur :

- l'utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticide chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans pour la prévention primaire, et ;

- la prise en charge précoce des antipaludéens pour la prévention secondaire et tertiaire.

Il s'appuie sur les représentations scientifiques de la maladie et fait peu mention des contraintes locales spécifiques susceptibles d'entraver la bonne mise en pratique de ces méthodes de prévention. Ces contraintes sont notamment :

- un environnement favorable à la prolifération des moustiques (disponibilité de l'eau, du soleil et souvent de la végétation) ;
- des conditions d'assainissement qui tolèrent encore la multiplication des gîtes larvaires des moustiques tant en milieu urbain qu'en milieu rural ;
- un habitat non normalisé, et souvent délabré, surtout en milieu rural, ne permettant pas de déployer des dispositions de barrière à la circulation des moustiques ;
- un environnement marqué par la pauvreté d'une grande frange de la population qui ne peut s'acheter des moustiquaires et autres dispositifs de barrière pour se protéger des piqûres des moustiques, et ;
- un système d'information sanitaire incapable de renseigner à tout moment sur la couverture nationale en moustiquaires imprégnées d'insecticides, ainsi que sur les statistiques du paludisme.

A l'observation, ces contraintes n'ont pas toutes le même poids : l'environnement climatique et physique du pays sont des données que l'on ne peut pas facilement modifier. L'environnement économique requiert du temps et des efforts si l'on veut modifier le profil actuel de pauvreté des populations et accroître leurs pouvoirs d'achat pour l'acquisition des dispositifs de prévention de la maladie. En revanche, des efforts peuvent être consentis pour améliorer l'assainissement de l'environnement de manière à limiter substantiellement la prolifération des moustiques. De même, un meilleur suivi statistique de la maladie peut être assuré à travers l'amélioration de l'information sanitaire. Ces deux derniers points constituent de puissants leviers sur lesquels les pouvoirs publics et les populations peuvent jouer pour améliorer la prévention du paludisme dans le pays.

Les contraintes relevées sont celles du Cameroun, certes, mais aussi de beaucoup d'autres pays endémiques. A ces contraintes communes, il faut ajouter celles liées aux représentations sociales du paludisme par les populations, pouvant varier d'une région du pays à une autre et, être par moments, en contradiction avec les représentations scientifiques de la maladie. Le pays peut-il, pour autant, choisir une stratégie nationale de prévention du paludisme différente de celle promue par le discours international pour prendre en compte les contraintes sus-relevées ? Difficile à dire ! Les résolutions techniques consensuelles aux Etats membres de l'OMS¹³⁰ semblent faire force de loi en matière de santé publique. Par conséquent, quelles que soient les difficultés à mettre en pratique cette stratégie de prévention, dès lors qu'elle est recommandée au niveau international, les pays endémiques doivent l'adopter. Il y a comme, on le voit, une violence symbolique des acteurs internationaux à l'endroit des acteurs nationaux, notamment au niveau de la promotion d'une politique réaliste qu'accompagne un discours national conséquent sur la prévention du paludisme dans les pays endémiques comme le Cameroun.

A cela s'ajoute une violence réelle des autorités que traduit une certaine lenteur et une insuffisance dans le développement de la voirie urbaine ; des détournements de deniers publics destinés à la lutte, ainsi que l'incurie que traduit le manque de diffusion d'information variée et persuasive pour constamment garder les populations en état de mobilisation permanente pour la prévention du paludisme.

¹³⁰ Tous les pays endémiques du paludisme sont membres de l'OMS.

2. Femmes enceintes et enfants de moins de 5 ans sont toujours insuffisamment protégés

Cette tranche de la population est identifiée dans le discours médical comme la cible la plus vulnérable du paludisme. Au-delà de leur vulnérabilité physique, ces cibles souffrent souvent d'une vulnérabilité économique qui fait que la femme enceinte et l'enfant de moins de 5 ans sont globalement financièrement dépendants des autres membres de la société ; ils ne peuvent, seuls, assurer leur protection en acquérant une moustiquaire et en dormant sous celle-ci toutes les nuits. A cette vulnérabilité économique, Que fait la société camerounaise pour amener ces personnes vulnérables à bénéficier des conditions de prévention indiquées dans ce discours et quels en sont les résultats ? Les réponses à ces questions sont des éléments qui nous permettent de valider ou non la sous-hypothèse H1 découlant de la désagrégation de l'hypothèse principale pour répondre à notre problème de recherche. Cette sous-hypothèse avait été énoncée dans la partie introductive de la manière suivante :

« Les principales cibles du paludisme (femmes enceintes et enfants de moins de 5 ans) ne bénéficient pas toujours des mesures de prévention de la maladie contenues dans le discours médical».

Les autorités sanitaires du pays, en l'occurrence le Ministère de la santé publique, sont garantes de la santé de la femme enceinte et des enfants de moins de 5 ans qui sont identifiées comme les cibles les plus vulnérables du paludisme dans la politique nationale de lutte contre cette maladie, conformément au discours international. Au niveau normatif, une triple disposition est prise par ces autorités pour assurer la protection de ces cibles contre cette endémie :

- la mise à disposition gratuite de moustiquaires imprégnées d'insecticides aux femmes enceintes, et souvent aux enfants de moins de 5 ans¹³¹, soit à la faveur de campagnes de distribution de ce dispositif de lutte, soit dans les centres de consultations prénatales ;
- l'administration à la femme enceinte, d'un traitement prophylactique pendant toute la période de la grossesse dans les centres de consultations prénatales¹³² ; on parle du *traitement préventif intermittent* qui doit être administré en présence d'un personnel médical. Evidemment, l'administration de ce traitement est subordonnée à la présentation de la femme enceinte aux séances de consultations prénatales ;
- l'information des populations, à travers les médias et d'autres canaux de sensibilisation, sur la nécessité pour les cibles les plus vulnérables de la maladie, de dormir tous les jours sous une moustiquaire imprégnée d'insecticides pour se mettre à l'abri des piqûres nocturnes des moustiques et se protéger contre le paludisme.

Quels en sont les résultats tels qu'apparus dans notre période d'étude ?

Une vaste campagne de distribution gratuite de moustiquaires imprégnées d'insecticides aux femmes enceintes et aux enfants de moins de 5 ans a démarré dans le pays depuis 2003. La distribution continue jusqu'à ce jour dans les centres de consultation prénatales ou à la faveur des campagnes de masses.

Les discours médiatiques que nous avons examinés ne sont pas très précis sur les résultats d'un tel investissement pour protéger les cibles principales de la maladie. Il y a même, par moments, une certaine cacophonie dans la présentation des statistiques.

La Nouvelle Expression n° 2188 du 20 mars 2008 que nous avons cité plus haut est assez pessimiste à ce sujet car elle révèle qu'entre 60 et 70% de femmes enceintes

et d'enfants de moins de 5 ans du pays sont privés de moustiquaires imprégnées d'insecticides.

Cameroon tribune n° 8838/5037 du 26 avril 2007 fait parler le Secrétaire permanent du programme national de lutte contre le paludisme, Dr. Raphaël Okala, en ces termes :

« ...En matière de moustiquaires imprégnées, le taux d'utilisation est passé de 3% chez les femmes enceintes et 1% chez les enfants de moins de 5 ans au début de la campagne (2003) à respectivement 37% et 90% aujourd'hui. »

Ces résultats posent un problème de disponibilité des moustiquaires et de leur utilisation effective. Devant les statistiques peu concordantes livrées par le discours médiatique, nous nous sommes retournés vers la troisième enquête démographique et de santé¹³³ (EDS 3) menée dans le pays en 2004. Celle-ci a intégré des préoccupations liées à la prévention du paludisme dans les ménages, chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans. Voici ce qu'il en ressort.

- *Disponibilité de moustiquaire dans les ménages*

La moustiquaire Imprégnée d'Insecticides visée dans l'enquête, et clairement expliquée aux enquêtés, était soit une moustiquaire imprégnée mais obtenue depuis moins de six mois, soit une moustiquaire qui a été imprégnée d'insecticides il y a moins de six mois.

Des résultats de l'EDS 3, il ressort qu'au Cameroun, seulement un ménage sur cinq (20 %) possède au moins une moustiquaire. La possession d'au moins une moustiquaire par les ménages varie sensiblement selon le milieu de résidence et les régions. A Yaoundé/Douala, près d'un tiers des ménages possèdent au moins une moustiquaire (31 %) contre seulement 19 % dans les autres villes et 17 % en milieu rural. C'est dans la ville de Douala que cette proportion est la plus élevée (39 %) alors qu'elle n'atteint que 22 % à Yaoundé. Dans les régions, on note que l'Extrême-Nord (28 %) et l'Est (22 %) se caractérisent par des proportions sensiblement plus élevées que la moyenne nationale. Par contre, le Nord-ouest et l'Ouest détiennent les proportions les plus faibles (10 % dans les deux cas). En rapprochant ces résultats du tableau 18 de distribution de la résistance à la chloroquine, l'on s'aperçoit que les provinces du Nord-ouest et de l'Ouest enregistraient aussi des taux élevés de résistance à cet antipaludéen en 2002.

Le rapport de l'EDS 3 note que la faible possession d'une moustiquaire dans les ménages pourrait être influencée par l'utilisation d'autres méthodes de prévention du paludisme telles que des insecticides, des grilles aux ouvertures des maisons et les bombes fumigènes pour tuer les moustiques, etc. Cela étant, ces statistiques posent un problème car après le lancement de la campagne de distribution gratuite de moustiquaires aux femmes enceintes dans le pays et les mesures facilitant l'acquisition de ce dispositif de protection contre le paludisme dans le pays, notamment, la subvention des prix de vente des moustiquaires imprégnées d'insecticides dans le pays, l'on se serait attendu au relèvement du taux de possession de ce dispositif de protection par les populations. Au demeurant, la possession d'une moustiquaire n'implique pas nécessairement son utilisation. Une chose est donc l'acquisition de la moustiquaire, une autre en est son acquisition ; que nous en dit l'enquête ?

- *Utilisation de la moustiquaire*

Pendant l'EDS3, pour les ménages ayant déclaré posséder au moins une moustiquaire, l'investigation a été poussée pour savoir qui parmi les enquêtés avait dormi sous une

¹³³ Enquête menée par l'Institut National de la Statistique, Ministère de la Planification, de la Programmation, du Développement et de l'Aménagement du Territoire Cameroun en collaboration avec ORC Macro Calverton, Maryland, USA

moustiquaire la nuit précédant l'enquête. Les résultats indiquent, de manière générale, qu'un peu plus d'un enfant de moins de cinq ans sur dix a dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête (12 %). Une indication importante émanant du rapport est que l'utilisation de la moustiquaire diminue au fur et à mesure que l'âge de l'enfant augmente : Ainsi, de 16 % pour les enfants de moins de 12 mois, la proportion passe à 8 % lorsque les enfants ont un âge compris entre 48 et 59 mois. Le rapport constate aussi un écart très net d'utilisation de la moustiquaire entre le milieu rural (7 %), les autres villes (12 %) et Yaoundé/Douala (29 %). En particulier, cette proportion est plus élevée à Douala où 38 % des enfants dorment sous une moustiquaire contre 18 % à Yaoundé. Dans les régions du Littoral (17 %), du Sud-ouest et l'Est (15 % dans chaque cas), on note que l'utilisation de la moustiquaire pour protéger les enfants est plus répandue qu'ailleurs dans le pays.

Par ailleurs, selon le niveau de vie du ménage, la proportion d'enfants dormant sous une moustiquaire augmente de manière significative : elle passe de 4 % chez les enfants des ménages les plus pauvres à 18 % chez ceux des ménages les plus riches.

Les résultats concernant les femmes enceintes dormant sous une moustiquaire, quel qu'en soit le type, ne sont guère différents de ceux de l'ensemble des femmes. Au Cameroun, il apparaît que les femmes enceintes, plus vulnérables à la maladie, n'utilisent pas plus fréquemment de moustiquaires pour se protéger contre le paludisme que l'ensemble des femmes (12 % dans les deux cas). Ces taux d'utilisation sont assez faibles. Qu'en est-il de la chimioprophylaxie ?

- Chimioprophylaxie chez la femme enceinte

Lors de l'enquête, il a été posé aux femmes qui avaient eu une naissance au cours des cinq dernières années plusieurs questions pour savoir si elles avaient pris des antipaludéens à titre préventif au cours de leur dernière grossesse et quel type d'antipaludéens elles avaient pris. Il en est ressorti qu'à Yaoundé et Douala, les deux tiers des femmes (67 %) ont suivi un traitement préventif contre 56 % dans les autres villes et 36 % en milieu rural.

Dans les régions, le Sud (74 %) détient avec le Centre (71 %) la proportion la plus élevée de femmes ayant pris des antipaludéens à titre préventif pendant la dernière grossesse. Dans le Nord et l'Adamaoua (32 % dans chaque cas) et surtout dans l'Extrême-Nord (17 %), cette proportion est nettement plus faible. On remarque également que les femmes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (69 %) ont eu beaucoup plus recours aux antipaludéens pour se protéger du paludisme au cours de leur dernière grossesse que les femmes ayant un niveau d'instruction primaire (48 %) et que celles sans instruction (21 %). En outre, cette proportion est de 68 % pour les femmes des ménages les plus riches contre 24 % pour celles des ménages les plus pauvres.

Ainsi donc, les statistiques communiquées tant par les responsables du programme national de lutte contre le paludisme, la troisième enquête démographique et de santé que le discours médiatique, les cibles principales ne bénéficient pas pleinement de la protection en promotion dans le discours médiatique. Il y a, à ce niveau, des problèmes liés tant à l'acquisition de ces dispositifs qu'à leur utilisation effective. Plusieurs raisons peuvent, à notre avis et selon les sources précédentes, expliquer cette situation, notamment :

- la non consultation régulière des centres de consultations prénatales par les femmes enceintes pour recevoir gratuitement le traitement préventif intermittent ;
- les difficultés liées à l'acquisition des moustiquaires imprégnées d'insecticides qui ne sont pas toujours disponibles dans les formations sanitaires ;
- le manque de soutien familial afin que les personnes les plus vulnérables (dorment effectivement sous la moustiquaire imprégnée d'insecticides), et ;

- les mœurs (manque d'habitude de dormir sous la moustiquaire, veillées en dehors des lieux indiqués pour utiliser la moustiquaire), les croyances (par exemple que le paludisme est transmis par la sorcellerie).

Il résulte de tout ce qui précède une exposition quasi-permanente des cibles principales du paludisme aux vecteurs de la maladie, une infection quasi-permanente dont le résultat direct est le développement récurrent des accès palustres. Pour la seconde sous-hypothèse (H2), examinons le comportement des acteurs impliqués dans la prévention du paludisme.

B - Jeu des acteurs dans la lutte contre le paludisme au Cameroun

Rappelons que la sous-hypothèse H2 était ainsi libellée : « *Il y a discordance et/ou cacophonie entre les discours de certains acteurs de la lutte contre le paludisme au Cameroun* ». L'investissement des différents acteurs dans la lutte contre le paludisme devraient, de prime abord, être mêlé par la volonté de soulager la souffrance des populations et non des intérêts inavoués de profit. Certes, les aspects de commerce inhérents à cette lutte ne doivent pas être totalement laissés de côté, mais ils semblent déborder, notamment sur ce qui concerne la vente des moustiquaires imprégnées d'insecticides et la vente de médicaments.

1. Des pratiques de contre promotion de la prévention du paludisme

Les discours sur la prévention du paludisme au Cameroun laissent souvent voir des agissements des acteurs de la lutte soulevant quelques interrogations sur les vrais mobiles de leur participation à la lutte.

Les moustiquaires imprégnées d'insecticides sont présentées comme le dispositif idéal de protection contre les piqûres des moustiques, mais certains acteurs font la promotion de marques de moustiquaire. À côté de la moustiquaire simple, on trouve dans le commerce la *Super moustiquaire* ou la *moustiquaire à longue durée* dont les ventes sont favorisées par un grand renfort de publicité. Il en est de même de beaucoup d'autres produits de lutte contre les moustiques que sont les serpentins, les bombes fumigènes, etc. La promotion de ces produits alternatifs de lutte contre les moustiques est de nature à ne pas encourager l'utilisation de la moustiquaire, pourtant somme toute gratuite ou bon marché.

Au niveau des populations, la bonne mise en pratique des méthodes de prévention primaire de la maladie font souvent face aux problèmes d'accessibilité à ce dispositif ou à l'aptitude à bien l'utiliser. Ainsi, on a beau parler de l'acquisition gratuite de la moustiquaire imprégnée d'insecticide dans les centres de consultations prénatales, il y a des femmes enceintes qui se plaignent de n'en avoir pas reçu lorsqu'elles y sont allées. Les femmes enceintes et les enfants disposant des moustiquaires imprégnées ne les utilisent pas toujours ou le font mal. En effet, certaines femmes enceintes, surtout en zones rurales, ne peuvent pas mettre la moustiquaire comme recommandé parce qu'elles ne disposant que de lit de fortune. Certaines d'entre elles dorment souvent à même le sol ou dans des veillées de deuil, à la merci des moustiques. La moustiquaire imprégnée est donc, comme on le voit, un dispositif de prévention du paludisme dont l'utilisation n'est pas forcément sans problème. Qu'en est-il des antipaludéens au Cameroun.

2. Autres dispositifs de prévention comme source d'enrichissement

Nous désignons ainsi tous les dispositifs destinés à tuer le moustique à l'échelle individuelle, dans les maisons (bombes, fumigènes, grillages, etc.) et les antipaludéens. Les dispositifs de lutte contre les moustiques sont en vente libre sur le commerce et sont sources

d'enrichissement tant pour les industries qui les fabriquent que pour les commerçants. En effet, la demande est toujours forte eu égard à la prolifération des moustiques et aux désagréments qu'ils causent quotidiennement aux populations.

Les antipaludéens, pour leur part, ne sont pas toujours à la portée des populations malgré les multiples subventions des nouvelles molécules par l'Etat. Les officines privées font de bonnes affaires dans la vente de ces produits, surtout de nouvelles molécules, compte tenu de l'augmentation croissante des résistances aux antipaludéens courants. L'on est aujourd'hui très loin de la bonne vieille chloroquine qui était à la portée de toutes les bourses. Les antipaludéens sont aujourd'hui au cœur de bonnes affaires chez certains acteurs de la lutte. Les officines privées, les officines des hôpitaux publics et les pharmacies de la rue sont en concurrence dans la vente de ces médicaments : Les pharmacies privées les vendent souvent sans diagnostic préalable et sans prescription médicale ; les discours médiatiques nous ont donné à comprendre qu'en dépit des subventions consenties par les pouvoirs publics, les prix de ces médicaments, et surtout des nouvelles molécules, varient d'un hôpital à un autre. Les pharmacies de la rue attirent vers eux les populations à faible bourse à qui elles vendent des antipaludéens à des prix plus abordables que dans les officines privées. Ces produits illicites sont généralement pris sans contrôle médical et il en résulte souvent un développement de la résistance du plasmodium à ces médicaments de la rue.

Tout ceci montre que la prévention du paludisme est apparue, depuis quelques années, comme le lieu de recherche du profit. Une autre illustration fort parlante nous est donnée par l'offre d'une firme pharmaceutique de racheter le brevet d'invention du vaccin SPF66 à son inventeur (Dr Patarroya). Certes, cette firme peut arguer la volonté d'en assurer une production en qualité et en quantité suffisante, mais, la question de monopole de production et de vente du nouveau vaccin ne pouvait être écartée d'emblée. Il s'agissait sûrement, pour cette firme, d'une volonté cachée de maximiser ses bénéfices en s'appuyant sur la prévention du paludisme. Une autre illustration de la volonté de détourner la prévention du paludisme pour des profits individuels nous est donnée par des malversations signalées dans la gestion des deniers publics affectés à cette prévention. Nous ne voulons pas nous étaler sur ce dernier argument que le discours médiatique présente encore comme une affaire en cours.

Les guérisseurs traditionnels ne sont pas en reste. Certes, les aspects lucratifs de leurs actions n'apparaissent pas clairement dans les discours médiatiques. Nous voulons cependant relever leur contribution à la percée progressive de la promotion de produits pharmaceutiques et autres dispositifs de prévention du paludisme venant d'Asie, vendus au Cameroun en ce moment.

En substance, si l'on s'intéresse à l'objectif visé par chacun des acteurs de la lutte dans son discours, il apparaît de plus en plus clair qu'il n'y a pas forcément concordance entre les discours de tous les acteurs de la lutte contre le paludisme au Cameroun. Il en résulte une cacophonie par exemple dans la promotion de la vente de moustiquaires (avec des personnes restant butées au problème d'efficacité d'une marque de moustiquaire, comparée à une autre) et autres dispositifs de lutte contre les moustiques. Cette cacophonie est aussi observée dans le domaine de la vente des antipaludéens et elle provoque l'aggravation du phénomène de résistance du microbe responsable du paludisme. Dans ce dernier cas, la prévention secondaire de la maladie n'est pas bien assurée et des morts du paludisme sont susceptibles de survenir si la prise en charge dans les hôpitaux (et donc la prévention tertiaire) est mal assurée. Ceci est en conformité avec notre seconde sous-hypothèse. Qu'en est-il à présent de l'hypothèse H3 ?

3. Des discours souvent inappropriés

La sous-hypothèse H3 récuse la compétence des mesures de protection en vogue dans les discours actuels à soutenir durablement la prévention du paludisme dans le pays. Elle pointe un doigt accusateur sur la moustiquaire imprégnée d'insecticide et le vaccin antipaludique d'une part, puis sur le Ministère de la santé publique comme la seule structure gouvernementale susceptible de mener à bien la prévention de cette endémie dans le pays.

- Limites de la moustiquaire imprégnée et du vaccin antipaludique

Les développements ci-dessus sont suffisamment loquaces pour expliquer qu'une stratégie de prévention ciblant uniquement la moustiquaire imprégnée d'insecticides et le vaccin paludique est inopérante pour protéger durablement les populations des méfaits de l'endémie palustre. La moustiquaire n'est pas toujours disponible, en dépit des efforts des pouvoirs publics pour la vulgariser ; elle a du mal à s'inscrire durablement dans les mœurs et est souvent mal ou pas du tout utilisée par les principales cibles de la maladie. D'un autre côté, la solution qui cible le vaccin est nécessairement précoce car les recherches sur le vaccin antipaludique n'ont pas pu, à ce jour, fédérer les différents acteurs de la lutte contre le paludisme sur un vaccin efficace à promouvoir pour prévenir cette maladie. La promotion de l'utilisation de la moustiquaire dans un environnement où l'assainissement de l'environnement, bien assurée, pourrait freiner largement la prolifération rapide des moustiques semble être tout à fait difficile à comprendre. L'éducation populaire à la gestion de l'environnement devrait sans doute précéder et accompagner les actions de santé publique dans une prévention adéquate du paludisme en zone tropicale. Ainsi présenté, le problème de prévention du paludisme devrait faire intervenir plusieurs départements administratifs avec un objectif clair de lutte contre cette endémie.

- Incapacité du Ministère de la santé publique à assurer seul une prévention durable

La lutte contre le paludisme, à l'instar de celle contre les autres maladies, incombe au Ministère de la santé publique. Cependant, la prévention primaire de cette endémie ne peut être valablement assurée par cette structure gouvernementale toute seule. Les aspects d'assainissement du milieu, de l'habitat et de sensibilisation des populations doivent faire intervenir des départements ministériels autres que celui de la santé publique. Or, les départements ministériels chargés de l'environnement, des travaux publics et de l'administration du territoire (notamment les collectivités locales que sont les mairies) ne mettent pas la prévention du paludisme dans leurs plans d'action.

Pour étayer ce point, notons que le ministère de l'administration territoriale a lancé une vaste campagne d'hygiène et de salubrité au début de la présente décennie ; certaines grandes métropoles du pays (Yaoundé, Douala, Bafoussam) se sont aussi lancées dans de vastes campagnes de travaux publics ces dernières années. Mais l'objectif qui apparaissait clairement dans les discours, était l'amélioration du cadre de vie des populations. Nulle part, il n'était fait mention de la lutte contre le paludisme. A l'observation des résultats de ces campagnes, l'on saisit clairement la nuance : L'investissement des structures ci-dessus désignées s'est soldé en un embellissement de l'espace urbain, et un enlèvement régulier des ordures ménagères. A contrario, les espaces situés loin des centres urbains, notamment les quartiers périphériques, ont continué de cultiver les moustiques. Le paludisme a par conséquent continué à sévir car les moustiques ont continué à proliférer en dépit des efforts des campagnes.

Indexer le ministère de la santé dans l'augmentation des cas de paludisme dans le pays nous semble être une violence symbolique de cette structure car, elle ne peut pas, à elle toute seule, assurer la prévention du paludisme dans le pays. Il faut une synergie

d'actions entre plusieurs structures ministérielles, notamment dans le cadre de la prévention primaire, afin de limiter la prolifération des moustiques en asséchant systématiquement les eaux stagnantes et en détruisant les gîtes larvaires des moustiques. Une telle action, doit être couplée à l'utilisation des dispositifs de lutte contre les moustiques (insecticides, bombes anti-moustiques) et à ceux de protection contre les piqûres des moustiques. Le département de la santé pourrait ainsi valablement assurer les préventions secondaire et tertiaire en prenant convenablement en charge les cas de paludisme simples et graves.

En somme, un discours promouvant uniquement la moustiquaire imprégnée d'insecticides et/ou le vaccin antipaludique traduit une certaine passivité dans la prévention de l'endémie palustre dans le pays. En effet, un tel discours montre que l'action des acteurs sociaux dans ce domaine s'inscrit simplement dans la riposte à l'action des vecteurs de la maladie, nullement inquiétés dans leur prolifération. Or, si les moustiques trouvent un milieu leur offrant de bonnes conditions de multiplication, la moustiquaire, seule, ne peut mettre l'homme à l'abri des piqûres nocturnes de ces bestioles. Aucun vaccin n'étant par ailleurs disponible, toute prévention du paludisme chez les populations est une vue de l'esprit, de même en est-il de l'éradication future de la maladie.

Par contre, un discours montrant une synergie d'actions entre les moyens de riposte contre l'action des vecteurs et d'offensive en termes de lutte contre les vecteurs de la maladie, avec des indicateurs pertinents, serait le lieu d'expression de la pugnacité des acteurs sociaux dans la mise en œuvre des différents types de prévention de la maladie dans le pays. L'offensive contre les moustiques dont il est question ici prend en compte toutes les actions d'assainissement du milieu et de destruction systématique des gîtes larvaires, de même que des actions de sensibilisation des populations à les recommencer bien souvent, pour empêcher la prolifération des moustiques. Ces actions de riposte et d'offensive contre les vecteurs de la maladie, que nous regroupons sous le vocable de prévention primaire, doivent être systématiques et s'étendre effectivement sur l'ensemble du pays. Elles doivent être accompagnées du traitement systématique et adéquat des accès palustres, c'est-à-dire d'une bonne prévention secondaire et tertiaire de la maladie dans le pays.

Enfin, la pugnacité des acteurs sociaux vis-à-vis des différents types de prévention doit se traduire dans les discours qu'ils tiennent et qui dévoilent leurs volontés de dépasser les représentations sociales et les comportements de certains d'entre eux n'encourageant pas la lutte contre les moustiques et la prise en charge systématique et adéquate des accès palustres.

Conclusion générale

La question de recherche au cœur du présent travail résulte de l'observation d'une contradiction dans la lutte contre le paludisme au Cameroun. En dépit de l'éminence des connaissances sur le paludisme, de la vulgarisation des moyens de sa prévention auprès des camerounais et, de la disponibilité des médicaments de plus en plus efficaces pour y faire face, voire l'éradiquer, cette endémie tropicale est, depuis de nombreuses années, le principal motif de consultation médicale et la première cause de décès dans le pays. Nous avons entrepris de chercher à comprendre ce qui explique cet imbroglio.

L'hypothèse principale que nous avons proposée pour tenter d'expliquer cette situation indexe la prévention. Il est en effet établi qu'en l'absence de tout contact entre le vecteur de la maladie (le moustique) et l'homme, il ne saurait y avoir transmission de *plasmodium*, et par conséquent, pas de cas de paludisme. Or, les consultations médicales sont consécutives à la survenue des accès palustres dont la complication peut entraîner la mort. Nous avons postulé, dans cette hypothèse, que les méthodes de prévention véhiculées par les discours sur la maladie ne sont pas appropriées et/ou ne sont pas toujours bien comprises des populations qui ont par conséquent du mal à les mettre en pratique. Ce postulat global suppose minimalement l'une des suppositions ci-après malgré les efforts dans la lutte contre cette maladie :

- la frange de la population la plus vulnérable au paludisme (à savoir : les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans) ne bénéficie pas de moyens de protection contenus dans le discours médical sur la maladie. Elle continue, par conséquent, d'être surprise par des accès palustres pour lesquels elle recherche des soins, souvent auprès des formations sanitaires. Certains de ces accès sont souvent mortels ;
- il y a discordance et/ou cacophonie entre les discours de certains acteurs de la lutte contre cette maladie au Cameroun, ce qui est de nature à semer la confusion dans l'esprit des populations et à les amener à avoir des attitudes non conformes à cette lutte ;
- dans les discours sur le paludisme au Cameroun, l'accent est mis sur les méthodes de protection contre les piqûres de moustiques et non sur la lutte contre leur prolifération et cela, dans un environnement plutôt favorable à la multiplication rapide des moustiques.

L'hypothèse principale s'appuie sur le champ discursif pour expliquer le phénomène au cœur de notre question de recherche. En choisissant de regarder la lutte contre le paludisme comme un domaine exclusif de santé publique, les discours auxquels cette hypothèse renvoie sont ceux relevant de l'éducation pour la santé. L'on se situe alors ici dans la trajectoire conceptuelle behaviouriste ou comportementaliste selon laquelle un message ou la répétition d'un thème doit non seulement susciter l'accord affectif ou intellectuel du public cible, mais aussi, l'inciter à modifier ses attitudes et ses comportements (Y. Jaffré, 1990). Suivant cette logique, l'éducation apparaît comme une suite d'actions appliquées à des comportements en vue d'encourager des modes de vie sains. Pour ce faire, les programmes ont vocation à sensibiliser ou à responsabiliser diverses populations cibles ou communautés afin qu'elles sachent, veuillent et puissent modifier leurs attitudes et pratiques » (Y. Jaffré,

op. cit.). L'éducation sanitaire des populations pour la prévention du paludisme vise à faire acquérir aux victimes potentielles de la maladie des connaissances pour une triple finalité :

- éviter de contracter la maladie ;
- reconnaître précocement les signes d'alerte devant les amener à s'inquiéter, et ;
- rechercher les soins appropriés, dans les lieux indiqués, pour éviter les complications de la maladie et la mort.

Dans le cadre de la lutte contre le paludisme au Cameroun, le discours de santé publique en vigueur dans l'éducation sanitaire met en exergue trois types de prévention traditionnelle dans la lutte contre les maladies présentant les caractéristiques ci-après :

La prévention primaire concerne la lutte antivectorielle, à travers les aspersions intra-domiciliaire d'insecticide, méthode qui n'en est qu'au stade expérimental dans le pays après l'abandon du DDT¹³⁴ dans les années 60, l'utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticides pour éviter les piqûres des moustiques, principalement chez la femme enceinte et les enfants de moins de 5 ans¹³⁵ et la chimioprophylaxie chez la femme enceinte par l'absorption d'un antipaludéen (la sulfadoxine pyriméthamine) plusieurs fois à partir du premier trimestre de sa grossesse. On parle dans ce cas du traitement présomptif intermittent.

La prévention secondaire et la prévention tertiaire sont essentiellement chimiques. Des antipaludéens sont, en effet, recommandés aux populations par le PNLP, pour être absorbés dès l'apparition des premiers symptômes du paludisme. Les cas de paludisme simple peuvent efficacement être soignés à domicile, suivant une orientation stratégique récente du programme. Il est cependant indiqué de requérir l'assistance médicale pour une bonne prise en charge des cas de paludisme simple par ces antipaludéens et, pour tous les cas de paludisme grave afin d'éviter une issue fatale.

Ce discours est loin d'être immuable. Il est très sensible aux changements d'orientation mondiale pour la lutte contre cette maladie. Sur le plan stratégique, ce discours traduit les options politiques gouvernementales et les stratégies nationales en vigueur. Sur le plan opérationnel, il est décliné en stratégies et messages de communication pour guider les communautés, les familles et les individus dans la lutte. Cette présentation montre toute l'importance du discours de santé publique sur la prévention du paludisme. Nous avons eu cependant quelques réserves à l'adopter pour notre recherche.

Le choix du cadre conceptuel behavioriste nous aurait, en effet, amené soit à interroger les messages véhiculés par le programme national de lutte contre le paludisme à l'endroit des Camerounais, soit à interroger les populations cibles pour apprécier leurs aptitudes à mettre en pratique les messages contenus dans les discours. Mais, nous avons choisi d'étendre notre angle d'observation en retenant un double cadre conceptuel : le courant constructiviste, notamment avec le constructivisme structuraliste de P. Bourdieu et le constructivisme phénoménologique d'A. Schutz, P. Berger et T. Luckman puis, la métaphore théâtrale d'E. Goffman. Une telle orientation théorique a permis, d'une part, d'examiner le processus de construction des différents discours sur cette endémie au Cameroun et, d'autre part, de voir les relations entre les différents acteurs sociaux impliqués dans cette lutte. Elle nous a également permis de cerner le sens des discours sur cette endémie dans

¹³⁴ Cette technique de lutte contre les moustiques est encore à sa phase pilote. Le Ministère de la santé publique l'a expérimentée en 2008 dans une zone périphérique de la capitale.

¹³⁵ Ces deux groupes de populations sont les plus vulnérables, et par conséquent, les plus ciblés dans la prévention primaire du paludisme.

le pays. Au delà des possibilités sus-citées, cette orientation théorique a constitué une bonne opportunité pour l'analyse de la structure des relations objectives entre les positions de forces des différents acteurs sociaux impliqués dans la lutte contre le paludisme au Cameroun.

Pour répondre à la question de recherche, il nous a semblé judicieux d'examiner la réalité dans la lutte contre le paludisme au Cameroun. L'orientation conceptuelle que nous venons de présenter s'appuie sur le fait qu'à travers le langage, l'on peut parfaitement décrypter les relations entre les différents acteurs impliqués dans la lutte contre cette pathologie, et s'en servir pour approcher la réalité recherchée. En effet, la sociologie de P. Bourdieu fait reposer la réalité du monde social, non sur les individus ou sur les groupes, mais plutôt sur les relations entretenues entre ses éléments. Pour comprendre ces relations, le cadre conceptuel choisi a pris en compte le discours de santé publique sur le paludisme, certes, mais aussi les autres types de discours, tout aussi significatifs, notamment le discours économique et le discours politique.

Le discours économique accompagne le discours de santé publique, avec cependant un accent sur les aspects économiques de la prévention de la maladie chez les Camerounais. En effet, ce discours a notamment trait aux :

- dispositifs de protection contre les piqûres des moustiques vendus dans le commerce : produits fumigènes, diffuseurs électriques dans les pièces d'habitation ; moustiquaires imprégnées d'insecticides ou non, grillages aux fenêtres, etc.
- médicaments antipaludiques. Les pharmacies privées en vendent un grand nombre au quotidien, les prix homologués par le Ministère de la santé publique ne sont pas toujours observés dans les officines publiques et l'existence d'un marché parallèle de vente illicite de médicaments (y compris des antipaludéens) en pleine expansion au Cameroun est fort révélateur du caractère lucratif de ce commerce.

Ce discours est généralement de type promotionnel et emprunte souvent au langage du commerce et du marketing, avec une orientation claire vers le renforcement des ventes et la réalisation des profits. Cela est aussi marqué pour les dispositifs de protection contre les piqûres des moustiques dont les ventes sont bien souvent accompagnées de publicité dans les médias. S'agissant par exemple des moustiquaires, ACMS n'encourage pas les populations à dormir seulement sous la moustiquaire, mais elle vante la *Super moustiquaire* et *BLOC*, l'insecticide de ré-imprégnation.

Le discours politique sur le paludisme est le plus souvent un plaidoyer à l'attention des partenaires financiers internationaux pour la mobilisation des ressources financières que requiert la mise en œuvre des stratégies de prévention. Ce discours intervient dans de grandes rencontres de décideurs et il met en prime le devoir de solidarité mondiale pour aider les pays pauvres à se débarrasser du fléau paludique qui plombe leurs développements. Ce discours est aussi utilisé par les acteurs politiques pour la mobilisation des populations dans la lutte contre l'endémie.

La typologie ci-dessus tient compte de la finalité de ces discours. Si l'on se focalise à présent sur les producteurs de ces discours, l'on pourrait scinder ces échanges discursifs sur la prévention du paludisme en discours internationaux et en discours nationaux. Les premiers sont produits par les acteurs internationaux qui orientent et financent, pour une grande part, la lutte contre le paludisme dans le monde. L'OMS, organisation responsable de la santé publique internationale, en est la tête de proue. Elle arrête les stratégies mondiales de prévention du paludisme en se fondant sur les représentations scientifiques de la maladie. Elle participe aussi au financement de cette lutte à travers le Fonds mondial de

lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme, en collaboration avec les autres acteurs internationaux que sont l'UNICEF, le PAM, l'UNFPA, le PNUD et la Banque Mondiale. Les discours nationaux comprennent des énoncés des discours internationaux et ceux produits par des acteurs nationaux de lutte contre cette maladie. Certains de ces énoncés sont inspirés des représentations sociales séculaires des populations sur le paludisme.

Nous avons analysé les discours sur le paludisme au Cameroun tel qu'apparus dans les médias camerounais de novembre 1992 (aux lendemains de l'adoption d'une stratégie mondiale de lutte contre le paludisme) à décembre 2008. A l'issue de cette investigation analytique, certains résultats sont apparus d'emblée en rapport avec la prévention de cette pathologie au Cameroun. Les discours nationaux sur la prévention du paludisme dans le pays sont largement tributaires des discours internationaux dans lesquels débordent deux cibles et deux méthodes principales dans le cadre de la prévention primaire :

- les enfants de moins de 5 ans doivent dormir sous une moustiquaire imprégnée d'insecticides pour éviter de se faire piquer par les moustiques et d'attraper le paludisme ;
- les femmes enceintes doivent en faire autant pour les mêmes motifs. En plus, depuis janvier 2004, il a été institué, pour ces femmes, la prise d'un médicament antipaludéen à titre prophylactique (la sulfadoxine pyriméthamine), devant un personnel de santé, à partir du premier trimestre de leurs grossesses. Ce traitement est destiné à prévenir la transmission placentaire du paludisme au fœtus.

Ces discours ne mentionnent pas spécifiquement le reste de la population à qui il est, néanmoins, recommandé l'utilisation de la moustiquaire pour la prévention primaire du paludisme. S'agissant de la prévention secondaire de la maladie, il est recommandé à toute la population de recourir à une prise en charge précoce par des antipaludéens. La prévention tertiaire est assurée uniquement dans les hôpitaux où les malades souffrant de paludisme grave doivent être conduits.

Pour encourager l'observance de ces recommandations, le Ministère de la santé publique a organisé plusieurs campagnes de distribution gratuite de moustiquaires imprégnées d'insecticides aux femmes enceintes et quelques fois aux enfants de moins de 5 ans du pays, depuis 2003. Il a bénéficié pour cela de l'appui du Fonds mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme, les fonds issus de l'initiative PPTE et des pays amis. Il a, en plus, institué le don gratuit de ce dispositif de barrière aux femmes enceintes, de même que la chimioprophylaxie contre le paludisme pour ces femmes dans les centres de consultations prénatales du pays. Pourtant, les résultats ne sont guère encourageants.

Les statistiques sur la couverture effective du pays en moustiquaires imprégnées d'insecticides ne sont pas disponibles. Le responsable du programme national de lutte contre le paludisme a indiqué en 2007 que ces taux se situent à 37% et 90% respectivement pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans. En 2008, des statistiques officielles situent à 70% et 90% respectivement, les taux de femmes enceintes et d'enfants de moins de 5 ans dépourvus de ces dispositifs de protection dans le pays. Selon la troisième enquête démographique et de santé, à Yaoundé et Douala, 31% des ménages possèdent au moins une moustiquaire contre seulement 19 % dans les autres villes et 17 % en milieu rural. Cette même enquête indique que seulement 12% de femmes enceintes et 12% d'enfants de moins de 5 ans dorment sous une moustiquaire. Pour cette dernière cible, ce taux évolue en rapport inverse de l'âge de l'enfant ; il n'est que de 8% pour les enfants âgés de 5 ans. Il en résulte que les cibles principales de la maladie ne sont pas bien protégées contre les piqûres des moustiques ; les accès palustres sont fréquents, ce

qui explique sans doute le nombre toujours élevé de consultations médicales, et de décès du fait de cette pathologie.

S'agissant du traitement préventif intermittent, l'enquête note que 47 % des femmes enceintes ont pris des médicaments antipaludéens à titre préventif au cours de leur dernière grossesse. On note des écarts importants selon le milieu de résidence et les régions. À Yaoundé et Douala, 67 % de femmes ont suivi un traitement préventif contre 56 % dans les autres villes et 36 % en milieu rural.

Les discours médiatiques sur le paludisme traitent aussi le vaccin sur lequel les professionnels de la santé fondent beaucoup d'espoir pour la prévention primaire de la maladie. Mais, à l'état actuel des recherches, aucun vaccin antipaludique n'a encore été déclaré efficace pour une utilisation à large échelle.

Dans un autre ordre d'idées, face à la résistance croissante du microbe du paludisme à la chloroquine, des médicaments antipaludéens, de plus en plus efficaces, ont été rendus disponibles dans le pays. Grâce à la subvention de ces médicaments par les pouvoirs publics, les prix ont été revus à la baisse dans les officines publiques, mais restent élevés dans les officines privées. En dépit de cet investissement dans la prévention secondaire de la maladie, le paludisme a continué à occuper les premières loges en termes de motifs de recours aux soins et de décès au Cameroun. Qu'est-ce qui explique une telle situation ? L'analyse des discours médiatiques sur le paludisme au Cameroun pendant la période retenue pour cette recherche nous a amené à soupçonner le jeu des acteurs impliqués dans la lutte contre cette pathologie dans l'explication de la situation.

Il y a, en effet, une claire volonté des pouvoirs publics de protéger les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans des méfaits du paludisme en les amenant à dormir sous la moustiquaire. Les financements importants consentis pour acquérir ces dispositifs en sont des indicateurs forts. Pourtant, les cibles visées de la maladie n'ont pas pu massivement avoir accès à ce dispositif de protection, ni en disposer convenablement, en raison du fait que :

- les moustiquaires n'atteignent pas toujours les vrais destinataires. Le Ministre de la santé publique et le Secrétaire d'Etat à la santé, respectivement, conscients de cet état de chose, n'ont pas hésité à saisir des opportunités pour mettre leurs collaborateurs en garde contre des écarts de conduites dans la distribution des moustiquaires imprégnées aux populations. Dans certains cas, les moustiquaires distribuées gratuitement se sont retrouvées au marché noir, à des prix plus bas que dans le circuit formel ;
- les moustiquaires ne sont pas encore rentrées dans les mœurs des populations. Certaines d'entre elles ne se sentent pas à l'aise sous ce dispositif ; des femmes enceintes s'en servent sans grande conviction pour son utilité et s'en débarrassent juste après l'accouchement ;
- certaines populations continuent de s'attacher à des représentations sociales erronées sur la maladie. Un exemple fort éloquent nous est venu de *Djuttitsa*, un village de la région de l'Ouest. Une épidémie de paludisme constatée au centre de santé de la localité, en 1998, a été mise à l'actif des pratiques d'une femme reconnue comme sorcière par les habitants de la localité. Ils l'ont chassée du village et elle a subi le même sort dans plusieurs villages environnants, et pour les mêmes motifs. L'acharnement dans l'éloignement de la sorcière est fort révélateur des convictions de certaines personnes de la transmission de cette maladie par la sorcellerie. Il existe ainsi de multiples représentations sociales sur le paludisme qu'entretient

l'attachement des populations aux traditions séculaires dans plusieurs localités du pays et qui interfèrent grandement avec des discours pour la mobilisation contre cette pathologie.

Par ailleurs, même lorsque les cibles vulnérables de la maladie reçoivent des moustiquaires, certaines d'entre elles restent une bonne partie de la nuit en dehors de ce dispositif de protection du fait des veillées et d'autres occupations en plein air, loin de leurs lits, et sont ainsi exposées aux piqûres des moustiques. Il y a donc une contradiction forte entre les pratiques, culturellement et économiques très ancrées, et les recommandations sanitaires. Le moyen le plus mis en avant (la moustiquaire), est fort mal adapté aux conditions réelles de vie de la population, surtout en milieu rural.

Un autre phénomène non négligeable à relever est l'incurie du peu d'occupation de l'espace médiatique camerounais par des éléments d'information et d'échange sur le paludisme. C'est le lieu commun de remarquer que le paludisme n'est pas très présent dans les médias du pays. Qui blâmer pour cela ? Difficile à dire ! Un tel *statu quo* est malheureusement la récusation implicite de la gravité ou de la menace de la pathologie dans le pays ; ajouté aux constats qui précèdent, il constitue autant d'entraves à la prévention du paludisme au Cameroun. Le faible taux d'utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticides, distribuée gratuitement, pour la prévention de la survenue du paludisme chez les populations ciblées par la stratégie n'est donc pas vraiment surprenant.

Les discours examinés révèlent aussi des attitudes ambivalentes chez certains acteurs de la lutte contre cette endémie au Cameroun. En effet, ces acteurs se positionnent dans la société comme des lutteurs acharnés contre le paludisme, mais ils se font rattraper dans leurs prétentions par des agissements contraires aux intentions affichées. Plusieurs faits permettent d'étayer ce constat.

De hauts commis de l'Etat (un ministre de la santé publique et le responsable du programme national de lutte contre le paludisme), dont les actions ont été notables dans la lutte contre l'endémie pendant de nombreuses années, sont actuellement en détention préventive pour répondre des accusations de détournement de fonds publics destinés à la prévention du paludisme dans le pays. Certes, les enquêtes suivent encore leurs cours, mais, simplement de penser à de telles malversations pour des acteurs aussi haut placés est un indicateur fort de l'existence de pratiques peu recommandables dans la lutte contre le paludisme au Cameroun à des niveaux plus bas.

Les médicaments antipaludéens alimentent un vaste réseau économique tant au niveau international qu'au niveau national. Ce réseau est sans doute mû par la volonté de faire des profits plutôt que par le paravent humanitaire que semble brandir les gens qui les animent. Pendant de nombreuses années, la bonne vieille chloroquine est restée à portée de nombreuses bourses. Face à la résistance du microbe du paludisme à ce médicament de référence, d'autres molécules ont été développées pour une prévention secondaire efficace du paludisme, mais elles coûtent de plus en plus chères sur le marché. Les officines privées tirent une bonne partie de leurs profits de la vente des médicaments antipaludéens. Ce commerce serait devenu si lucratif qu'il a permis l'émergence de circuits parallèles de vente de médicaments ; on parle dans ce cas de pharmacies de la rue. Les antipaludéens y sont aussi vendus par des mains inexpertes, sans prescription médicale, à moindre frais par comparaison aux prix pratiqués dans le circuit formel. Mais ils constituent souvent une source importante de renforcement de la résistance du *plasmodium* au traitement normal.

Par ailleurs, les firmes pharmaceutiques qui produisent les antipaludéens ne font guère mystère de leurs volontés de maximiser leurs profits, en créant éventuellement des

monopoles pour certains produits à forte demande. En l'an 2000, une de ces structures aurait proposé 68 millions de dollars au Colombien, Dr pattarroyo, l'inventeur du vaccin *SPF66 (ou Colfavac, c'est-à-dire Colombian Falciparum Vaccine)*, pour enracheter le brevet et en assurer la production *en solo*, après la validation de son efficacité.

Des attitudes comme celles que nous venons de décrire soulèvent des questions sur les mobiles réels de l'investissement de certains acteurs dans cette lutte. Un éventuel recul de la maladie ne serait-il pas de nature à entamer une partie de leurs profits personnels ? Et si tels en étaient les desseins réels, ne faut-il pas voir dans leurs manières de faire un jeu qui masque tant bien que mal les enjeux réels de la lutte ? Les données du présent travail n'ont pas qualité à trouver des réponses irréfutables à ces questions ; elles peuvent, à tout le moins, permettre de constater que ces attitudes ne peuvent être que de nature à fragiliser la prévention du paludisme dans le pays.

Le fait que les populations les plus vulnérables du paludisme ne puissent disposer d'une moustiquaire et/ou l'utiliser convenablement, d'une part, et les visées perfides de certains acteurs de la lutte contre cette pathologie, d'autre part, suffisent-ils à expliquer l'inflation des consultations médicales pour des accès palustres ou les nombreux morts du paludisme dans le pays ? Certainement pas. Les stratégies actuelles semblent être celles d'évitement des piqûres de moustiques aux populations sans que par ailleurs, l'on ne s'émeuve du rythme de leur multiplication. Certes, les échecs dans la tentative d'éradication du paludisme des années 1950-1960 consécutive aux efforts d'extermination des moustiques ont échaudé les protagonistes de la lutte contre ce fléau dans les pays africains, mais, l'expérience de l'éradication de cette pathologie dans certains pays insulaires (Ile de la Réunion et Ile Maurice) et maghrébins (Tunisie, Lybie) est édifiante.

L'offensive contre les moustiques, associée à la protection contre leurs piqûres peut donner de bons résultats dans la lutte contre le paludisme. Il ne s'agit guère, dans cette offensive, de la récurrence d'une attaque chimique contre ces bestioles, aux conséquences prévisibles en termes de résistance du *plasmodium* et de pollution, mais, du frein de leur multiplication par la destruction systématique et continue des gîtes larvaires, le drainage des eaux stagnantes et l'assèchement des flaques d'eau dans les zones d'habitation.

Mais, une stratégie allant dans ce sens ne saurait réussir si le ministère en charge de la santé publique continue à assurer seul le leadership dans la lutte contre cette endémie tropicale au Cameroun. Ce faisant, cette lutte s'inscrirait dans la vaste coupole du développement et interpellerait plusieurs départements ministériels, en prenant en compte les avantages comparatifs de chacun d'eux dans les différentes interventions. Ainsi, le ministère de la santé publique piloterait le volet de la riposte dans la prévention de la pathologie. En amont toutefois, ou parallèlement, d'autres départements ministériels et acteurs sociaux nationaux devraient aussi intervenir et inscrire leurs actions dans l'assainissement de l'environnement pour empêcher la prolifération des moustiques. Dans un pays comme le Cameroun où le paludisme constitue un véritable handicap au développement, une telle initiative n'est-elle pas appelée à s'inscrire dans le long terme ?

Bibliographie

Ouvrages

- ABRIC, Jean-Claude, 2001, Pratiques sociales et représentations, 3e Edition, Paris, PUF, 252 p.
- BOURDIEU, Pierre et WACQUANT, J.D. Loïc, 1992, Réponses : Pour une anthropologie réflexive, Edition du Seuil, Paris, 270 p.
- CHARAUDEAU, Patrick, 2005, Les médias et l'information : l'impossible transparence du discours, Edition De Boeck Université, Bruxelles, 1ère édition, 249 p.
- COLLIOT-THELENE, Catherine, 2006, La sociologie de Max Weber, Paris, Edition La découverte, 122 p.
- DESOWITZ, S. Robert , 1993, The Malaria capers: Tales of parasites and people, research and reality, Norton, W. W. & Company, New York. London, 287 p.
- DURKHEIM, Emile, 1999, Les règles de la méthode sociologique, 10e édition, Paris, PUF, 149 p. GRAWITZ, Madeleine, 1986, Méthodes des sciences sociales, 7e édition, Paris, Dalloz, 1104 p.
- HABERMAS, Jürgen, 1987, Théorie de l'agir communicationnel : Rationalité de l'agir et rationalisme de la société (T1), Paris, édition Fayard, (Titre original : Théorie des kommunikativen, 3e édition, 1981), 443 p.
- HERZLICH, Claudine, 1996, Santé et maladie : analyse d'une représentation sociale, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris, 210 p.
- JACOBSON, Roman, 1963, Essai de linguistique générale, Tome 1, Edition De Minuit, Paris, 260 p.
- JODELET, Denise (Sous la direction), 2003, Les représentations sociales, PUF, Paris, 7e édition, 447 p.
- LAPLANTINE, François, 2003, «Anthropologie des systèmes de représentations de la maladie» in Jodelet, Denise (Sous la direction) : Les représentations sociales, Paris, PUF pp 297-318
- LEKE, Rose ; MBATCHAM, F. Wilfried ; TALLAH, Esther, 2010, Guide pratique de lutte contre le paludisme, Harmattan, Paris, 118 p.
- MAINGUENEAU, Dominique, 1998, Analyser les textes de communication, Paris, Edition Dunod, 221p.
- MOSCOVICI, Serge, 2003, « Des représentations collectives aux représentations sociales : éléments pour une histoire » in JODELET, Denise (Sous la direction), Les représentations sociales, Paris, PUF, 7e édition, pp 79-103
- MUCCHIELLI, Alex et NOY, claire, 2005, Etude des communications-Approches constructivistes, Edition Armand Colin, Paris, 238 p.

- MUCCHIELLI, Alex, 2001, Les sciences de l'information et de la communication, 3e édition, Paris, Hachette, 158 p.
- NIZET, Jean et RIGAUX, Natalie, 2005, La sociologie de Erving Goffman, Edition La Découverte, Paris, 121 p
- SAME-EKOBO, 1997, Santé, climat et environnement au Cameroun, Edition Jutey-Sciences, Yaoundé, 329 p.
- SAME-EKOBO, Albert et al, 2005, Grands travaux et maladies à vecteurs au Cameroun : Impact des aménagements ruraux et urbains sur le paludisme et autres maladies à vecteurs, IRD éditions, Paris, 221 p.
- SECA, Jean-Marie, 2002, Les représentations sociales, Armand Colin/UEF, Paris, 171 p.

Documents de travail, rapports ou articles de périodiques

- AFRO et EMRO 2004, « Rapport sur la mise en œuvre du plan d'action de la déclaration d'Abuja », 62 p.
- BULLE, Nathalie, 2002, « Pierre Bourdieu (1930-2002) », L'Année sociologique 2002/2, Vol. 52, pp 231-237.
- CARNEVALE, P ; MOUCHET, J. 2001, « La lutte antivectorielle au Cameroun : Passé-présent-avenir. Réflexions », in Bulletin de la Société des Pathologies Exotiques, 2001, 94. 2 bis, pp 2002-209
- CARNEVALE , P ; ROBERT, V ; MOLEZ, JF et al, 1984, « Faciès épidémiologiques des paludismes en Afrique subsaharienne », Etudes médicales, 1984 ; 3 :123-33ESF
- CARNEVALE, P ; ROBERT V ; MOLEZ JF et al, 1984, « Faciès épidémiologiques des paludismes en Afrique subsaharienne », Etudes médicales, 1984 ; 3 :123-33ESF
- CHINDJI KOULEU, 2004, « Anthropologie de la réception médiatique », Support de cours de Master/DEA, ESSTIC, Université de Yaoundé II.
- DESFONTAINE , M ; AMBASSA, P ; CARNEVALE P, 1988, « Mesures antivectorielles individuelles et familiales actuellement utilisées dans trois villes du Sud-Cameroun », Bull. liaison Doc. OCEAC.
- DOANNIO, J.M.C ; DOUDOU D.T et al, 2006, « Représentations sociales et pratiques liées à l'utilisation des moustiquaires dans la lutte contre le paludisme en Côte d'Ivoire (Afrique de l'Ouest) », Méd trop. 2006 ; 66 ; 45-52
- DRABO, K et al, 2004, « Représentations et pratiques en matière de paludisme chez les personnes en charge des enfants de moins 5 ans en milieu rural de la province du Houet », Sciences et techniques, Sciences de la santé. Vol. 26, n° 2 - Vol. 27, n° 1 - Juillet-décembre 2003-Janvier-juin 2004
- FAYE, Sylvain Landry ; LALOU, Richard et ADJAMAGBO Agnès , SD, Soigner les enfants exclusivement à domicile en cas de paludisme en milieu rural sénégalais : un effet de la pauvreté ?

Etude de la population africaine Supplément A du vol. 19

FONDJO, Etienne et OKALLA ABONDO, Raphaël, 2005, « Collecte des données sur le paludisme au Cameroun », Enquête transversale réalisée par le PNLP sur financement du Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, (T1) 216 p. et (T2) 524 p.

INS, 2005, « Enquête démographique et de santé, Cameroun 2004 », 318 p.

LAGARDE, Mylène, 2003, « La santé au Cameroun : politique sectorielle et Document stratégique de réduction de la pauvreté », < <http://www.hcci.gouv.fr/lecture/étude/Cameroun-santé-dsrp-ippte.html> > (décembre).

LANTUM, Daniel Noni, 1978, «The pros and cons of traditional medicine», Abbia Cameroon cultural review n° 35-36-37

LOUIS, J.P. et al 1992, « Utilisation et acceptabilité des moustiquaires imprégnées au niveau familial en milieu rural- Mbebe-Kikot-Cameroun »,

Bulletin de liaison documentaire n° 101, OCEAC (Septembre)

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE 1995, « Programme national de lutte contre le paludisme au Cameroun, 1995-1999 », 78p

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE, 2002, « Plan stratégique national de lutte contre le paludisme au Cameroun, 2001-2006 », 123 p.

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE, 2007, « Plan stratégique national de lutte contre le paludisme au Cameroun, 2007-2010 », 134 p

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE, 2002, « Stratégie sectorielle de santé 2001-2010 », 189 p.

OMS, 1992, « Rapport de la conférence ministérielle sur le paludisme, Amsterdam, 26-27 octobre 1992 », 47 p.

OMS, 2002, « Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle 2002-2005 », 78 p.

OMS, 2000, « Déclaration d'Abuja et la plan d'action », Extrait du Sommet Africain pour faire reculer le paludisme, Abuja, 25 avril 2000, 11p.

PMSC, IRESCO et al 1996, « Connaissances, Aptitudes et Pratiques des populations du Cameroun en matière de prévention et de traitement du paludisme dans les provinces du Centre, du Sud et de l'Est »

REVEYRAND, Odile, 1983, « Etiologie et perception de la maladie dans les sociétés modernes et traditionnelles », Premier colloque national d'anthropologie médicale (Paris, 28-30 novembre), Antiquités africaines Tome 18, Chroniques scientifiques, Edition du CNRS, pp 144-148

ROUAMBA J.1, GUIGUEMDE T. R, 2004, « Représentations et pratiques en matière de paludisme chez les personnes en charge des enfants de moins 5 ans en milieu rural de la province du Houet », Vol. 26, n° 2 - Vol. 27, n° 1 - Juillet-décembre 2003-Janvier-juin 2004 - Sciences et techniques, Sciences de la santé.

UNICEF et al, 1989, Savoir pour sauver, 1ère édition, 88 p.

UNICEF et al, 1993, Savoir pour sauver, 2e édition, 154 p.

UNICEF et al, 2001, Savoir pour sauver, 3e édition, 177 p.

UNICEF et al, 2010, Savoir pour sauver, 3e édition, 216 p.

WHO, UNICEF, 2005, « World malaria report », 294 p.

Thèses et mémoires

AWONO AVOUZOUA, Thérèse, 2002, « Le PNLP et l'initiative " Faire Reculer le paludisme ", analyse de la stratégie de communication 2001-2006 », Mémoire Diplôme Supérieur de Journalisme spécialisé en Santé et environnement, ESSTIC, Université de Yaoundé II.

MBOUZEKO, Raymond, 2005, « La communication dans la lutte contre le paludisme au Cameroun : Analyse sociologique de la production des messages de sensibilisation », Mémoire Masters/DEA, UFD, ESSTIC, Yaoundé, 150 p.

MESSANGA OBAMA, 2009, « La communication sur le Sida : Discours dominants et discours dominés dans la construction de la réalité du Sida au Cameroun », Thèse de doctorat en Sciences de l'Information et de Communication, Université Lumière de Lyon 2, 350 p.

RIFFET, Armel, 2002, « Le paludisme au Cameroun : Revue bibliographique de 1959 à 2001 », Thèse de doctorat en médecine, Université de Bordeaux, 183 p.

Webographie

ATTARAN, Amir & al, 2004, « WHO, the Global Fund, and medical malpractice in malaria treatment » The Lancet Vol. 363 PP 237-240. <<http://www.malaria.org/Advocacy%20The%20Beginning/WHO.pdf>> (January 17)

AUBRY, Pierre, 2005 « Histoire du paludisme. Le paludisme à Madagascar » Médecine tropicale, Diplôme de Médecine tropicale des pays de l'Océan Indien < <http://medecinetropicale.free.fr/cours/histoirepalu.htm> > (25 mai)

BARRY, Alpha Ousmane, SD, « Les bases théoriques en analyse du discours », Publication LES TEXTES DE MÉTHODOLOGIE < <http://www.chaire-mcd.ca/> >

BILL Gates, 2010, « Annual Letter » <http://www.gatesfoundation.org/annual-letter/2010/Pages/bill-gates-annual-letter.aspx> (Janvier)

BONNET, Doris, 1986, Les représentations culturelles du paludisme chez les Moose du Burkina, ORSTOM, 64 p. <http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/pleins_.pdf>

BREUIL, Jack, 2009, « Attention au plasmodium knowlesi, paludisme des singes » Option bio, vol. 20, n° 422 < <http://www.em-consulte.com/article/222871> > (Juillet)

- CHAMBON, R ; LEMARDELEY, P ; LOUIS, F ; FOUMANE, V, 1997, « Connaissances, perceptions et pratiques des populations face aux nuisances culicidiennes » < <http://www.santetropicale.com/cameroun/pdf/anthropo.pdf>>
- CHARAUDEAU, Patrick, 2007, « Analyse du discours et communication. L'un dans l'autre ou l'autre dans l'un ? », Semen, 23, Sémiotique et communication. < <http://semen.revues.org/document5081.html>>
- DURKHEIM, Emile,
1898, « Représentations individuelles et représentations collectives » in Revue de la métaphysique et de la morale, T IV, mai 1898 par Tremblay. < <http://pages.infinit.net/sociojmt> >
- GAS, Valérie, 2006, « Paludisme : Stop aux monothérapies à base d'artémisinine » RFI
< http://www.rfi.fr/actufr/articles/073/article_41268.asp> (janvier)
- GUILHAUMOU, Jacques 2002, « Le corpus en analyse de discours : perspective historique » mis en ligne le 15 décembre 2003, < <http://corpus.revues.org/index8.html> >
- HILLENBRAND, Emily, 2006, «Improving Traditional-Conventional Medicine Collaboration: Perspectives from Cameroonian Traditional Practitioners», Nordic Journal of African Studies < <http://www.njas.helsinki.fi/pdf-files/vol15num1/hillenbrand.pdf>>
- IRD, 2005, « Paludisme de la femme enceinte : identification d'un gène impliqué dans la fixation du parasite au placenta », Fiches d'actualités scientifiques n° 228 < www.ird.fr/fr/actualites/fiches/2005/fiche228.htm > (Juillet).
- LAING, AB, 1984, «The impact of malaria chemoprophylaxis in Africa with special reference to Madagascar, Cameroon and Senegal» Bulletin of the World Health Organization 64 (suppl.) 41-48 < www.ipti-malaria.org/LinkClick.aspx?fileticket=ULdvbxb3Tso%3D >
- [LEVY-BRUHL](#) , Lucien, 1922, « La mentalité primitive » in PUF . Collection Bibliothèque de philosophie contemporaine. Première édition, 15e édition (édition électronique), 1960, 544 p. < http://classiques.uqac.ca/classiques/levy_bruhl/mentalite_primitive/mentalite.html>
- LOUIS, Francis, 2008, Le paludisme au Cameroun, <<http://en.impact-malaria.com/iml/cx/fr/layout.jsp?cnt=FADA27D7-5F4B-47A6-9D82-09C87B0A8A15>>
- MARCHAND, Gilles, 2002, « Les représentations sociales », in L'abécédaire des sciences humaines, hors série n° 38 < http://www.scienceshumaines.com/l-abecedaire-des-sciences-humaines_fr_134.htm > (Septembre/Octobre/Novembre)
- MOUCHET, J et HAMON, J, SD, « Les problèmes techniques de l'éradication du paludisme en Afrique », ORSTOM < http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/cahiers/entomo/pdf>
- NAU, Jean-Yves 2004, « Un nouveau moustique, découvert au Cameroun, est porteur du paludisme », Le Monde 28 juillet 2004 < <http://www.cameroon-info.net/cmForumNG/viewtopic.php>>

- OKALLA, Raphaël ; LE VIGOUROUX, Alain 2001, « [Cameroun : de la réorientation des soins de santé primaires au plan national de développement sanitaire](#) », Le bulletin de l'APAD n° 21 < <http://www.apad.revues.org/index25.html>>
- OKALLA, Raphaël ; LE VIGOUROUX, Alain, 2001, « Un système de santé en mutation : le cas du Cameroun », Article -- Le bulletin de l'APAD [Ref. 21 <<http://www.apad.revues.org/index25.html>>
- OMS, 2005, « Le paludisme en 2005 - Etat des lieux pays par pays - Cartes des risques, de l'état des résistances » Fiche 2005 <http://www.smi-voyage-sante.com/fiche-OMS-2005_a213.html>
- OMS, 1989, « Questions et réponses sur le Sida à l'intention des stations de radio », La prévention du Sida par la promotion de la santé <whqlibdoc.who.int/hq/1989/WHO_GPA_HPR_89.1_fre.pdf>
- OUEDRAGO, Didier 2008, « La maladie et la manière d'être en Afrique noire », Editorial espace-éthique, < http://www.espace-ethique.org/fr/popup_result.php?k_doc_lan_pk=316 > (Septembre)
- PIERRE#JOSEPH Laurent, 1999 « La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest ». Sous la direction de Yannick Jaffré et Jean#Pierre Olivier de Sardan. Paris, PUF, coll. "Les champs de la santé", 374 p. », Bulletin de l'APAD < <http://apad.revues.org/466>>
- PNUE, 2008, « Les alternatives du DDT sous la loupe internationale : La réunion de la Convention de Stockholm liée au PNUE examine la question controversée des pesticides » < <http://www.unep.org/Documents.Multilingual/Default.asp?DocumentID=550&ArticleID=5967&l=fr> > (novembre)
- ASSAKO ASSAKO, René Joly, 2003, « Recherche sur le paludisme et son association à d'autres maladies transmissibles, pour les pays en développement » < www.ssd.u-bordeaux2.fr/equipe/.../assako.htm > (Juin)
- RANDRIANARIMANANA, Philippe, 2006, « Le DDT est réhabilité par l'OMS », Courrier international, < <http://www.courrierinternational.com/revue-de-presse/2006/09/18/le-ddt-est-rehabilite-par-l-oms> > (Septembre)
- RATEAU, Patrick et MOULINER, Pascal (dir) 2009, « Représentations sociales et processus sociocognitifs », Presses Universitaires de Rennes, < www.pur-editions.fr >
- TILLEPIN, François SD « Histoire de la quinine dans la lutte contre le paludisme » <<http://www.cnrs.fr/cw/dossiers/dosbiodiv/index.php?pid=decouv>>
- VAN DER VEEN, Lolke, 2010, Maladies, remèdes et langues en Afrique Centrale <http://elisa.ddl.ish-lyon.cnrs.fr/Annuaire/Index>>
- VAN DER VEEN Lolke, 2000, , « Etude de la dénomination des troubles pathologiques en Afrique Centrale bantou ». H. E. Wolff and O. D. Gensler (eds.) Proceedings of the 2nd World Congress of African Linguistics (Leipzig 1997). Cologne. Rüdiger Köppe Verlag. <www.ddl.ish-lyon.cnrs.fr/.../Van%20der%20Veen_2000.pdf>
- VAUCEL, Marcel et FERON, Yvonne 1968 « L'introduction du paludisme dans la langue française » Rapport OMS WHO_Mal_68.651 <http://whqlibdoc.who.int/malaria/WHO_Mal_68.651_fre.pdf>

- VAUCEL, Marcel ; GALLIARD, H et ROUBAUD, E. 1954, « Terminologie du paludisme » Rapport d'un comité de rédaction OMS (Série de monographies n° 25) < http://whqlibdoc.who.int/monograph/WHO_MONO_25_fre.pdf>
- WIDMER, Jean 2007, « L'analyse sociologique des discours : Théorie de la communication sociale », <http://www.unifr.ch/dss-dgw/cours_widmer01.PDF>
- ZANGA, Valentin 2004, « Paludisme : Un nouveau vecteur découvert au Cameroun », RFI < www.rfi.fr/actu/fr/articles> (22 novembre) .

Annexes

Annexe 1 : Brève présentation du Cameroun

I. Situation géographique

Le Cameroun est un pays d'Afrique Centrale situé au fond du Golfe de Guinée, entre les 2^e et 13^e degrés de latitude Nord et les 9^e et 16^e degrés de longitude Est. Le pays a une superficie de 475.650 kilomètres carrés et une population de 19.406.100 habitants¹³⁶. Le Cameroun est limité à l'Ouest par le Nigéria, au Sud par le Congo, le Gabon et la Guinée Équatoriale, à l'Est par la République Centrafricaine, et au Nord-est par le Tchad. Enfin, au sommet du triangle, au Nord, le pays est coiffé par le Lac Tchad. Le milieu naturel, fort diversifié, est ainsi constitué :

- Le *sud forestier* (Régions du Centre, de l'Est, du Littoral, du Sud et du Sud-ouest) est situé dans les zones maritime et équatoriale caractérisées par une végétation dense, un vaste réseau hydrographique et un climat chaud et humide avec des précipitations abondantes. Les deux plus grandes villes du pays : Douala (capitale économique avec ses activités commerciales et industrielles, ville abritant le principal port du pays) et Yaoundé (capitale politique) sont dans cette partie du pays.
- Les *hauts plateaux* de l'ouest (régions de l'Ouest et du Nord-Ouest), dont l'altitude moyenne est supérieure à 1 100 m, forment une zone riche en terres volcaniques, favorables à l'agriculture. La végétation y est moins dense que dans le sud forestier et le climat frais.
- La *zone soudano-sahélien* (Régions de l'Adamaoua, du Nord et de l'Extrême-Nord) est une région de savanes et de steppes. En dehors du plateau de l'Adamaoua où le climat est plus tempéré, le reste de cette région est caractérisé par un climat tropical chaud et sec aux précipitations de plus en plus limitées au fur et à mesure que l'on se rapproche du lac Tchad.

¹³⁶ Résultats du recensement général de la population et de l'habitat de 2005 publiés en 2010.

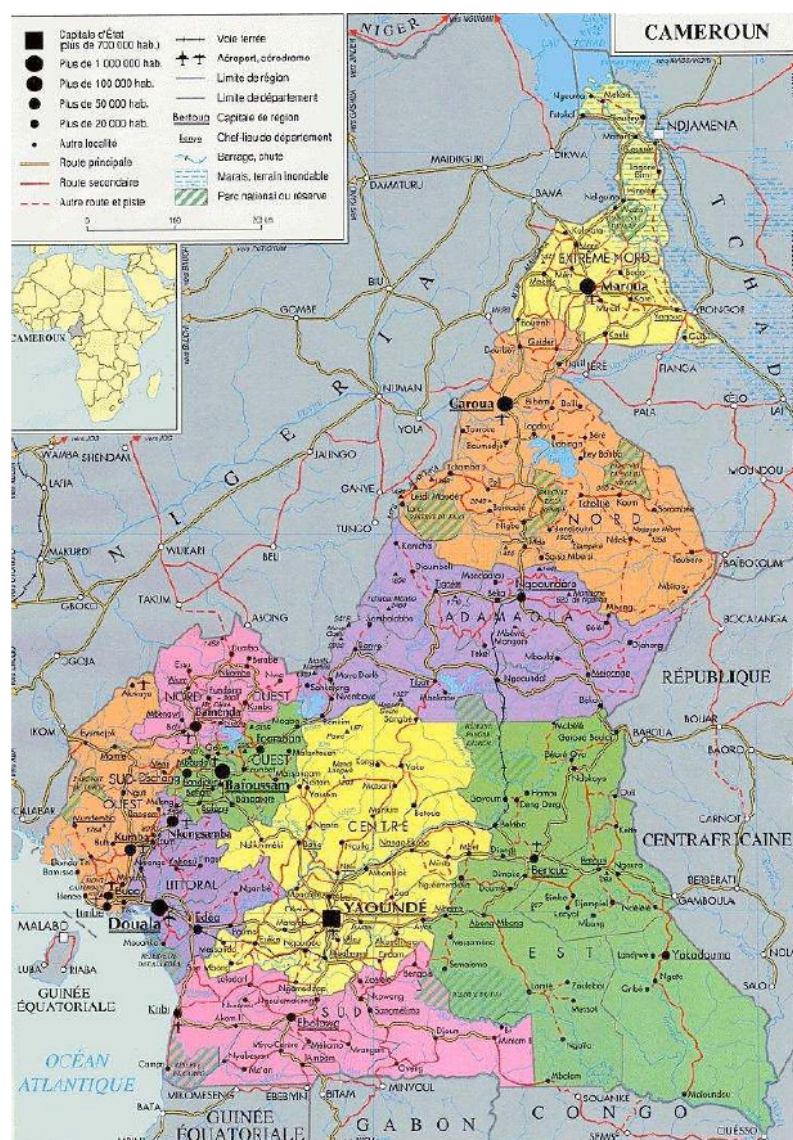


Figure 1 : Carte géographique du Cameroun

II. Aperçu historique et Organisation politico-administrative

Le Cameroun a été découvert par les Portugais en 1472 et colonisé par l'Allemagne en 1884. C'est un pays bilingue¹³⁷, composé d'une zone francophone et d'une zone anglophone. En effet, au terme du Traité de Versailles (à la fin de la première guerre mondiale), le pays a été placé, en 1919 par la Société Des Nations (SDN), sous mandat des administrations française (pour le Cameroun Oriental avec pour capitale Yaoundé) et anglaise (pour le Cameroun Occidental avec pour capitale Buéa). Le pays accède à l'indépendance le 1^{er} janvier 1960 pour le Cameroun sous tutelle¹³⁸ française et le 1^{er} octobre 1961 pour le Cameroun sous tutelle anglaise. À cette dernière date, le Cameroun devient un Etat fédéral. Le 20 mai 1972, à la suite d'un référendum, les deux États fédérés deviennent un État unitaire (République Unie du Cameroun). En 1983, la République Unie du Cameroun

¹³⁷ Le Français et l'Anglais sont les deux langues officielles.

¹³⁸ Après la seconde guerre mondiale, la SDN devient l'Organisation des Nations Unies (ONU) ; la notion de « Mandat » devient « Tutelle ». Le Cameroun oriental est ainsi placé sous tutelle française et le Cameroun occidental sous tutelle britannique.

devient République du Cameroun. Après une longue période de régime du parti unique au lendemain de l'indépendance, le multipartisme qui existait déjà dans le pays avant l'indépendance est réintroduit au Cameroun par la loi N° 90/053 du 19 décembre 1990 sur la liberté d'association.

Le pouvoir exécutif est exercé par un Président de la République élu au suffrage universel pour un mandat de sept ans renouvelable une fois. Le Président Paul Biya, au pouvoir depuis le 6 novembre 1982, a été réélu en octobre 2004 pour un deuxième septennat¹³⁹. L'Assemblée Nationale exerce le pouvoir législatif et le pouvoir judiciaire est exercé par la Cour Suprême. Il existe également un Conseil Économique et Social et une Chambre/Cour des Comptes. La constitution de janvier 1996 prévoit par ailleurs un Sénat et un Conseil Constitutionnel non encore fonctionnels à ce jour.

III. Aperçu socio-économique

Le développement économique du Cameroun repose, principalement comme la plupart des pays en voie de développement, sur le secteur primaire. Les productions agricoles vivrières (maïs, manioc, banane plantain, macabo, riz, mil, sorgho et arachide) et de cultures de rente (cacao, café, coton, caoutchouc, banane, ananas) font de l'agriculture camerounaise la plus riche d'Afrique Centrale. D'une manière générale, le pays est auto-suffisant sur le plan alimentaire. Cependant les habitudes alimentaires des populations ne favorisent pas toujours une alimentation quotidienne équilibrée.

Le Cameroun reste un pays pauvre : selon la Deuxième Enquête Camerounaise Auprès des Ménages (ECAM II), en 2001, deux personnes sur cinq (40 %) vivaient en dessous du seuil de pauvreté, estimé à 232 547 FCFA par adulte et par an. Le taux d'activité de la population âgée de 15-64 ans était de 66 % en 1987, selon le Deuxième Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH). Selon l'ECAM, le taux d'activité au sens du Bureau International du Travail (BIT) était estimé en 2001 à 72 %.

En matière de santé, en 1990 le Ministère de la Santé comptait 1 lit pour 393 habitants et 1 médecin pour 11 407 habitants. Selon les projections, en 2004, le pays comptait 1 lit pour 442 habitants et 1 médecin pour 5 673 habitants.

IV. Bref aperçu de la politique de santé

1. Historique

Quatre étapes majeures ont marqué jusqu'ici l'évolution de la politique sanitaire du Cameroun :

- **La période coloniale**, caractérisée par : (i) l'exercice d'une médecine mobile initiée par le Docteur Eugène Jamot dans le Cameroun Oriental, (ii) la gratuité des soins médicaux aux administrateurs coloniaux, militaires, religieux et accessoirement aux colonisés ; (iii) l'extension du réseau sanitaire vers les zones rurales ; (iv) la formation médicale à Dakar, et para médicale à Ayos ; (v) la mise sur pied de programmes verticaux mobiles de lutte contre les endémies locales (trypanosomiase, paludisme).

- **La période post-indépendance**, marquée par l'expérimentation des approches de santé communautaire, susceptibles d'assurer aux populations des soins de santé techniquement valables et en harmonie avec leurs réalités locales.

¹³⁹ Avant la constitution de 1996, le mandat était de 5 ans, illimité et, depuis cette constitution, la durée du mandat a été allongée à 7 ans renouvelables.

- **La période post Alma Ata** basée sur les Soins de Santé Primaires (SSP) dont l'objectif général était d'amener, d'ici à l'an 2000, tous les peuples à un niveau de santé en leur permettant de mener une vie socialement et économiquement productive.

- **La politique actuelle** se situe dans le cadre d'une approche de la région africaine qui tient compte des similitudes des systèmes sanitaires globalement en déclin. Elle tient donc compte des recommandations issues de certaines rencontres importantes organisées par les Etats africains au cours desquelles des stratégies concertées ont été développées. Parmi ces rencontres, Il convient de citer la conférence de Lusaka (1985), la conférence interrégionale de l'OMS à Harare (Août 1987), le sommet des Chefs d'États de l'OUA (Juillet 1987) et la conférence de Bamako (septembre 1987).

2. Réformes récentes et mise en place d'une politique de santé

Au Cameroun, les réformes élaborées et rendues publiques en 1989 ont été officiellement adoptées en 1992 par la Déclaration de Politique Sectorielle de Santé et, en 1993, par la Déclaration de mise en œuvre de la *Réorientation des Soins de Santé Primaires*. Dans ce concept, les principes suivants constituent les éléments de base :

- la participation de la communauté dans le but de son auto responsabilisation vis-à-vis de ses problèmes de santé ;
- la mise en évidence du lien étroit entre le développement et la santé ;
- le respect des Droits de l'Homme, comme celui d'être informé et celui de l'intégrité de l'individu, y compris son libre arbitre.

Dans le cadre de ces réformes, le centre de santé est appelé à jouer le rôle d'intermédiaire entre la communauté et les services de santé ; c'est aussi dans les centres de santé que sont dispensés les soins intégrés, continus et globaux. Ces réformes reposent sur :

- le financement des activités des Soins de Santé Primaires par le biais des contributions communautaires et non communautaires ;
- le succès de la mise en œuvre des SSP par la supervision et le Système National d'Informations Sanitaires ;
- le développement de la participation communautaire par la mise sur pied et le fonctionnement des structures de dialogue et de gestion.

La mise en œuvre de ces politiques a conduit à l'élaboration du document des stratégies sectorielles de la santé qui a été adopté en octobre 2001. Dans ce document, le Gouvernement compte à l'horizon 2010 (i) réduire de 1/3 au moins la charge morbide globale et la mortalité des groupes de populations les plus vulnérables, (ii) mettre en place, à une heure de marche et pour 90 % de la population, une formation sanitaire délivrant le Paquet Minimum d'Activités (PMA) et (iii) pratiquer une gestion efficace et efficiente des ressources dans 90 % des formations sanitaires et services de santé publics et privés à différents niveaux de la pyramide.

Pour atteindre ces objectifs, les autorités ont développé un ensemble de huit programmes à travers lesquels elles mènent des actions spécifiques pour améliorer sensiblement la santé des Camerounais. Il s'agit de (i) la lutte contre la maladie, (ii) la santé de la reproduction, (iii) la promotion de la santé, (iv) les médicaments et consommables médicaux essentiels, (v) le processus gestionnaire, (vi) l'amélioration de l'offre de la santé, (vii) le financement du secteur de la santé et (viii) le développement institutionnel.

Le programme « Lutte contre la Maladie » est axé sur (i) la lutte contre les grandes endémies de santé publique que sont le paludisme, première cause de mortalité et de

morbidité pour lequel un programme spécifique a été élaboré, la lèpre, l'onchocercose, la cécité, la trypanosomiasse humaine africaine, le ver de guinée, la schistosomiasse, (ii) la lutte contre certaines maladies chroniques constituant un problème de santé publique au nombre desquels l'hypertension artérielle, le diabète, l'épilepsie, la drépanocytose, les cancers, l'asthme, les affections rhumatismales, la surdité, (iii) la lutte contre les épidémies, notamment le choléra, la rougeole, la méningite cérébro-spinale, et la prise en charge des urgences dues aux catastrophes et accidents et (iv) la lutte contre la tuberculose et les IST/ SIDA pour lesquelles un programme spécifique a été adopté en septembre 2000.

Le programme « Santé de la Reproduction » met l'accent sur (i) la santé de la mère, de l'adolescent et de la personne âgée, (ii) le programme élargi de vaccination (PEV) axé sur la protection des enfants de 0 à 11 mois et de 1 à 5 ans contre des maladies évitables par la vaccination telles que la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la variole, l'hépatite, la fièvre jaune, la poliomyélite, la rougeole, etc., (iii) la promotion de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) notamment les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aiguës, le paludisme, la rougeole et les carences nutritionnelles chez les enfants de moins de 5 ans.

Le programme « Promotion de la Santé » concerne surtout (i) l'information, l'éducation et la communication de santé, éléments nécessaires pour amener les populations à adopter des comportements et styles de vie favorables à leur santé, (ii) l'alimentation et la nutrition nécessaires pour réduire l'incidence des malnutritions protéino-énergétiques, de l'anémie et de la carence en vitamine A chez les enfants de moins de 5 ans, les adolescents, les femmes enceintes et celles qui allaitent et (iii) la santé mentale et le comportement humain.

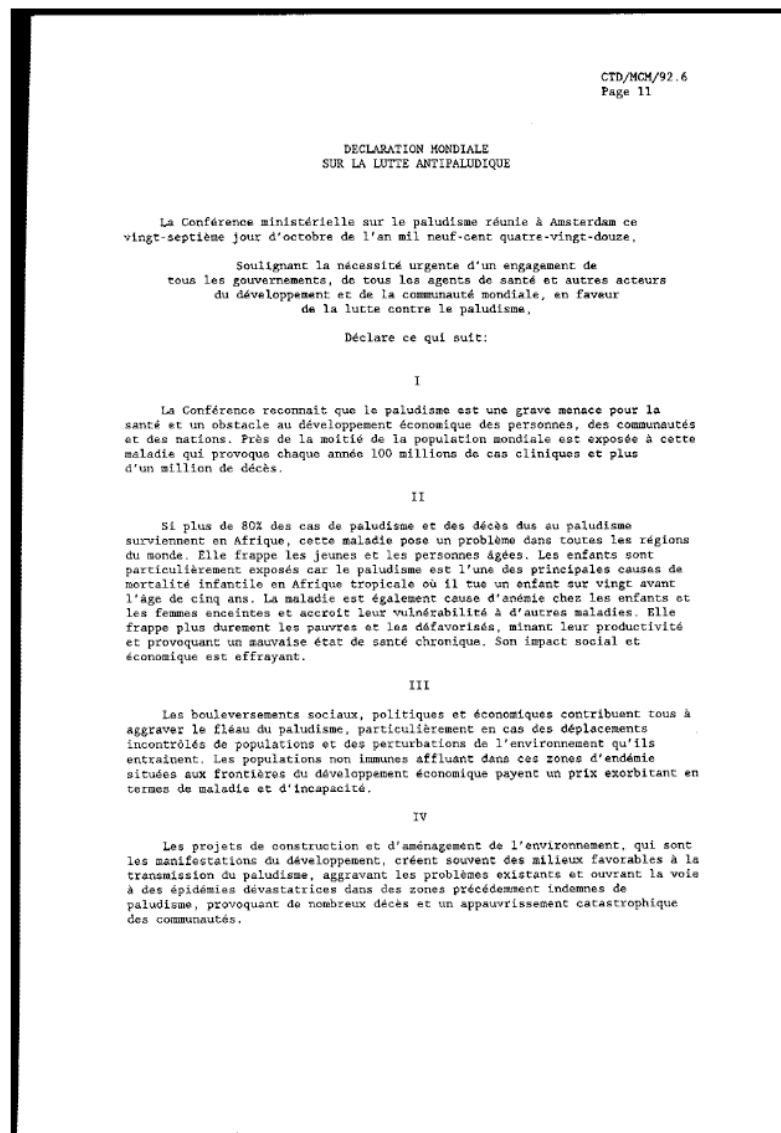
Le programme « Médicaments Réactifs et Dispositifs Médicaux Essentiels » a pour but de développer des stratégies permettant de rendre disponibles dans toutes les structures sanitaires les médicaments essentiels, de préférence sous leur forme générique, les réactifs ainsi que les dispositifs médicaux essentiels de qualité, et d'en faciliter l'accès aux populations.

Le programme « Processus Gestionnaire », porte sur l'amélioration de la gestion financière du secteur de la santé, des infrastructures et équipements, des ressources humaines, du système d'information sanitaire, en vue d'améliorer l'offre des soins et services de la santé. Le programme « Amélioration de l'Offre des Soins et Services » porte sur le développement des ressources humaines et des infrastructures et équipements, la réforme hospitalière et sur la définition et des protocoles et normes des soins. Ces différentes actions permettront de (i) rendre disponibles des ressources humaines tant sur le plan qualitatif que quantitatif pour la mise en œuvre de la politique sanitaire nationale, (ii) contribuer à l'amélioration de l'offre des services en matière de santé pour toutes les couches de la population camerounaise et (iii) contribuer à l'amélioration de la qualité des soins et de la prise en charge des malades dans le réseau hospitalier.

Le programme « Financement de la Santé » consiste à (i) mettre en place un système tarifaire par protocole de soins, permettant d'assurer l'accessibilité sur le plan financier de toutes les couches de la population, en particulier des plus pauvres, aux soins de santé, (ii) d'augmenter le financement public de la santé et sa liquidité et (iii) d'encourager la promotion du partage du risque maladie dans le financement de la santé par l'intermédiaire notamment de la création par les communautés d'une mutuelle de santé au niveau de chaque district de santé. Le programme « Développement Institutionnel », axé sur le renforcement des capacités institutionnelles et le développement du partenariat, vise à définir le rôle des différents acteurs qui interviennent dans le système de santé et de recentrer le rôle de

coordination que doit jouer le Ministère de la Santé Publique pour le succès de la mise en œuvre de la stratégie.

Annexe 2 : Déclaration mondiale sur la lutte antipaludique



CID/MCM/92.6
Page 12

V

La propagation de la pharmacorésistance complique le traitement du paludisme et impose souvent l'emploi de médicaments nouveaux qui risquent d'être plus coûteux ou plus toxiques que la chloroquine, ce qui conduit à privilégier les mesures individuelles et communautaires de protection contre le piqûre de moustiques et réduit en fait l'efficacité de la chimioprophylaxie.

VI

Malgré ces problèmes, la situation peut et doit être maîtrisée avec les moyens actuellement disponibles. Nous avons appris que la clé du succès est d'appliquer les bonnes stratégies, au bon endroit et au bon moment, et ceci de façon suivie. Dans la plupart des pays d'endémie, on s'attachera à prévenir la mortalité due au paludisme et à réduire la morbidité et les conséquences sociales et économiques provoquées de la maladie, en améliorant et en renforçant progressivement les capacités locales et nationales. Cette tâche sera particulièrement ardue dans les pays les moins avancés où un appui durable mettant en jeu la solidarité internationale, s'impose.

VII

Consciente de ce qui précède, la Conférence ministérielle

- o fait sienne la Stratégie mondiale de lutte antipaludique en reconnaissant la nécessité d'axer les efforts sur le renforcement des capacités locales et nationales et de tenir compte des spécificités nationales;
- o approuve les quatre composantes techniques de la stratégie, à savoir :
 - le diagnostic précoce et le traitement rapide;
 - la planification et la mise en oeuvre de mesures de prévention sélectives et durables, y compris la lutte antivectorielle;
 - la détection précoce, l'endiguement ou la prévention des épidémies; et
 - le renforcement des capacités locales en matière de recherche fondamentale et appliquée pour permettre, et favoriser, une évaluation régulière de la situation du paludisme dans les pays, évaluation qui porte notamment sur les déterminants écologiques, sociaux et économiques de la maladie;
- o préconise une décentralisation de la structure de gestion des programmes afin que le soin d'utiliser les ressources disponibles de la façon la plus appropriée soit délégué à ceux qui se trouvent au coeur du problème;
- o reconnaît qu'un groupe central de spécialistes nationaux a un rôle essentiel à jouer dans la définition et l'élaboration de stratégies nationales, ainsi que dans la mise en place de systèmes efficaces de formation, d'encadrement et d'éducation sanitaire tenant compte de ces stratégies. Ces systèmes sont nécessaires pour que les nouvelles connaissances, notamment celles qui découlent de la recherche opérationnelle et des activités régulières de surveillance et d'évaluation, soient régulièrement communiquées à ceux qui sont le mieux placés pour les utiliser; et

- o sait que le problème du paludisme continuera à évoluer et que les stratégies de lutte antipaludique devront suivre cette évolution. Elle affirme la nécessité d'un effort constant de recherche-développement portant à la fois sur la recherche fondamentale, pour la mise au point de meilleurs instruments de lutte antipaludique, et sur la recherche appliquée, pour une utilisation optimale des ressources existantes dans les contextes très diverses où sévit le paludisme. Elle reconnaît, en outre, la nécessité d'un appui beaucoup plus poussé aux recherches entreprises pour le compte des secteurs sociaux, afin de mettre la science au service de l'humanité tout entière.

VIII

Les participants à la Conférence ministérielle s'engagent, en leur nom propre et au nom de leur pays, à combattre le paludisme, et

- o à réexaminer les efforts actuels en reconnaissant qu'il est possible de mieux utiliser les ressources existantes et à déterminer les besoins non satisfaits pour mobiliser le complément de ressources nécessaires à l'expansion des activités en cours;
- o à programmer la lutte antipaludique en tant qu'élément essentiel du développement sanitaire et à intégrer ce dernier dans le développement national dont il constitue un élément fondamental. La Conférence ministérielle sait que les risques de propagation du paludisme, et d'autres maladies tropicales inhérentes aux projets de développement, peuvent largement dépasser les moyens dont disposent les services sanitaires et sociaux pour y faire face. Des mesures sanitaires doivent être intégrées dans ces projets si l'on veut qu'ils contribuent utilement au développement social et économique des communautés concernées;
- o à faire participer à ces efforts les communautés, dans le cadre d'un partenariat, ainsi que les autres secteurs concernés par l'éducation, les ressources en eau, l'assainissement, l'agriculture et le développement; et
- o à mener la lutte contre le paludisme dans le contexte des soins de santé primaires en profitant de cette occasion pour renforcer les infrastructures sanitaires et sociales et promouvoir le droit fondamental de toute population touchée par le paludisme à un diagnostic précoce et à un traitement approprié.

IX

Tout en reconnaissant que c'est aux pays impaludés qu'incombe au premier chef l'adoption de mesures indispensables à la lutte antipaludique, la Conférence fait observer que le problème se pose souvent avec plus d'acuité dans les pays, ou régions, qui sont précisément le moins en mesure d'agir. Considérant toutefois qu'un appui extérieur ne peut qu'être limité dans le temps et conçu en vue de l'accession à l'autoresponsabilité dans un délai raisonnable, la Conférence lance un appel à tous les partenaires du développement international, y compris les institutions et organismes du système des Nations Unies, les institutions bilatérales et les organisations non gouvernementales, pour qu'ils accroissent leur appui à la lutte antipaludique, en y investissant leurs ressources de manière à consolider les plans établis par les pays pour combattre durablement le paludisme.

CTD/MCH/92.6
Page 14

conformément à la stratégie mondiale, ainsi qu'à des recherches débouchant sur de nouveaux moyens de lutte antipaludique, y compris les vaccins. Cet appel se fonde sur des considérations de justice sociale et d'équité, et sur la conviction qu'un tel appui contribuera tout particulièrement au développement économique et social, ainsi qu'à la lutte contre la misère dans le monde.

X

La Conférence lance un appel à l'Organisation mondiale de la Santé qui est tenue, par sa Constitution, d'agir en tant qu'autorité directe et coordinatrice des activités sanitaires internationales, pour qu'elle joue un rôle de leader dans l'appui apporté dans les pays à l'exécution de cette stratégie mondiale.

Professeur Pascal Lissouba, Président de la République du Congo, Président de la Conférence ministérielle sur le paludisme

Dr Eusebio del Cid, Ministre de la Santé du Guatemala, Vice-président de la Conférence ministérielle sur le paludisme

Dr M. Adhyatma, Ministre de la Santé de l'Indonésie, Vice-président de la Conférence ministérielle sur le paludisme

Dr Ali Bin Mohammed Bin Moosa, Ministre de la Santé d'Oman, Vice-président de la Conférence ministérielle sur le paludisme

Madame Hilda Lini, Ministre de la Santé du Vanuatu, Vice-présidente de la Conférence ministérielle sur le paludisme

-1-

Annexe 3 : Déclaration d'Abuja pour faire reculer le paludisme en Afrique

Nous, Chefs d'État et de gouvernement des pays africains réunis à Abuja, au Nigeria, le 25 avril 2000,

Rappelant, d'une part, la Déclaration de Harare faite par l'Organisation de l'Unité Africaine (OUA) le 4 juin 1997 sur la prévention et la lutte contre le paludisme dans le cadre de la relance économique et du développement de l'Afrique et, d'autre part, l'Initiative africaine de lutte contre le paludisme, au 21^e siècle, devenue à la fin de l'année 1998 le projet « Faire reculer le paludisme en Afrique » ;

Conscients des précédentes déclarations relatives à la santé et au développement adoptées par l'Organisation de l'Unité Africaine ;

Reconnaissant que le paludisme constitue un mal et un fardeau économique pour des centaines de millions d'Africains et un obstacle au développement et à la réduction de la pauvreté

Notant:

- que chaque année, le paludisme cause environ un million de décès en Afrique ;
- que neuf cas de paludisme sur 10 dans le monde surviennent en Afrique subsaharienne ;
- que le paludisme coûte, chaque année, jusqu'à 12 milliards de dollars EU à l'Afrique, alors qu'une petite fraction de ce montant suffirait pour lutter contre cette maladie ;
- que les personnes les plus touchées sont parmi les plus démunies du continent et que le paludisme continue à les maintenir dans la pauvreté ;
- qu'une famille vivant dans une zone endémique peut dépenser jusqu'à 25 % de son revenu annuel pour la prévention ou des traitements antipaludiques ;
- que le paludisme a réduit de 1,3 % par an le taux annuel de croissance économique des pays africains, entraînant ainsi, sur une période de 35 ans, une baisse du PIB de 32 % par rapport à ce qu'elle aurait pu être, n'eût été l'action du paludisme
- que le paludisme peut resurgir dans les régions où il a été maîtrisé,

Considérant que des possibilités existent pour prévenir, traiter et guérir le paludisme

Reconnaissant :

- la forte détermination des pouvoirs publics, des communautés et des partenaires du développement à améliorer la santé et à promouvoir le bien-être des populations africaines ;
- que tous les pays africains ont signé et ratifié la Convention sur les Droits de l'Enfant qui reconnaît le droit de tous les enfants à une bonne santé et à une bonne nutrition.

Conscients que la dynamique du mouvement de lutte contre le paludisme aidera à réduire le fardeau que constitue cette maladie ;

Convaincus qu'il existe désormais une occasion unique d'inverser la situation du paludisme en Afrique ;

3. RENOUVELONS NOTRE ATTACHEMENT :

aux principes et aux objectifs de la Déclaration de Harare de 1997 ;

4. EXPRIMONS NOTRE DÉTERMINATION À DÉPLOYER DES EFFORTS INTENSIFS POUR :

i. réduire de moitié la mortalité imputable au paludisme en Afrique d'ici l'an 2010, en mettant en œuvre les stratégies et les mesures adoptées lors du présent sommet pour faire reculer le paludisme ;

ii. initier des actions au niveau régional pour assurer la mise en œuvre, la surveillance et la gestion de l'Initiative – Faire reculer le paludisme.

iii. prendre des mesures appropriées au niveau de chaque pays, pour fournir des ressources destinées à faciliter la réalisation des objectifs de l'Initiative – Faire reculer le paludisme.

iv. travailler de concert avec nos partenaires dans les pays touchés par le paludisme pour réaliser les objectifs fixés et octroyer les ressources nécessaires en s'appuyant sur les secteurs public et privé et sur les organisations non gouvernementales ;

v. créer, dans nos pays, un environnement propice à une participation accrue des partenaires internationaux à nos activités de lutte antipaludique.

5. **CONVENONS DE :**

prendre des mesures appropriées et durables pour renforcer les systèmes de santé afin que, d'ici l'an 2005 :

i. au moins 60 % des paludéens aient accès à un traitement rapide, adéquat et abordable dans un délai de 24 heures après l'apparition des symptômes ;

ii. au moins 60 % des personnes à risque, surtout les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans, puissent bénéficier de la combinaison la plus appropriée de mesures de protection personnelle et communautaire telles que les moustiquaires traitées aux insecticides et d'autres interventions accessibles et abordables pour prévenir l'infection et la souffrance ;

iii. au moins 60% de toutes les femmes enceintes à risque, surtout les primipares, aient accès à la chimioprophylaxie ou à un traitement intermittent de présomption ;

6. **LANÇONS UN APPEL**

A tous les États membres pour qu'ils réforment leurs systèmes de santé pour :

i. promouvoir l'appropriation et la cogestion des programmes de l'initiative *Faire reculer le paludisme* par les communautés, afin d'en assurer la durabilité ;

ii. faire en sorte que le diagnostic et le traitement du paludisme puissent s'effectuer de la manière la plus large possible, y compris à domicile ;

iii. faire en sorte qu'un traitement adéquat soit accessible et disponible, même pour les groupes les plus démunis de la communauté ;

iv. continuer à redoubler de vigilance pour éviter la réapparition du paludisme

A tous les partenaires au développement

v. qu'ils annulent en totalité la dette des pays pauvres et lourdement endettés d'Afrique afin de libérer des ressources pour les programmes visant à alléger la pauvreté, y compris l'initiative –Faire reculer le paludisme.

vi. qu'ils allouent de nouvelles ressources substantielles s'élevant au moins à un milliard de dollars des Etats-Unis par an, à l'initiative *Faire reculer le paludisme*.

vii. qu'ils allouent des ressources supplémentaires afin de stimuler la mise au point d'un vaccin antipaludique adapté à l'Afrique et qu'ils allouent des fonds similaires aux autres technologies antipaludiques.

viii. qu'ils renforcent et soutiennent la collaboration entre les institutions de recherche à l'intérieur de l'Afrique et avec les institutions partenaires à travers le monde.

ix. qu'ils renforcent la collaboration entre les institutions de recherche et les institutions mettant en œuvre l'initiative *Faire reculer le paludisme*, afin d'assurer l'utilisation optimale des résultats de la recherche et de l'expérience du programme.

7. **PRENONS L'ENGAGEMENT DE :**

i. mettre en œuvre, dans nos pays, le plan d'action approuvé joint à la présente Déclaration ;

ii. élaborer des mécanismes destinés à faciliter la fourniture de renseignements fiables sur la situation du paludisme aux décideurs, dans les foyers, les communautés, les districts et les pays, afin de leur permettre de prendre les mesures appropriées ;

iii. améliorer l'accès à la prévention du paludisme en réduisant ou en supprimant les tarifs et droits de douanes sur les moustiquaires, les équipements, les insecticides, les antipaludiques, et autres biens et services nécessaires pour les stratégies de lutte contre le paludisme et ;

iv. octroyer les ressources nécessaires pour une mise en œuvre durable des mesures prévues dans le cadre de l'Initiative *Faire reculer le paludisme* ;

v. améliorer l'appui apporté à la recherche (y compris la recherche opérationnelle) pour mettre au point un vaccin, et d'autres nouveaux outils, et améliorer les outils existants ;

vi. commémorer le présent Sommet en instituant comme journée africaine du paludisme le 25 avril de chaque année et lancer un appel aux Nations-Unies pour qu'elles déclarent la prochaine décennie 2001 — 2010 décennie de lutte contre le paludisme ;

vii. étudier et renforcer la médecine traditionnelle dans le domaine de la lutte antipaludique.

8. **PRIE** :

le Comité régional de l'Afrique et de la Méditerranée orientale de suivre la mise en œuvre de cette Déclaration, et de soumettre régulièrement un rapport à l'OUA, et de s'efforcer d'obtenir la collaboration des institutions des Nations Unies et d'autres partenaires.

9. **DONNONS MANDAT** :

au gouvernement du Nigeria pour soumettre, au prochain sommet de l'OUA, un compte rendu du présent Sommet sur *Faire reculer le paludisme*, afin d'en assurer le suivi en collaboration avec les institutions des Nations-Unies et d'autres partenaires.

Cadre de suivi du plan d'action de la Déclaration d'Abuja

10. **Éléments du plan**

DOMAINE PRIORITAIRE	APPROCHES ET ACTIONS
Organisation et gestion du système de santé	▪ Améliorer la capacité de gestion des ministères de la Santé. Veiller à l'établissement de politiques sanitaires et de programmes intégrés pour la prise en charge et la prévention des maladies prioritaires. Elaborer des indicateurs clés pour la surveillance et l'évaluation de la performance des systèmes de santé. ▪ Promouvoir la décentralisation des systèmes de santé en vue d'améliorer l'accès aux services de santé. ▪ Développer et renforcer les capacités de prestations de soins de santé dans les districts et les collectivités. ▪ Faire correspondre la décentralisation des services de santé à celle des autres secteurs. ▪ Renforcer le partenariat avec les ONG et le secteur privé pour assurer une couverture et un accès de portée universelle caractérisée par la complémentarité, l'harmonisation des activités et la continuité systématique des soins. ▪ Etablir et renforcer les relations de partenariat avec d'autres secteurs dont les activités favorisent la transmission du paludisme, en veillant à ce que soient effectuées pour tous les projets de développement une étude d'impact sur l'environnement (EIE) ainsi qu'une évaluation et une gestion des risques pour la santé. ▪ Élargir les possibilités de financement des programmes de santé axés sur les collectivités pour améliorer l'accès au traitement du paludisme et aux mesures de prévention, et les rendre plus abordables. ▪ Renforcer les systèmes de gestion financière en vigueur pour s'assurer qu'à tous les niveaux, les fonds sont utilisés de manière transparente, équitable et honnête.
Prise en charge de la maladie	▪ Développer des programmes d'intervention destinés à la lutte (traitement et prévention) contre les maladies prioritaires, tels que la PCIME (prise en charge intégrée des maladies de l'enfant). ▪ Faire en sorte que les ressources nécessaires soient dégagées et faciliter la collaboration de tous les acteurs de l'équipe sanitaire, dans l'exécution des programmes d'intervention prioritaires. ▪ Encourager et soutenir les programmes communautaires pour permettre un diagnostic précoce et un traitement rapide et adéquat du paludisme. ▪ Prendre les mesures appropriées afin de s'assurer que les plus pauvres puissent avoir accès à un traitement adéquat. ▪ Améliorer la qualité des diagnostics et des traitements par une formation et un suivi continus. Fournir des laboratoires fonctionnels, des équipements appropriés et des médicaments essentiels aux centres d'orientation/recours. ▪ Fournir aux établissements scolaires, aux parents, et

	surtout aux mères et aux personnes chargées de prendre soin des enfants, ainsi que sur les lieux de travail, des programmes de formation et d'information sur les méthodes de reconnaissance du paludisme. Améliorer leur capacité à appliquer un traitement à domicile et à déterminer le moment de rechercher de l'aide dans les cas graves. ▪ Elaborer des directives pour la prise en charge du paludisme et des autres maladies prioritaires par le personnel médical à tous les niveaux.
Fourniture de médicaments antipaludiques et d'équipements destinés à la lutte contre le paludisme	▪ Etablir des mécanismes pour assurer une fourniture adéquate, ininterrompue et rapide de produits, notamment des médicaments, insecticides et autres équipements destinés à la lutte contre le paludisme. ▪ Elaborer ou mettre à jour des politiques nationales du médicament sur toutes les maladies prioritaires ; veiller à leur mise en œuvre et à leur révision dans les secteurs public et privé. ▪ Promouvoir la prescription rationnelle d'antipaludiques dans les secteurs public et privé. Mettre sur pied et renforcer un organisme efficace de contrôle, qui procédera à l'examen critique de toutes les demandes d'enregistrement de médicaments et sera doté de tous les pouvoirs pour effectuer des contrôles et faire respecter la législation. ▪ Soutenir et contribuer à la mise en place et/ou à l'entretien de laboratoires nationaux et régionaux indépendants, chargés de contrôler la qualité des médicaments.
Prévention de la maladie	▪ Sensibiliser la population et promouvoir des mesures de prévention telles que le dépistage à domicile, les moustiquaires traitées aux insecticides et autres mesures telles que la gestion de l'environnement. ▪ Appuyer et encourager les mesures de protection de l'environnement prises par les familles et les communautés pour réduire les gîtes larvaires. ▪ Soutenir et promouvoir l'utilisation de la médecine traditionnelle pour la lutte contre le paludisme. ▪ Soutenir et promouvoir la mise en place et l'utilisation de mesures de prévention du paludisme telles que la chimioprophylaxie et/ou le traitement présomptif intermittent des femmes enceintes et surtout les primipares. ▪ Initier des stratégies pour éviter la réintroduction du paludisme dans les zones libérées du paludisme.
Surveillance de la maladie, préparation de la réponse aux épidémies	▪ Renforcer les systèmes d'information sanitaire pour garantir la fiabilité des rapports sur les cas déclarés de paludisme et de décès subséquents dans le cadre du système intégré de surveillance de la maladie. ▪ Fournir ces renseignements au personnel médical et aux décideurs pour qu'ils puissent prendre des décisions appropriées. ▪ Etablir des moyens rapides et efficaces de dépistage, de préparation et de réponse aux épidémies, pour

	détecter et maîtriser le plus rapidement possible toute flambée épidémique. ▪ Etablir un système efficace permettant d'informer les organismes chargés de la lutte contre le paludisme et les décideurs d'autres secteurs pertinents des nouveaux projets de développement, des mouvements de main-d'œuvre et de population, et des changements écologiques et climatiques importants, susceptibles d'influer sur la situation du paludisme.
Lutte à long-terme	▪ Promouvoir des mesures essentielles multisectorielles pour s'assurer que les projets et les activités ne favorisent pas l'apparition de gîtes larvaires ou n'exposent pas le personnel, les familles et les communautés aux risques du paludisme. Promulguer et faire respecter les lois et règlements appropriés pour soutenir les stratégies de lutte contre le paludisme. ▪ Promouvoir la sensibilisation des milieux d'affaires aux incidences économiques néfastes d'une progression constante du paludisme, et les amener à fournir une aide matérielle et financière aux efforts déployés à tous les niveaux pour combattre le paludisme. Manifester une reconnaissance officielle à ceux qui contribuent de façon soutenue et substantielle. ▪ Instituer des mesures d'encouragement spéciales (telles que des prêts à taux privilégiés ou des exonérations d'impôts indirects, de taxes à l'importation et d'impôts sur les ventes) susceptibles de réduire le coût des équipements et des produits destinés à la lutte contre le paludisme. ▪ Promulguer et faire respecter les lois et règlements susceptibles de promouvoir la santé et de combattre la maladie. ▪ Etablir et renforcer les relations de partenariat avec les établissements scolaires et les lieux de travail pour accroître l'accès au traitement et aux mesures de prévention du paludisme.
Valorisation des ressources humaines	▪ Offrir des possibilités de formation continue au personnel médical et aux communautés pour leur permettre de s'informer de la politique et des directives nationales de lutte contre le paludisme. ▪ Etablir des programmes à court, moyen et long termes de valorisation des ressources humaines, après évaluation des besoins de renforcement de capacités à tous les niveaux de prestation des services de santé. ▪ Veiller à ce que les normes et directives de prise en charge des cas, de prévention des maladies, de surveillance des épidémies, de transmission et de lutte soient intégrées aux programmes de formation et déterminantes dans l'évaluation des compétences acquises par les stagiaires durant leur formation et de leur rendement professionnel. ▪ Réviser régulièrement les programmes des écoles de médecine, d'infirmiers, de santé publique, des sciences connexes et d'autres établissements pour s'assurer qu'ils ne sont pas en déphasage par rapport aux politiques nationales et aux normes de prise en charge des maladies.

Recherche, y compris recherche opérationnelle Interdisciplinaire	▪ En collaboration avec les institutions compétentes, développer ou renforcer à tous les niveaux les capacités à entreprendre des recherches, notamment des recherches opérationnelles inter-disciplinaires sur des questions directement liées aux objectifs de lutte et à faire en sorte que les résultats permettent d'opérer les changements de programme nécessaires. ▪ Échanger les résultats des recherches entre les différents pays de la région, notamment ceux ayant des problèmes et intérêts semblables. ▪ Établir, dans chaque pays, les mécanismes de mise en place des programmes de recherche prioritaires et de leur coordination, et veiller à ce que les résultats soient intégrés aux stratégies de lutte. ▪ Soutenir la réalisation d'études multicentriques pour la mise au point de vaccins, de nouveaux médicaments et outils de lutte contre le paludisme. ▪ Promouvoir la recherche et le développement dans le domaine de la médecine traditionnelle.
---	---

11. INDICATEURS DE SUIVI 2000 — 2005

Organisation et gestion des systèmes de santé	▪ Nombre de pays ayant institué une politique sanitaire. ▪ Nombre de pays ayant des programmes de santé par district, qui reflètent cette politique. ▪ Politique de couverture universelle basée sur une simple intervention notamment dans les interventions antipaludiques. ▪ Pourcentage de structures sanitaires qui ont appliqué les programmes d'intervention. ▪ Pourcentage des dépenses publiques consacrées à la santé. ▪ Pourcentage des dépenses consacrées à la santé par structure, aux niveaux primaire, secondaire et tertiaire. ▪ Pourcentage de districts procédant à une collecte et à une exploitation systématiques des informations sanitaires à des fins de planification. ▪ Nombre de pays ayant une politique relative aux médicaments antipaludiques. ▪ Nombre de pays ayant un système intégré de surveillance de la maladie.
Prise en charge de la maladie	▪ Pourcentage de districts, dans chaque pays, appliquant la PCIME, dans les formations sanitaires, les communautés et les ménages pour la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant. ▪ Pourcentage de personnes à haut risque souffrant d'accès palustre et ayant reçu une prise en charge adéquate dans un délai de huit heures. ▪ Nombre de pays ayant des protocoles pour l'orientation/recours au niveau des formations sanitaires. ▪ Pourcentage des ménages ayant accès aux médicaments antipaludiques dans les vingt-quatre heures.

Fourniture de médicaments antipaludiques et d'équipements destinés à la lutte contre le paludisme	▪ Pourcentage de formations sanitaires ayant des antipaludiques de première ou deuxième intention. ▪ Pourcentage de structures ayant des services appropriés de dépistage des parasites.
Prévention de la maladie	▪ Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans utilisant des moustiquaires imprégnées. ▪ Pourcentage de femmes enceintes utilisant des moustiquaires imprégnées. ▪ Pourcentage de femmes enceintes recevant une chimioprophylaxie ou un traitement présomptif. ▪ Pourcentage de maisons dans lesquelles on procède à des pulvérisations d'insecticides. ▪ Elaboration de lois et de règlements sur les stratégies de lutte antipaludique. ▪ Pourcentage de projets sanitaires incorporant une évaluation de l'impact environnemental et sanitaire.
Surveillance de la maladie, préparation de la réponse aux épidémies	▪ Pourcentage des épidémies de paludisme détectées deux semaines après les premières manifestations. ▪ Pourcentage des épidémies de paludisme maîtrisées deux semaines après les premières manifestations.
Lutte à long-terme	▪ Nombre de pays ayant introduit des mesures de réduction ou d'exonération de taxes sur les produits antipaludiques, les moustiquaires imprégnées et autres équipements antipaludiques. ▪ Pourcentage de pays où les facteurs de risques pour l'environnement liés au paludisme sont pris en compte dans la planification de projets de développement. ▪ Nombre de pays où l'information sur la prévention et la prise en charge du paludisme est incorporée dans le programme scolaire des écoles primaires.
Valorisation des ressources humaines	▪ Participation du personnel technique à tous les niveaux de prestation sanitaire (y compris la PCIME). ▪ Pourcentage d'amélioration des connaissances, des attitudes et des pratiques au niveau de la communauté.
Recherche, y compris recherche opérationnelle Interdisciplinaire	▪ Nombre de nouveaux médicaments et outils antipaludiques créés pour une utilisation aux niveaux communautaire et institutionnel. ▪ Pourcentage de pays où les institutions nationales et les ministères de la Santé collaborent effectivement dans le domaine de la recherche opérationnelle. ▪ Nombre de pays ayant établi au niveau national des mécanismes de mise en place et de coordination des programmes de recherche prioritaires y compris la mise au point des vaccins. ▪ Prise en compte des résultats des recherches dans les stratégies de lutte contre la maladie. ▪ Nouveaux résultats attendus de la médecine traditionnelle.

12. CADRE D'ÉTABLISSEMENT DES RAPPORTS

INSTITUTIONS	MÉCANISMES
13. Comptes rendus aux Chefs d'État et de gouvernement • Réunion des Chefs d'État et de Gouvernement de l'OUA	- Les directeurs régionaux de l'OMS/AFRO/EMRO en consultation avec le Secrétaire général de l'OUA veilleront à ce qu'un rapport sur l'état d'avancement du Plan d'action de la Déclaration d'Abuja figure à l'ordre du jour de l'assemblée générale annuelle des chefs d'État et de gouvernement de l'OUA. - Évaluation : Deux réunions extraordinaires des Chefs d'États et de gouvernement seront organisées pour étudier l'état d'avancement de l'exécution du Plan d'action, en 2005 (évaluation à mi-parcours) et en 2010 (évaluation finale).
14. Comptes rendus aux Ministres de la Santé • Ministres de la Santé de l'OUA • Réunion des Comités Régionaux AFRO/EMRO	- À la réunion annuelle des ministres de la Santé de l'OUA, les directeurs régionaux de l'OMS/AFRO/EMRO, en consultation avec le Secrétaire général de l'OUA, présenteront un rapport sur l'état d'avancement de l'exécution du Plan d'action. - Au cours des réunions des Comités régionaux AFRO et EMRO, les directeurs régionaux de l'OMS/AFRO/EMRO ainsi que les regroupements sous-régionaux tels que la CEDEAO, la CEA, la SADC et le Secrétariat régional du Commonwealth pour la santé, l'Afrique orientale et australe, et d'autres partenaires, en consultation avec le Secrétaire général de l'OUA, présenteront un rapport d'activités sur la mise en œuvre du Plan d'action d'Abuja aux réunions des comités régionaux d'AFRO et d'EMRO.
15. Comptes rendus aux Partenaires • Réunion Mondiale des Partenaires sur la Lutte Contre le Paludisme (Genève) • Réunion Régionale des Partenaires, Groupe de Travail sur la Lutte Contre le Paludisme • Partenaires dans chaque pays	- À la réunion mondiale des partenaires sur la lutte contre le paludisme, les directeurs régionaux de l'OMS/AFRO/EMRO, en consultation avec le directeur du projet FRP/Siege, présenteront un rapport sur l'état d'avancement de l'exécution du Plan d'action. - À la réunion régionale des partenaires et des groupes de travail sur la lutte contre le paludisme, le Directeur régional de l'OMS/AFRO présentera un rapport sur l'état d'avancement de l'exécution du Plan d'action. - Dans chaque pays, les ministres de la Santé soumettront aux partenaires des rapports sur l'état d'avancement de l'exécution du Plan d'Action.
16. Rapports par les pays • Rapports annuels	En collaboration avec les pays et les partenaires, l'OMS/AFRO/EMRO mettront au point un modèle qui permettra aux pays d'utiliser les renseignements existants pour établir des rapports annuels sur l'état d'avancement de l'exécution du Plan d'action.

Annexe 4 : Appel à l'action de Yaoundé

Nous, participants au cinquième Forum du Partenariat Faire Reculer le Paludisme, réunis à Yaoundé, Cameroun, les 18 et 19 novembre 2005, exprimons notre engagement solennel à travailler ensemble pour intensifier rapidement les interventions contre le paludisme.

Considérant l'ampleur de la maladie, en particulier son impact dévastateur sur les jeunes enfants et les femmes enceintes, et ses conséquences économiques en Afrique ;

Notant que la mise en œuvre d'interventions efficaces a permis à certains pays de réduire la morbidité et la mortalité dues au paludisme, nous constatons avec inquiétude que les objectifs contenus dans la Déclaration d'Abuja pour Faire Reculer le Paludisme en Afrique d'avril 2000 n'ont pas été atteints ;

Reconnaissant que les succès accomplis peuvent être reproduits à condition qu'un financement pérenne soit disponible et qu'il soit accompagné d'un engagement national fort et d'une mobilisation de ressources humaines adéquates à tous les niveaux du système de santé ;

Inquiets que le niveau actuel des dépenses mondiales n'atteint que 20% des 3 milliards de dollars américains estimés nécessaires chaque année, et profondément préoccupés par l'absence de perspective à long terme des financements ;

Reconnaissant que des investissements adéquats dans, et d'incitations pour, la recherche et le développement sont requis pour s'assurer que de nouveaux médicaments efficaces, des tests diagnostic fiables, des vaccins et des outils de lutte anti-vectorielle seront disponibles, et que les systèmes de santé seront renforcés ;

S'appuyant sur tous les engagements précédents et les objectifs pour Faire Reculer le Paludisme, et reconnaissant que l'attention accrue portée au niveau mondial sur les questions de développement et de réduction de la pauvreté, exprimée particulièrement dans les Objectifs du Millénaire pour le Développement, a créé une opportunité sans précédent pour Faire Reculer le Paludisme ;

Soulignant que les effets du paludisme vont bien au-delà de la santé et que la réponse requière l'implication de toute la société ;

Insistant sur l'importance du leadership national pour une autorité de coordination unique, un plan national de lutte unique et un schéma unique d'évaluation et de suivi ;

Nous avons une obligation morale vis-à-vis des personnes et des communautés qui souffrent le plus du paludisme, mais dont les voix trop souvent ne sont pas entendues. Un niveau élevé d'engagement et d'action est requis de tous les partenaires, fondé sur le principe de l'appropriation locale de toutes les composantes de la lutte, depuis l'identification des problèmes jusqu'aux stratégies pour réduire l'impact dévastateur du paludisme.

Par conséquent, c'est avec un grand sens de l'urgence que nous nous engageons, en tant que partenaires de Faire Reculer le Paludisme, **à mener les actions suivantes décidées au Forum des partenaires et de prendre notre part dans la mise en œuvre du Plan Stratégique Mondial 2005-2015**, tenant chacun responsable de ses ressources, de ses objectifs opérationnels et calendrier :

- Les gouvernements doivent **élaborer et mettre en œuvre des plans de lutte**, intégrés dans les politiques nationales de développement durable, pour intensifier les interventions contre le paludisme. Ces plans seront développés selon une approche participative et établir des mécanismes forts de coordination nationale.
- Dans leur soutien aux Etats, tous les autres partenaires de l'Initiative FRP, **en accord avec les principes admis à Paris en mars 2005, devront aligner leur soutien sur les stratégies nationales** et harmoniser, autant que possible, leurs procédures de planification, de financement, de décaissement, de suivi et d'évaluation ainsi que de compte rendu de leurs activités.
- Nous nous engageons à suivre et à mesurer ensemble les progrès accomplis afin de **promouvoir notre responsabilité et redevabilité mutuelle**.

Nous invitons tous ceux qui partagent l'esprit de cet appel à s'engager dans l'action

Annexe 5 : Cartographie des partenaires du PNLP/ Cameroun

N°	Nom des partenaires	Domaines d'activités	Appui donné au PNLP
ADMINISTRATIONS PUBLIQUES			
1	Ministère de la promotion de la femme et de la famille	Promotion de la femme et de la famille	Mobilisation des femmes et familles camerounaises, disponibilité des intervenants
2	Ministère des Sports et de L'Education Physique	Promotion de la femme et de la famille	Utilisation des manifestations sportives comme support de diffusion des messages de prévention et de lutte contre le paludisme
3	Ministère des Finances	Promotion de la femme et de la famille	Appui administratif et financier
4	Institut National de la Statistique	Collecte, exploitation analyse, diffusion et conservation des données des enquêtes	Publication des statistiques dans la lutte contre le paludisme dans le pays.
5	Ministère de l'Emploi et de la Formation Professionnelle	Emploi et formation professionnelle	Education et sensibilisation sur le paludisme
6	Ministère Des Travaux Publics	Programmation et suivi de tous les travaux relevant du domaine public de l'Etat	Si possible en fonction des disponibilités une expertise technique
7	Ministère De L'Economie de la Planification et de l'Aménagement du Territoire	Planification et développement	Planification et mobilisation des ressources
8	Ministère de L'Enseignement Supérieur	suivi de la condition des enseignants des étudiants et des personnels D'appui des universités d'Etat	Participation à l'identification et à la vulgarisation des stratégies efficaces pour la lutte contre le paludisme
9	Ministère de la jeunesse	alphabétisation fonctionnelle et post alphabétisation dans les centres	mobilisation de la jeunesse rurale et urbaine
10	Ministère du développement rural	Agriculture	Sensibilisant des populations rurales en leur distribuant les moustiquaires imprégnées
11	Ministère de la défense	Prévention dans les camps militaires et centres d'instruction militaire prise en charge médicale dans les hôpitaux militaires	Mise à disposition du personnel et des locaux
12	Ministère de la communication	Communication	Communication en appui de la prévention du paludisme
13	Ministère du développement urbain et de l'habitat	Développement urbain et habitat	Assainissement des centres urbains, désenclavement des centres de santé, sensibilisation des populations urbaines vulnérables

14	Centre Pasteur du Cameroun	Santé publique, recherche, activité de diagnostic et de formation	Diagnostic, recyclage du personnel à la microscopie, et TDR données épidémiologiques
ENTREPRISES PUBLIQUES ET COMMERCIALES			
15	Cameroon télécommunications	Télécommunication IEC Communication, sensibilisation et mobilisation locale prise en charge locale	sensibilisation des camerounais sur les méfaits du paludisme et les mesures pour la lutte contre la maladie
16	Brasseries Du Cameroun		Financier et matériel
17	Laboratoire Pharmaco ROCHE	Délégués Médicaux	Informations sur de nouveaux médicaments
18	VESTERGAARD FRANDSEN	Fabrication et imprégnation des MII des rideaux et des filtres à eau	Fourniture des MII, rideaux imprégnés communication, banderoles, spots
19	JACO SA/SUMITOMO	Fabrication de MII de longue durée d'action ; distribution des insecticides	Fourniture d'insecticides Soutien divers à l'organisation des activités de sensibilisation sur la lutte contre le paludisme
PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT			
20	Croix Rouge Camerounaise (CRC)	Mobilisation sociale	Mobilisation des populations lors des campagnes de sensibilisation
21	CARE CAMEROUN	Lutte contre le VIH, SIDA, les IST, les PEC des orphelins amélioration de la santé	Mobilisation communautaire à travers les Volontaires Relais Communautaires (sensibilisation, distribution des MII, références)
22	UICN	Conservation de la nature et de ses ressources	Permettre au PNLP d'atteindre les différents réseaux et facilités (parlementaires, jeunes, populations autochtones et locales, des femmes, des radios communautaires)
23	OCEAC	Recherche et formation	20 % programme de formation documentation recherche
24	PLAN CAMEROON	Maladies des enfants de moins de 5 ans : VIH, SIDA, paludisme, pneumonie, malnutrition, diarrhée	Distribution de moustiquaires longue durée, appuis technique et financier
25	International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies	Mobilisation sociale (distribution des MII keep up, surveillance et premiers secours à base communautaire)	Ressources humaines (volontaires croix rouge approvisionnement en MII plaidoyer

26	FOBANG FOUNDATION		Prevention of malaria, confection of malaria manuals socio economic behaviour on malaria production prevention in schools,
ORGANISATIONS DE LA SOCIÉTÉ CIVILE			
27	CAMEROON MEDIA AGAINST MALARIA (CAMAM)	COMMUNICATION	Expertise dans la production des microprogrammes
28	CAMEROON ASSOCIATION OF SCHOOL ADMINISTRATION (CASA)	Santé scolaire	Collaboration avec le milieu scolaire pour éradiquer le paludisme : utilisation de la MII comme matériel didactique pour l'année académique 2008 - 2009
29	OCASC (Organisation Catholique pour la Santé au Cameroun)	Prestation de service, plaidoyer	Infrastructures (hôpitaux catholiques et centres de santé) avec un personnel compétent pour la mise en œuvre du PNL
30	Associations des Educateurs Emérites (ASEDEM)	Lutte contre la pauvreté en milieu jeune en utilisant les techniques pédagogiques pour promouvoir les mesures de lutte contre le paludisme en milieu scolaire	Promotion des mesures préventives en milieu scolaire
31	SOCAPED (Société Camerounaise de Pédiatrie)	Santé de l'enfant	Appui à la formation Appui à la recherche appui à la mise en œuvre des programmes
32	BESAFCA/SOS MEDECIN	Soins médicaux, formation des acteurs locaux, recherche et prise en charge décentralisée	Formation, documentation et fourniture de consommables médicaux
33	CAMNAFAW (Cameroon National Association for Family Welfare)	Santé de la reproduction, mobilisation sociale, prestations de services cliniques (prévention et prise en charge)	Appui technique dans la mise en œuvre, planification, programmation et suivi évaluation des activités du PNL
34	Association Pour La Promotion Du Capital Social (APCAS)	Supervision des activités d'information et de sensibilisation de proximité dans la province de l'Ouest	Formation des ONG/Associations des districts de santé de la province, appui à la production des outils
35	Association des Gynécologues Obstétriciens du Cameroun (SOGOC)	Santé de reproduction	
36	Association des femmes dynamiques du Cameroun	Prise en charge des enfants vulnérables dans le Mbam et Inoubou et la Mefou Akono	Mobilisation dans la lutte contre le paludisme

37	AFLUSES	Sensibilisation sur le terrain au sein des communautés	Expertise, moyens humains
38	Fédération Nationale Des Syndicats du Commerce Et Services Du Cameroun FESCOSCAM	Prévention mobilisation sociale communication lutte anti vectorielle	Prestation de service relais d'action sur le terrain et surtout dans les zones enclavées suivi de la lutte et mise en œuvre des mécanismes pour l'appropriation de la lutte contre le paludisme par les communautés
39	Association Humanitaire des Chercheurs Spécialisée En Médecine	Médecine traditionnelle	
40	FESADE	Santé de la mère et de l'enfant lutte contre le paludisme santé de jeune	Appui au niveau communautaire du PNLP
41	ROSACAM	Santé de la reproduction dans ses composantes lutte contre le paludisme et tuberculose	Appui au niveau communautaire du PNLP
42	MISSION INTERNATIONALE POUR CHRIST (MIC)	Plaidoyer, sensibilisation de la population pour la lutte contre le paludisme	Plaidoyer, sensibilisation de la population
43	SYNERGIES AFRICAINES CONTRE LE SIDA ET LES SOUFFRANCES	Lutte contre le VIH/SIDA et les autres endémies, lutte contre la mortalité infantile maternelle , allègement des souffrances de l'enfant	Ressources humaines (expertise) appui politique et administratif, appui institutionnel
44	Cercle d'action pour la protection de l'environnement et du développement (CAPED)	Préservation et protection de l'environnement et éducation information Communication campagne de plaidoyer	Renforcement des capacités des agents mise a disposition des MII
45	ASSOCIATION CAMEROUNAISE DE MARKETING SOCIAL (ACMS)	lutte contre le VIH, Sida ; lutte contre le paludisme ; lutte contre les maladies diarrhéiques hydriques ; suivi de l'enfant et planification familiale	Distribution gratuite des MII aux enfants de -5ans marketing social des moustiquaires a la population générale CCC
46	BCH AFRICA	Renforcement des capacités communautaires en communication pour la santé	Expertise en communication pour la lutte contre le paludisme à tous les niveaux notamment dans le volet « renforcement des capacités
47	RACTAP	Suivi évaluation prise en charge	Appui a la cartographie de la résistance
INSTITUTS DE RECHERCHE			
48	faculté de médecines et des sciences biomédicales	Soutien dans la lutte contre le paludisme	Expertise si nécessaire

49	Institut National de la Statistique	Collecte, exploitation analyse, diffusion et conservation des données des enquêtes	Expertise
50	OCEAC	Recherche et formation	Recherche et formation
51	Centre Pasteur du Cameroun	Santé publique, recherche, activité de diagnostic et de formation	Diagnostic, recyclage du personnel à la microscopie, et Termes de référence des données épidémiologiques
52	African Research Institute (AFRID)	Partenariat collaboration implication effective, renforcement des capacités	Elaboration des propositions au Fonds Mondial

Annexe 6 : Fiches signalétiques des journaux, titres et localisation des articles de presses utilisés dans l'analyse

Cameroon tribune

1. Conditions de création

Cameroon tribune a été créé le 1^{er} juillet 1974. La ligne éditoriale est alignée sur la promotion de la politique gouvernementale. Il est édité par la Société de presse et d'édition du Cameroun (Sopecam) qui a remplacé la défunte Société Camerounaise de Presse (SCP) par décret présidentiel du 18 juillet 1977 et est placé sous la tutelle du Ministère de la Communication. La Sopecam est un établissement public à caractère commercial et industriel. Elle est placée sous l'autorité d'un directeur général nommé par décret présidentiel et chargé de la gestion et de l'application de la politique interne décidée en conseil d'administration. Le Conseil d'Administration a à sa tête un président nommé par décret présidentiel. Il compte une dizaine de membres provenant de différentes administrations (présidence de la République, ministères, Assemblée nationale). La Sopecam a quatre directions :

- La direction de la rédaction de Cameroon - tribune.
- La direction de la rédaction de Camnews (agence de presse).
- La direction de la production et des équipements (Direction technique).
- La direction des affaires financières.

2. Fiche signalétique du journal

a) Nom du journal : Cameroon tribune

b) Directrice de publication : Marie Claire Nnana

c) Siège du journal : Le siège du journal est à Yaoundé, route de l'Aéroport.

d) Date du premier numéro : 1^{er} juillet 1974.

e) Adresse du journal : La boîte postale est 1218. Le journal répond aux numéros de téléphone 230 41 48 et 230 43 62. Le site Internet en est [www.cameroon-tribune](http://www.cameroon-tribune.cm) .cm et le courriel [cameroon-tribune](mailto:cameroon-tribune@cameroon-tribune.cm) @ [cameroon-tribune](http://www.cameroon-tribune.cm) .cm.

f) Pagination et format : Tabloïd de 32 pages aujourd'hui.

g) Prix de vente : Le prix actuel est 300 Francs CFA. Mais en 30 années d'existence, ce prix a évolué progressivement et coûtant 100 francs, 150 et 200 francs CFA.

h) Imprimerie : Le journal est imprimé par la *Sopecam*.

i) Distribution : *Messapresse* est le distributeur du journal. Son adresse est BP : 389 Yaoundé.

La Nouvelle Expression

1. Conditions de création

La Nouvelle expression a été créée en mars 1991, dans un contexte marqué par les vents de la démocratie venant des pays de l'Est de l'Europe. C'est un journal d'investigations et d'analyses dont la devise est inspirée de l'aphorisme « Sans liberté de blâmer, il n'est point

d'éloges flatteurs » de Beaumarchais. A sa naissance, le journal est édité par l'imprimerie Saint François.

2. Fiche signalétique

a) Nom du journal : Cameroon tribune

b) Directrice de publication : Séverin Tchounkeu

c) Siège du journal : Douala, Rue *Prince Des Galles*

d) Date du premier numéro : 16 Mars 199. Hebdomadaire à ses débuts, il deviendra bihebdomadaire un an après (1992), trihebdomadaire de 1999 à 2004, année depuis laquelle il passe quotidien.

e) Adresse du journal : La boîte postale est 15333. Le journal répond aux numéros de téléphone 33 43 22 27 Le site Internet en est www.lanouvelleexpression.info, et courriel est lanouvellexpression2005@yahoo.fr

f) Pagination et format : Tabloïd de 12 à 16 pages.

g) Prix de vente : Le prix actuel est 400 Fcfa. Mais en 18 années d'existence, ce prix a évolué progressivement.

h) Imprimerie : Le journal est imprimé actuellement Edicom.

i) Distribution : Messapresse est le distributeur du journal. Son adresse est BP : 389 Yaoundé.

Titres et localisation des articles de presses

Cameroon Tribune					
Années	Références	Jours	Titres des articles	Rubriques	Pages
1992					
1993					
1994					
	5537	17/2	Paludisme : L'espoir d'un vaccin	Actualité	3
	1842	15/3	Health : Malaria vaccine shows promise in initial human trials	Home News	
	5563	29/3	Lutte contre le paludisme: La collaboration Sud-Sud est lancée	Actualité	3
	1997	25/10	What's the future of malaria?	The Nation	2
	5715	03/11	Lutte contre le paludisme : Un vaccin en expérimentation	Nation	
	5715	03/11	Lauriers mérités		
	5728	22/11	Dr. A. Bilongo-Manéné, Secrétaire général de l'OCEAC : « Le paludisme concentre la plus grande partie de nos recherches »	Nation	7
	2018	23/11	Malaria : The struggle continues	The Nation	2
	5530	24/11	Paludisme : la mise en place d'un système de surveillance s'impose	Nation	4
	5733	29/11	Lutte contre le paludisme : l'espoir renaît	Nation	2
1995					
	2259	8/11	Malaria : control activities being in the African Region	Culture & Society	10
1996					
	6222	07/11	« Les moustiquaires imprégnées sont efficaces contre le paludisme »	Société-culture	6
1997					
	6302	5/3	Lutte contre le paludisme: un nouveau plan pour l'Afrique	Société-culture	10
	6321	2/4	Paludisme, danger !	Société	10
	6321	2/4	Malaria: Still number one killer disease	Society	10
	2622	21/4	Malaria...Still major health hazard in Africa	Société	5
	6349	15/5	"Nous étudions actuellement les bases d'un vaccin contre le paludisme"	Société	16
	6351	21/5	Lutte contre le paludisme et la maladie du sommeil : Renfort stratégique de l'OCEAC	Société-culture	10
	6382	3/7	Paludisme: comment vaincre la résistance aux médicaments ?	Culture & Société	10
	2693	4/8	Mosquito: a constant nightmare	Douala	7
1998					
	2917	30/6	Djuttitsa: Epidémie de paludisme sur fond de sorcellerie	Provinces	13
	2947	10/8	New WHO Boss to fight malaria	Société	9
1999					
	6762/3051	7/1	Paludisme : la prévention encore et toujours	Société	5
	6823/3112	8/4	Paludisme : Une nouvelle orientation dans le dépistage et le traitement	Société	9
	6836/3125	27/4	Collective bid to deflate the malaria balloon	Société	5
	6836/3125		Paludisme : comment faire reculer le paludisme en Afrique	Société	5
	7004/3293	23/12	Campaigners prescribe prevention as malaria's cure	Société	8

2000					
I	7013/3302	6/1	Lancement officiel de la campagne de lutte contre le paludisme	Régions	12
		20/1	Malaria : No fatality for our society	Edito	5
	7065/3354	23/3	La lutte contre le paludisme et le VIH/Sida en ligne de mire	Régions	13
	7075/3364	6/4	Vaccin contre le paludisme : interview exclusive du Dr. Patarroyo	Society	7
	7075/3364	6/4	The magic vaccine for malaria has been finally discovered	Society	7
	7087/3376	25/4	Salubrité publique, œuvre de salut public	Visions	5
	7088/3377	26/4	Nigeria : mobilisation africaine à Abuja pour la lutte contre le paludisme	Foreign news	23
	7147/3436	20/7	Hygiène et salubrité : une nouvelle dimension	Visions	5
	7149/3438	24/7	Malaria : the fruit fly could provide clues to a vaccine	Visions	5
	7149/3438	24/7	Campagne de lutte contre le paludisme à Sangmelima	Régions	13
	7151/3440	26/7	Le Cameroun s'engage pour la lutte universelle contre le paludisme	Society	7
	7253/3542	20/12	Malaria : Cameroonians researchers propose new avenues for treatment	Society	7
2001					
	7280/3569	01/02	Le paludisme, première cause de morbidité à Ebolowa	Régions	22
	7308/3597	15/3	Drugs for bone disorders to be adopted for malaria treatment	Société	8
	7336/3625	25/4	Africa united to stamp out malaria	Société	15
	7336/3625	25/4	Vaincre le paludisme	Société	15
	7337/3626	26/4	Le véritable mal du paludisme	Société	10
	7337/3626	26/4	No, to self medication	Société	10
	7337/3626	26/4	Chronique : Médiation... en panne	Société	10
	7341/3630	04/5	North- Malaria scrutinized in the province North	Société	24
	7363/3652	07/6	De nouvelles méthodes pour le diagnostic du paludisme	Société	10
	7363/3652	07/6	Chronique: Malaria vaccine: How soon?	Société	10
	7484/3773	26/11	New approach to treatment of malaria, AIDS in children	Société	11
	7484/3773	26/11	40% des enfants de moins de 5 ans meurent de paludisme	Société	8
	7492/3781	06/12	Malaria: Prevention or cure?	Visions	7
2002					
	7515/3804	15/01	Malaria : hopes for a vaccine rekindled	Société	10
	7515/3804	15/01	"Il reste à valider l'utilité de cette découverte"	Société	10
	7683/3972	17/9	Malaria: Experts revisit prescription	Nationales	21
	7683/3972	17/9	"Pour combattre le paludisme, il faut une lutte concertée"	Nationales	21
	7716/4005	01/11	Major steps in the fight against malaria	Society	11
2003					
	7817/4106	01/4	Palu : Le comité national prend la température	Nationales	13
	7833/4122	24/4	Free mosquito nets for pregnant women	Nationales	16
	7834/4123	25/4	Malaria, still a headache	Nationales	9
	7834/4123	25/4	Dans la province du Sud, le paludisme est l'une des premières causes de mortalité	Nationales	9
	7835/4124	28/4	Mosquito nets : pregnant women first	Society	7
	7875/4164	07/6	South West : Mosquito nets for expectant mothers	Régionales	21
	7780/4069	05/02	Déploiement contre le paludisme	Nationales	10
	7936/4225	23/9	Bill Gates déclare la guerre au paludisme		31

	7935/4224	22/9	L'Est sous la moustiquaire	Nationales	11
	7878/4167	02/7	Des moustiquaires imprégnées contre le paludisme	Nationales	9
	7953/4242	16/10	Plus de 65 milliards pour la santé	Nationales	11
	7761/4050	09/01	Fighting malaria : pregnant women will be giving mosquito nets	Société	9
2004					
	8066/4355	31/3	Mosquito nets within reach	Images	2
	8147/4432	27/7	Le palu fait 139 morts dans le Nord	Société	15
	8074/4363	13/4	Mobil Oil Cameroon contre le Sida et le paludisme	Nationales	22
	8080/4369	21/4	Nos enfants et les moustiques	Nationales	11
	8080/4369	21/4	Traitement de choc	Nationales	11
	8080/4369	21/4	La journée du palu se prépare	Nationales	13
	8080/4369	21/4	« Des conditions favorables au développement des moustiques »	Nationales	13
	8086/4375	29/4	Koung-Khi : le paludisme traité grâce aux plantes	Nationales	12
	8204/4493	18/10	Paludisme : des essais prometteurs	Société	16
	8216/4415	02/11	Paludisme : un nouveau vecteur découvert au Cameroun	Nationales	10
	8216/4415	02/11	Encore une substance antipaludique	Brève	10
	8065/4354	30/3	Fight against malaria intensifies	Nationales	11
	8221/4420	10/11	Pourquoi le paludisme fait de la résistance	Le dossier de la rédaction	15
	8221/4420	10/11	Pourquoi le paludisme fait de la résistance - Pharmacie : les cachets font foi - L'automédication se porte toujours bien	Le dossier de la rédaction	16
	8221/4420	10/11	Pourquoi le paludisme fait de la résistance - Les plants de sauvetage - La prévention à petites doses - De nombreux risques encourus	Le dossier de la rédaction	17
	8221/4420	10/11	Pourquoi le paludisme fait de la résistance - Conjuguer les efforts - « Drug control is a problem »	Le dossier de la rédaction	18
	8251/4450	22/12	Des agents de lutte contre le paludisme en formation	Régionales	11
2005					
	8259/4458	03/01	Les médicaments génériques plus chers	Nationales	15
	8318/4517	30/3	La mortalité infantile en progression Paludisme : La température toujours élevée	Le dossier de la rédaction	8
	8322/4521	05/4	Santé : les médicaments plus accessibles	Société	15
	8323/4522	06/4	Parlons de... paludisme chez l'enfant « Le signe cardinal est la fièvre »	Nationales	10
	8326/4525	11/4	Paludisme : le traitement simplifié	Société	16-17
	8337/4636	24/4	Anti-malaria : Holistic approach	Nationales	3
	8337/4536	26/4	Palu : les tout petits sous la moustiquaire	Nationales	8
	8340/4539	29/4	Monday, April 25th – Anti-malaria Day : what is new in the fight	Magazine	16
	8359/4558	31/5	Campagne contre les pharmacies de rue	Nationales	6
	8361/4563	02/6	Médicaments de la rue: les réseaux de la résistance	Société	16
	8364/4563	07/6	Palu : L'Afrique à l'école chinoise	Nationales	19
	8364/4563	07/6	« Cinq à dix ans d'efficacité pour nos moustiquaires »	Nationales	19
	8383/4582	04/7	Paludisme : faire plus pour l'Afrique	Société	10
	8384/4583	05/7	Paludisme : le forum mondial à Yaoundé	Société	14
	8385/4584	06/7	Palu : Comment combattre les résistances	Société	10
	8385/4584	06/7	Un parasite onduoyant	Société	10

	8405/4604	03/8	Santé : une nouvelle croisade contre les maladies	Société	14
	8423/4622	10/8	Paludisme : un nouveau vecteur découvert	Society	9
	8447/4646	03/10	Sida, palu : des traitements encore moins chers	Society	15
	8458/4657	19/10	Recours aux médias contre le palu	Society	12
	8459/4658	20/10	Malaria : Still a major killer	Le dossier de la rédaction	16
	8459/4658	20/10	D'autres formes de résistance	-« -	16
	8459/4658	20/10	Fortifying actions against malaria	-« -	17
	8459/4658	20/10	Prévention	-« -	16-17
	8459/4658	20/10	De nouvelles méthodes pour lutter contre le paludisme	-« -	17
	8472/4671	20/10	Malaria forum raises hope	Nationales	13
	8471/4670	05/11	Nouvelle croisade contre le palu	Nationales	20
	8473/4672	10/11	Paludisme : nouvel espoir de vaccin	Society	16
	8474/1673	14/11	Yaoundé, QG de la lutte contre le palu	Society	15
	8474/1673	14/11	« Blending research and control	Society	15
	8475/4674	15/11	Malaria : search for lasting solution	Society	11
	8475/4674	15/11	Les chercheurs organisent la riposte	Society	11
	8475/4674	15/11	Promote research	Society	11
	8476/4675	16/11	Palu : les chercheurs veulent en finir	Society	9
	8476/4675	16/11	« Curbing malaria is a reality »	Society	9
	8476/4675	16/11	Des chiffres effrayants	Society	9
	8477/4676	17/11	Palu : la course au vaccin	Society	18
	8477/4676	17/11	« Nous avons progressé dans la recherche du vaccin »	Society	18
	8477/4676	17/11	« Vaccine may be available by 2010 »	Society	18
	8474/4677	18/11	Décentraliser les moyens de lute contre le paludisme	Magazine	17
	8474/4677	18/11	Ça donne le palu	Magazine	18
	8479/4678	21/11	Paludisme : le temps de l'action	Nationales	3
	8479/4678	21/11	Le mal et les mots	Nationales	3
	8479/4678	21/11	Donors insist on accountability	Nationales	3
	8479/4678	21/11	Mosquito nets, a must	Nationales	4
	8479/4678	21/11	Combined therapy, the most effective	Nationales	4
	8479/4678	21/11	Recherche : des points contre les résistances	Nationales	4
	8479/4678	21/11	WHO plans to eradicate malaria	Nationales	5
	8479/4678	21/11	Regards croisés	Nationales	5
	8479/4678	21/11	"We have achieved a lot"	Nationales	6
	8479/4678	21/11	Spare us the pre-test	Nationales	6
	8479/4678	21/11	Une organisation parfaite!	Nationales	6
	8483/4682	25/11	Malaria: combined therapy	Le Magazine	16
	8478/4672	18/11	Paludisme : le forum des partenaires s'ouvre	Nationales	8
	8478/4672	18/11	Malaria drugs fabricated in Cameroon	Nationales	8
2006					
	8566/4765	28/3	Entreprises contre le Sida, la TB et le paludisme	Société	18
	8529/4728	3/02	Rougeole et palu : l'appel de Tcholliré	Société	11
	8521/4720	24/01	Lutte contre le palu : la prescription de l'OMS	Société	7
	8521/4720	24/01	« Des dérivés efficaces contre le paludisme »	Société	7
	8650/4849	27/7	Mobilisation contre le paludisme (Une ONG a obtenu le soutien de Nestlé)	Société	18
	8648/4847	25/7	Lutte contre le paludisme : la touche féminine	Société	29
	8636/4835	7/7	Controverse autour de médicaments falsifiés	Société	13
	8583/4782	21/4	Paludisme : Le secteur privé invité au front	Nationales	8
	8583/4782	21/4	« Rolling back » malaria	Magazine	18
	8585/4784	25/4	Palu : les petits pas de la bithérapie	Nationales	11
	8585/4784	25/4	« Artemisinin may be available by June »	Nationales	11
	8586/4785	26/4	Malaria patients rekindle hope	Nationales	7

	8591/4790	04/5	Palu, Sida: de l'argent frais pour la lutte	Nationales	17
	8591/4790	04/5	« Les Camerounais pourront se soigner mieux »	Nationales	17
	8625/4824	22/6	Paludisme : une nouvelle arme	Nationales	15
	8625/4824	22/6	« Cette combinaison est directement active »	Nationales	15
	8626/4825	23/6	Intensifier la lutte contre le paludisme	Magazine	17
2007					
	8926/5125	4/9	Tradi-praticiens : Bientôt un cadre légal approprié	Société	9
	8926/5125	4/9	« Les vrais tradi-praticiens sont ceux qui ont été initiés »		11
	8914/5113	17/4	Nord : Les antipaludiques se font rares	Société	9
	8909/5108	9/8	Paludisme : la chine offre des médicaments au Cameroun	Société	10
	8823/5022	4/4	Paludisme : la CEEAC prend la température	Société/ Actu	9
			Malaria drugs : Private sector step-down prices	Société	9
	8836/5035	24/4	Paludisme: le cri de révolte de l'Afrique	Société	10
	8841/5040	4/7	Palu : les pharmacies baissent les prix des médicaments	Société	
	8928/5127	6/9	European MPs joint fight against malaria	Société	12
	8837/5036	25/4	Palu: Médicaments pour tous	Société	10
	8838/5037	26/4	Palu: La bataille s'intensifie	Société	13
	8838/5037	26/4	« La baisse du coût bientôt dans les pharmacies privées »	Société	13
	8872/5071	19/6	Sida, TB, palu : Les programmes passés au scanner	Société	19
	8802/5001	06/3	Palu : la guérison à moins de 600 F	Nationales	7
	8802/5001	06/3	« La forme scientifique n'a pas changé »	Nationales	7
	8768/4967	16/02	Paludisme : des moustiquaires en renfort	Nationales	9
	8768/4967	16/02	Treated mosquito nets : understanding the scarcity	Nationales	9
2008					
	9038/5237	15/02	Paludisme : les secteurs public et privé se donnent la main	Société	10
	9069/5268	01/4	Opération Epervier : Abah Abah et Olanguena Awono arrêtés	Spécial	3
	9070/5269	02/4	Abah Abah, Olanguena undergo police interrogation	Nationales	9
	9074/5273	08/4	Recrudescence du paludisme à Ngomedzap	Provinces	28
	9086/5285	24/4	Palu : de nouveaux médicaments présentés à Maroua	Nationales	15
	9089/5288	29/4	Lutte contre le paludisme : petites avancées, grandes attentes	Nationales	11
	9090/5289	30/4	Les journalistes mieux outillés sur le paludisme	Provinces	13
	9090/5289	30/4	L'OCEAC cherche de nouveaux médicaments	Provinces	13
	9198/5397	07/10	Paludisme : Flou autour des moustiquaires imprégnées	Nationales	11
	9198/5397	07/10	« Nous sommes en train d'acquérir des insecticides »	Nationales	11
	9198/5397	07/10	Free bednets still scarce	Nationales	11
	9200/5399	09/10	Le palu désormais traité à domicile	Nationales	11
	9200/5399	09/10	« Une opération pérenne »	Nationales	11
	9200/5399	09/10	Malaria treatment made simple	Nationales	11
	9230/5429	20/11	Le minsanté distribue des moustiquaires à l'Ouest »	Nationales	11
	9244/5443	11/12	Malaria vaccine may be coming soon!	Nationales	8
	9246/5445	15/12	Des moustiquaires imprégnées aux femmes enceintes	Special promote 08	13
	9252/5451	23/12	200 moustiquaires distribuées à Mbamewondo	Provinces	19

La Nouvelle Expression					
Années	Références	Jours	Titres	Rubriques	Pages
2001					
	806	27/4	JAP : Le moustique fête et tue	Santé	10
	822	6/6	Santé publique : Des médicaments interdits toujours vendus en pharmacies	Actualités	2
	853	20/8	Lutte contre le paludisme : comme un boomerang	Société	6
	853		Afrique : la malaria tue toujours	Société	6
	853	20/8	Andrea Bosman, Programme paludisme, OMS Genève : « Les médicaments trop chers ne sont pas indispensables	Société	6
	888	9/11	Paludisme, parent pauvre de la santé publique	Santé	10
2002					
	948	4/02	Paludisme : le mal se porte bien	Société	4
	956	26/4	JAP La bithérapie contre le moustique	Santé	11
	992	24/7	Traitement antipaludique : le protocole de l'OMS est en branle	Santé	9
2003					
	1146	04/8	Initiative Roll back Malaria : La lutte contre le paludisme gravement hypothéquée	Actualité	2
2004					
	1254	23/4	JAP : Le moustique toujours vainqueur	Santé	11
	1303	20/8	Palu : Une nouvelle molécule prometteuse	Santé	10
2005					
	1467	26/4	JAP : Etat des études en cours	Société	6
	1467	26/4	Recherches sur le paludisme : Le coup de colère de MSF Suisse	Société	6
	1468	27/4	Paludisme pernicieux : De l'anophèle au sang humain	Société	4
	1473	6/5	Paludisme : Croisade contre la maladie	Santé	9
	1465	22/5	Le PMUC parit contre le paludisme	Société	6
	1577	3/10	Lutte : Le paludisme en débat	Santé	9
	1585	13/10	Objectif médicaments	Santé	6
	1590	20/10	Paludisme : le mois des Mim ouvert	Santé	8
	1606	15/11	Santé : le paludisme dans tous ses états	Santé	9
	1606	15/11	Paludisme : De nouveaux traitements pour 2006	Santé	9
	1606	15/11	Complexité : Des moustiques et des solutions	Santé	9
	1607	17/11	Paludisme : La publication des essais vaccinaux divise les experts	Santé	8
	1607	17/11	Lutte contre le paludisme : La bio informatique nus à contribution	Santé	8
	1610	21/11	Paludisme : Signature d'un contrat nouveau	Santé	8
	1610	21/11	Augustin Tamba : « Il n'y a pas une seule moustiquaire disponible au Cameroun »	Santé	9
	1610	21/11	Pierre Druilhi : « On manque dramatiquement de moyens de lutte contre le paludisme »	Santé	9
	1634	23/12	Amodiaquine 200mg : Des comprimés périmés sur le marché ?	Santé	9
2006					
	1655	27/01	La transmission du paludisme en direct	Brèves	8
	1662	7/02	Campagne anti-rougeole : Garoua, la ruée vers les moustiquaires imprégnées	Région	9
	1712	20/4	Des moustiquaires imprégnées gratis	Santé	8

	1712	20/4	Militantisme : Des jeunes se mobilisent pour la prévention	Santé	8
	1712	20/4	Sanaga Maritime : 200 moustiquaires distribuées aux populations	Santé	8
	1724	9/5	Lutte contre le paludisme : L'assainissement comme prescription	Actualité	2
	1761	30/6	Moustiquaires imprégnées- Maroua : un marché noir à ciel découvert	Santé	9
	1776	21/7	Paludisme : Nestlé distribue des moustiquaires	Brève	7
	1781	28/7	Paludisme : Nestlé mène sa croisade	Santé	10
2007					
	1889	2/01	Paludisme : Un lit, une moustiquaire imprégnée	Actualité	3
	1897	12/01	Paludisme : Une plante magique pour combattre le fléau	Santé	7
	1899	16/01	Lutte contre le paludisme : Mobil Oil offre 50 000 moustiquaires	Actualité	3
	1988	29/5	Traitement du paludisme : Prix variables malgré la gratuité	Santé	9
	1996	8/6	Paludisme : Les dangers de l'agriculture	Santé	6
	1996	8/6	Frédéric Simard : «La saison des pluies est propice au développement de l'anophèle »	Santé	6
	2025	19/7	Communication : Le paludisme en réseau	Actualité	3
	2058	5/9	Déforestation- Des arbres contre le paludisme	Pages vertes	9
	2061	10/9	Découverte : Un nouveau médicament contre le paludisme	Actualité	3
	2060	7/9	Paludisme : Plus de clarté dans les opérations	Société	7
	2085	15/10	Lutte contre le paludisme : Des combinaisons pour combattre les résistances	Santé	11
	2089	19/10	Pr Appolinaire Gnionsahe : « Lorsque l'accès palustre n'est pas traité de façon précoce et efficace, on aboutit à la destruction du rein »	Santé	8
2008					
	2188	20/3	Paludisme : Rien ne va plus	Santé	10
			Paludisme : Le retour des moustiques	Santé	10
	2210	22/4	Paludisme : Le nouveau traitement ne dépasse pas 1000 F CFA	Santé	10
	2230	26/5	Comité consultatif du fonds mondial-La transition entamée	Santé	8
	2268	17/7	Médicaments-Les retraits et alertes deviennent fréquents	Sciences	7
	2279	01/8	Paludisme : les reliquats s'accumulent	Dossier	6
	2279	01/8	Paludisme : Le pronostic vital engagé	Dossier	6
	2279	01/8	Le silence du gouvernement	Dossier	6
	2279	01/8	Paludisme : La fièvre monte	Dossier	7
	2279	01/8	Lui : L'un des artisans de l'échec	Dossier	6
			C'était prévisible	Dossier	7
	2307	11/9	Le Neem : un antipaludéen chasseur de moustiques	Science	7
	2307	11/9	Des avancées considérables dans la lutte	Science	7

Annexe 7 : Formulaire de recueil des représentations sociales sur le paludisme au Cameroun

REPRESENTATIONS SOCIALES DES CAMEROUNAIS SUR LE PALUDISME

1. Identification de la personne enquêtée

Sexe : _____ Profession : _____ Lieu de résidence : _____

2. Enquête

Madame/Monsieur,

Dans le cadre d'une recherche sur le paludisme au Cameroun, merci de vous exprimer librement sur le paludisme au Cameroun dans le tableau ci-dessous.

« Connaissant le paludisme, sachant ce qui se fait et ce qui se dit sur le paludisme dans votre milieu de vie.

Si l'on vous dit : « le paludisme au Cameroun », quelles pensées, idées ou images vous vient tout de suite à l'esprit ? En avez-vous une explication ?

(Nous vous proposons le tableau ci-dessous avec quelques exemples ¹⁴⁰ et vous prions de continuer d'y consigner ce qui vous vient à l'esprit) ».

Idées, Images, pensées dans votre esprit	Explications éventuelles
Maladie	
Argent	Fonds mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme.
Idées, Images, pensées dans votre esprit	Explications éventuelles

3. Classement

Classez par ordre d'importance les cinq (5) idées, images, pensées et croyances les plus importantes pour vous.

¹⁴⁰ Barrez les propositions si elles ne vous disent rien.

1	
2	
3	
4	
5	

Merci pour votre participation à cette enquête.