HAL
open science

Entre fatalité et action : perception et gestion du risque palustre au Cameroun

Nicole Vernazza-Licht, Daniel Bley, Léon K Mudubu, Marceline Mbetoumou

To cite this version:

Nicole Vernazza-Licht, Daniel Bley, Léon K Mudubu, Marceline Mbetoumou. Entre fatalité et action : perception et gestion du risque palustre au Cameroun . Pomel Simon (ed.). Du risque en Afrique : Terrains et perspectives, Karthala; MSHA, pp.201-213, 2015, Du Risque en Afrique, 978-2-8111-1465-7. hal-01290847

HAL Id: hal-01290847
https://hal.science/hal-01290847

Submitted on 4 Feb 2017

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

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

Entre fatalité et action : perception et gestion du risque palustre au Cameroun

Nicole VERNAZZA-LICHT
anthropologue,
UMR7300 ESPACE Université Sophia Antipolis, Nice

Daniel BLEY
anthropologue biologiste,
DR CNRS UMR 7300 ESPACE,
CNRS/ Aix Marseille université, Aix-en-Provence

Léon KONANDÉ MUDUBU
Démographe, Groupe de Recherche sur les villes d'Afrique (GREVA),
École Normale Supérieure, Université de Yaoundé 1, Cameroun et
Communauté Economique des Etats de l'Afrique Centrale (CEEAC),
Libreville, Gabon.

Marceline MBETOUMOU
anthropologue, Université de Ngaoundéré,
Département de sociologie-anthropologie, Cameroun.

De toutes les maladies transmises par les moustiques, le paludisme[1] reste l'un des fléaux mondiaux majeurs. Il y a moins d'une décennie, avec près de 500 millions de cas cliniques rapportés chaque année dans le monde et 2 millions de décès, il venait en tête des maladies parasitaires tropicales. Depuis 2000 de plus en plus de pays enregistrent une baisse du nombre

1. Le paludisme, appelé aussi malaria, est une parasitose due à un protozoaire transmis par la piqûre de la femelle d'un moustique, l'anophèle.

de cas de paludisme. Le rapport sur « Le paludisme dans le Monde » de l'OMS[2] fait état de progrès significatifs dans la lutte menée depuis des décennies tant en nombre d'épisodes palustres (216 millions en 2010) que de décès (655 000 pour la même année[3] dont 91 % en Afrique) touchant principalement les enfants de moins de 5 ans[4] (86 %). Toutefois des résistances aux produits utilisés pour soigner les malades (artémisinine) et pour imprégner les moustiquaires de lit (pyréthroïdes) ont été relevées dans un nombre croissant de pays et pourraient fragiliser les progrès espérés dans les années à venir. Aujourd'hui encore 40 % de la population mondiale reste menacée par le paludisme et plus de 90 % des cas recensés se situent en Afrique subsaharienne. Au Cameroun, il est responsable de 45 à 50 % des consultations médicales, de 23 % des hospitalisations, de 29 % des décès au niveau national, de 50 % des décès des jeunes enfants, de 26 % des arrêts maladie et de 40 % du budget annuel de santé des ménages[5]. Néanmoins depuis février 2011 les enfants de moins de 5 ans bénéficient de la gratuité pour le traitement du paludisme simple et près de 9 millions de MILDA (moustiquaire imprégnée de longue durée d'action) devaient être distribuées, se rajoutant à celles déjà données depuis 2005 dans les différentes régions du pays[6]. Malgré une bonne volonté affichée au niveau national et des progrès constatés[7], le paludisme reste un risque sanitaire majeur au Cameroun et de manière plus générale en Afrique subsaharienne. Nous

---

2. OMS, *Rapport sur le paludisme*, Genève, 2011.

3. Soit une diminution de la mortalité de 25 % au niveau mondial par rapport à 2000 et de 33 % dans la Région africaine de l'OMS. Jusqu'à ce rapport, les chiffres de 1 à 2 millions de décès étaient annoncés chaque année. Cette diminution est attribuée aux actions conjointes de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée d'action (MILDA), du traitement préventif intermittent chez les femmes enceintes, aux associations médicamenteuses à base d'artémisinine, aux pulvérisations intra-domiciliaires d'insecticides, comme à la notification des cas dans des pays où les données sont parfois difficiles à recueillir.

4. Dans le cas de *Plasmodium falciparum*, chez les sujets non prémunis que sont les jeunes enfants, l'état clinique peut rapidement s'aggraver pour évoluer vers un paludisme neurologique ou une anémie sévère, responsables de la forte mortalité due au paludisme dans ce groupe d'âge.

5. INS, *Rapport national de progrès des objectifs du millénaire pour le développement*, 2010, 44 p., p. 25.

6. Mbetoumou M., *Le projet de distribution de la moustiquaire imprégnée PPTE : Du national au local, le cas de la concession hévéacole à Niété (Cameroun)*, Mémoire de Master 2, Université Victor-Segalen Bordeaux 2, 2004, p. 132 ; Mbetoumou M., *L'environnement et le paludisme*, Mémoire du Certificat International d'Écologie Humaine, Université Bordeaux 3, 2006, p. 71.

7. MINSANTE, 2013, Plan stratégique national de lutte contre le paludisme au Cameroun 2011-2015, 75 p.

sommes aujourd'hui bien loin d'une éradication du paludisme comme l'OMS avait pu l'envisager[8] il y a une cinquantaine d'années[9].

La qualité de vie des populations africaines affectées par le paludisme est donc une interrogation à prendre en compte notamment dans les recherches, car le « palu », terme récurrent dans le discours des individus, apparaît comme une des dimensions de leur vie quotidienne. En effet, les connaissances actuelles concernant les risques d'exposition et de transmission du paludisme montrent que, s'il constitue l'un des principaux problèmes de santé des populations africaines, il est également générateur d'importantes inégalités. À part les inégalités géographiques entre urbains et ruraux, le paludisme touche majoritairement les plus démunis et les plus sensibles à l'action du milieu que sont les jeunes enfants et femmes enceintes. Il a également d'importantes conséquences sur l'économie des pays concernés : journées de travail perdues, baisse de l'activité et donc de la productivité agricole dans les familles, coût pour la société[10]. On sait en effet qu'un simple accès palustre rend un individu inactif pendant environ une dizaine de jours. Néanmoins les populations qui vivent dans les zones fortement impaludées acquièrent au fur et à mesure des épisodes palustres des formes d'immunité partielle et, si les adultes ne sont pas épargnés par le paludisme, ils sont toutefois moins susceptibles de faire des paludismes graves et mortels[11].

L'objectif prioritaire de la lutte contre le paludisme est donc de réduire la morbidité et la mortalité, en développant deux principales stratégies : la protection individuelle (moustiquaire imprégnée) et collective (lutte antivectorielle) contre les piqûres d'anophèles d'une part, et la prise en charge rapide et adéquate des malades d'autre part.

---

8. Décision de la 8e assemblée mondiale de la santé (1955) ayant pour « objectif final l'éradication du paludisme dans le monde entier ».

9. Moulin A.M., « L'actualité des maladies infectieuses dans les pays industrialisés : évolution ou histoire ? », *Revue Épidémiologie et Santé Publique*, vol. 44, nº 6, 1996, p. 519-529.

10. Certaines analyses ont estimé le fardeau économique annuel du paludisme à au moins 12 milliards de $US par an de pertes directes et un nombre encore plus important en termes de croissance économique perdue. Au Cameroun, les études ont montré que l'on perd près de 2,3 % du PIB national par an du fait du paludisme. Kouadio A.S., Cissé G., Obrist Br., Wyss K. et Zingsstag J., « Fardeau économique du paludisme sur les ménages démunis des quartiers défavorisés d'Abidjan, Côte d'Ivoire », *VertigO – La revue électronique en sciences de l'environnement* [En ligne], Hors-série, 3 décembre 2006, mis en ligne le 13 juin 2008, consulté le 22 juillet 2012. URL : http://vertigo.revues.org/1776 ; DOI : 10.4000/vertigo.1776.

11. Le Hesran J.-Y., « La lutte contre le paludisme : nécessité d'une recherche pluridisciplinaire », *Sciences sociales et santé*, vol. 27, nº 4, 2009, p. 113-118.

Depuis 1998, avec le programme intitulé « Faire reculer le paludisme » (*Roll Back Malaria*), l'OMS est confrontée à des difficultés car la lutte antipaludique implique des solutions à plusieurs niveaux et soulève différents problèmes. Les actions sur l'environnement, par exemple, demandent des moyens et surtout une connaissance fine du milieu. La lutte anti-larvaire est peu efficace en zone holo- ou hyper-endémique, puisqu'il faudrait détruire la quasi-totalité des gîtes, ce qui semble presque impossible, et que d'autre part, « il suffit parfois d'une piqûre par homme et par nuit pour maintenir un niveau important de transmission du paludisme[12]. Les traitements du domicile peuvent être efficaces, mais doivent pour cela toucher de nombreuses maisons et avoir l'adhésion des populations, ce qui n'est pas toujours évident à obtenir. Au plan individuel, en revanche, la protection à partir de moustiquaires imprégnées d'insecticide, et depuis quelques années d'insecticide qui résiste à plusieurs lavages, constitue un excellent moyen de prévention. Ce moyen a donc largement été privilégié depuis une décennie sous l'impulsion du programme Roll back Malaria avec notamment des actions de promotion à destination des femmes enceintes et des jeunes enfants[13]. Des disparités dans l'utilisation des moustiquaires subsistent néanmoins entre les pays et la réussite de ces programmes dépend en dernier ressort de la compréhension et de la volonté des populations concernées[14].

On sait que les individus et les sociétés placés en situation de risque s'y adaptent en fonction de leur groupe d'appartenance, de leur familiarisation

---

12. Mouchet J., Carnevale P., Frezil J.-L., Brengues J., « Tendances et perspectives de la lutte antivectorielle », *Maladies tropicales transmissibles*, Ed. AUPELF-UREF, John Libbey Eurotext, Paris, 1989, p. 39-45 (p. 44).

13. Bagnoa C., Rapp C., Vernazza-Licht N., Moulin A.M., Mesenge C., *Promotion des moustiquaires imprégnées d'insecticide et contrôle du paludisme : quel niveau de protection pour les enfants en période de sevrage au Burkina Faso ?*, XVe actualités du Pharo – Arboviroses tropicales, 17-19 septembre 2009, Poster CAE 04 ; Kouokam Magne E., « La perception du risque palustre chez les femmes dans deux villes camerounaises : Maroua et Bafoussam », in Vernazza-Licht N., Gruénais M.E., Bley D. (dir.), *Sociétés, environnements, santé*, Montpellier, Éditions IRD, 2010, p. 351-357 ; Paré Toé L., Skovmand O., Dabiré K.R., Diabaté A., Diallo Y., Tinga R.G., Doannio J.M.C., Akogbeto M., Baldet Th., Gruénais M.-É., « Decreased motivation in the use of insecticide-treated nets in a malaria endemic area in Burkina Faso », *Malaria Journal*, vol. 8, n° 175, 2009.

14. Doudou Dimi T., Doannio J.M.C., Yao Konan L., Djouaka R., Paré Toé L., Akogbéto M., « La moustiquaire imprégnée d'insecticide comme moyen de lutte contre le paludisme : les raisons d'une adoption limitée en Côte d'Ivoire », Compte rendu de recherche, *Natures Sciences Sociétés*, 2006, vol. 14, n° 4, 2006, p. 431-433 ; Mbetoumou M., Vernazza-Licht N., Abega S.C., Bley D., *L'insertion de la moustiquaire dans le système des objets au sein de l'habitation : approche anthropologique*, Fourth MIM Pan-African Malaria Conference 2005, Yaoundé, 13-18 novembre (poster).

à un risque donné et vont avoir tendance, selon les cas, à surestimer un risque ou à le sous-estimer notamment lorsqu'il leur est « familier ». Face au risque quotidien que représente le paludisme pour les populations africaines et en particulier d'Afrique subsaharienne, l'hypothèse fondamentale sur laquelle repose notre propos est que la permanence de l'épidémie sur le sol africain amène les populations et les professionnels de santé à ne plus considérer le paludisme comme un risque important de santé. On peut penser qu'il y a une sous-estimation mais surtout une « dés-appréciation » du risque liée au processus de familiarisation.

En matière de paludisme, la situation reste toujours préoccupante dans les zones de forte endémie où l'on avait constaté l'apparition de souches résistantes, notamment à la chloroquine. Le Cameroun fait partie de ces zones et une synthèse des connaissances sur cette question réalisée en 2000 par Georges Soula à l'OCEAC et son équipe montrait que dans certaines provinces de l'ouest et du sud, on pouvait atteindre des pourcentages d'échecs thérapeutiques à la chloroquine dépassant les 50 %[15]. Le Cameroun présente par ailleurs la particularité d'un étirement géographique entre les 2e et 13e degrés de latitude nord qui crée des disparités climatiques et donc des différences entre des zones d'hyperendémie paludique dans le sud forestier et l'ouest, et des zones de paludisme instables, essentiellement au nord.

Au Cameroun, comme dans de nombreux pays africains, les exploitations forestières et les sociétés de plantation constituent des lieux de travail et de vie pour une partie de la population du pays. Les travailleurs viennent de toutes les régions et des pays limitrophes et, pendant de nombreuses années, ils résident seuls ou en famille au sein de l'exploitation, loin de leur ville ou village d'origine où ils retournent essentiellement lors des vacances annuelles. Les plantations constituent aussi des lieux où plusieurs facteurs sont réunis pour que le paludisme altère fortement la santé des populations : conséquences de la déforestation sur le développement des gîtes larvaires, emploi de travailleurs affectés essentiellement aux travaux agricoles, travailleurs provenant de régions où le mode de transmission du paludisme peut être différent.

Nous appuyons notre réflexion à partir de recherches que nous avons conduites au Sud Cameroun et en particulier dans une plantation d'hévéas[16]

---

15. 66,7 % à Douala et 56,2 % à Esseka, qui sont les deux villes les plus proches de notre zone d'étude.

16. La plantation d'hévéas GMG a été créée en 1975 par décision gouvernementale pour produire les dérivés industriels de la sève d'hévéa. Elle a été privatisée en décembre 1996 et rachetée par le groupe indonésien Panwell.

où le paludisme est la première cause de morbidité et de mortalité[17]. Cette plantation, en forêt tropicale, couvre 40 000 hectares et emploie environ 6 300 personnes. On considère que, compte tenu de l'entourage familial, 25 000 personnes résident régulièrement dans la plantation. Les travailleurs viennent de toutes les régions du Cameroun. Essentiellement masculins (90 %), ce sont en majorité des « saigneurs » chargés de récolter la sève de l'hévéa dans les champs de plantation. L'enquête quantitative menée en février 2003[18] montre qu'un ménage a à sa charge en moyenne 3 à 4 personnes.

Dans la plantation, des infrastructures industrielles (usine, routes, bureaux) et sociales (logements, collège, écoles, dispensaires, hôpital) permettent l'activité agro-industrielle et la vie quotidienne des travailleurs et de leur famille sur le site. Les habitations sont réparties en 15 villages et sont pour la plupart en bois, la taille et l'équipement intérieur variant avec la catégorie socioprofessionnelle. La société est dotée d'une infrastructure sanitaire, composée d'un hôpital (hôpital de district assimilé) et de 16 dispensaires satellites[19] qui permet de dispenser des soins aux travailleurs et à leur famille et d'assurer une médecine préventive. Cette entreprise constitue donc un véritable « observatoire » d'étude pour une maladie comme le paludisme car, outre l'effectif de population concerné (25 000 personnes), les conditions d'environnement et de mobilité de ses travailleurs, elle met en interaction tous les acteurs impliqués dans la lutte contre le paludisme : employeur, service médical, population avec une grande diversité de situations sociales et de profils démographiques et l'existence de nombreux jeunes enfants[20].

---

17. Selon les résultats de l'étude réalisée par l'OCEAC à partir des données du service médical de l'entreprise, il ressort que sur 1 590 enfants hospitalisés dans le service de pédiatrie de l'hôpital Hévécam au cours de l'année 2000, 955 l'ont été pour un paludisme isolé ou associé à une autre pathologie (soit 60 %). Les enfants de moins de 5 ans cumulent à eux seuls plus de 80 % des cas de paludisme hospitalisés. Les chercheurs de l'OCEAC ont noté que parmi ces enfants hospitalisés 22,6 % souffraient d'une anémie sévère. Sur la totalité des cas de décès d'enfants relevés au cours de l'année 2000, un tiers est imputable au paludisme.

18. Bley D., Mudubu L., Fomekong F., Kouam Dzutseu N., Abega Sc., Vernazza-Licht N., *Déterminants socioéconomiques et perceptions du risque de paludisme au sein de ménages résidant dans une agroforesterie du sud Cameroun*, Fourth MIM Pan-African Malaria Conference 2005, Yaoundé, 13-18 novembre 2005 (poster).

19. L'hôpital, construit en 1985, comptait en 2003 140 lits dont 9 de maternité et 20 de gynécologie. Le plateau technique inclut un laboratoire, un service de radiologie avec échographie, un bloc opératoire.

20. Mudubu L., Bley D., Vernazza-Licht N., *Influence des conditions socio-économiques sur la perception et la gestion du paludisme à la plantation Hévécam (Cameroun)*, AEHA, colloque de lancement « L'interface environnement-santé dans la ville africaine à l'aube du 21ème siècle : enjeux et perspectives », Yaoundé, 3 décembre 2009.

Au moment de notre enquête, le protocole de traitement du paludisme préconisé était appliqué dans ce site (traitement de 1re et 2e intention : *Amodiaquine et sulfadoxine – pyriméthamine* ; traitement de 3e intention : *Quinine*)[21].

Notre recherche s'est appuyée sur des entretiens avec la population et les professionnels de santé de la plantation et sur une enquête quantifiée réalisée sur les savoirs et les comportements en matière de paludisme. Les entretiens et l'enquête ne portant pas spécifiquement sur les jeunes enfants, l'analyse porte ici sur les discours des adultes et leurs perceptions du paludisme et de sa gestion. L'objectif principal a été de comprendre comment s'opère la gestion du paludisme par les populations qui vivent dans ces sites spécifiques et notamment d'apprécier si les populations face à ce risque se vivent ou non comme acteurs de leur santé et sont susceptibles de se mobiliser pour prévenir et guérir du paludisme. En d'autres termes et notamment anthropologiques, nous avons essayé de saisir si le paludisme est perçu comme un *fléau traditionnel* et une *fatalité* que les populations ne peuvent que subir ou s'il est conçu comme un problème lié à l'environnement auquel il leur est possible de remédier pour vivre mieux.

Résultats et discussion

Récurrence, qualité de vie et individualisation de la maladie

Un premier constat confirmé par notre recherche est qu'au Cameroun le « palu » est un terme récurrent dans le discours des individus. Cette récurrence se constate à différents niveaux et moments.

Le « palu » : entre processus biologique et rôle social

Souvent, lors des consultations à l'hôpital, on peut constater que face au professionnel de santé la première plainte énoncée comme motif de la consultation est « j'ai le palu », c'est l'énoncé introductif du colloque singulier soignant-soigné qui va être ensuite complété par l'énonciation spontanée de symptômes : « j'ai mal à la tête, des douleurs dans les membres etc. ». Cette plainte va d'ailleurs permettre à l'infirmier d'enclencher avec la personne qui vient en consultation une série de questions pour préciser les symptômes et les médicaments déjà consommés. Cette récurrence à l'étiologie biomédicale « paludisme » pose un réel problème de santé publique

21. Sayang C., Gausseres M., Vernazza-Licht N., Malvy D., Bley D., Millet P., « Treatment of malaria from monotherapy to artemisinin-based combination therapy by health professionals in rural health facilities in southern Cameroon », *Malaria Journal*, vol. 8, nº 174, 2009, doi:10.1186/1475-2875-8-174.

dans la mesure où plusieurs travaux, notamment les enquêtes épidémiologiques menées par l'équipe du Docteur Soula[22] à l'OCEAC dans le sud Cameroun et à la plantation Hévecam en particulier tendent à montrer que 50 % des déclarations « palu » n'en sont pas.

Cette récurrence dans le discours profane se traduit, comme l'a montré Josiane Mballa[23] lors de l'étude à partir de l'observation des consultations, par un processus routinier de prise en charge des patients par les professionnels de santé[24]. La « crise de palu » apparaît aussi comme une dimension importante de la vie quotidienne des personnes, puisqu'elle va déterminer leur état de fatigue, leur absentéisme au travail, comme dans maintes obligations et rendez-vous quotidiens. Nous avons constaté que, vrai ou faux l'énoncé « *j'ai ou j'ai eu le palu* » dédouane socialement l'individu de ses tâches et rôles quotidiens.

Le paludisme apparaît dans la pratique comme un paramètre ou un élément constitutif du « mode de vie », une maladie dont on use, voire on abuse au quotidien (*sickness*). Ce constat confirme que les études sur le paludisme ne doivent pas être envisagées uniquement en termes et en usages strictement médicaux (*disease*), mais que cette maladie s'inscrit dans un registre plus large.

Nos résultats nous conduisent à un second constat qui est que cette situation de récurrence des épisodes palustres conduit à une individualisation très forte des connaissances, perceptions et comportements face au palu qui pourrait se résumer par une expression « à chacun son palu et à chacun sa thérapie ». Il y a en effet une diversité très forte dans les perceptions et les comportements individuels et également en matière de savoir sur la maladie et ses symptômes et ce, toutes classes sociales et niveaux scolaires confondus.

Une variabilité individuelle des connaissances

Dans la population africaine, cette récurrence des cas de paludisme au quotidien se traduit par un faux sentiment de connaissance de cette

---

22. Soula. G., Ndounga M, *et al.*, « Bilan de la résistance de Plasmodium Falciparum à la chloroquinine au Cameroun et alternatives thérapeutiques », *Bulletin de liaison de l'OCEAC*, vol. 33, nº 4, 2000, p. 13-22.

23. Mballa J., Vernazza-Licht N., Abega S.C., *Entre discours et pratiques : le paludisme dans une plantation au Sud Cameroun*, Fourth MIM Pan-African Malaria Conference 2005, Yaoundé, 13-18 novembre 2005 (poster).

24. Seuls 10 % des professionnels de santé interrogés à la plantation considéraient qu'il fallait « faire systématiquement une goutte épaisse car elle permet de mieux investiguer », les autres la considéraient « nécessaire mais pas obligatoire » pour 70 % d'entre eux, et pas toujours « fiable à cause de l'automédication » 20 % (Mballa *et al.*, 2005).

affection que ce soit pour le traitement ou pour la gestion générale de la maladie. Ainsi quand on les interroge sur les symptômes du paludisme, la plupart citent les symptômes « classiques » et énoncent *courbatures*, *membres ankylosés*, *articulations endolories*, *raideur de la nuque*, *fièvre*, *fatigue*, *frissons*,… mais citent aussi d'autres symptômes plus spécifiques qui chez eux sont annonciateurs de leur propre crise palustre : *yeux rouges*, *urines jaunes*, *maux d'estomac*, *blessures dans la bouche*, *manque d'appétit*, *présence de filaires*,…

En fait, les connaissances quand elles ne sont pas fausses sont souvent partielles ou approximatives. Même chez les personnes informées les formes graves du paludisme ne sont pratiquement jamais citées. En effet si paludisme et fièvre sont perçus comme deux termes synonymes dans le discours des patients, la splénomégalie et les convulsions sont deux manifestations que les populations n'associent pas toujours à l'accès palustre[25]. Elles bénéficient donc de soins spécifiques que ce soit par exemple des scarifications à l'endroit où le tradithérapeute localise la rate afin de la « blinder pour la vie et qu'elle ne prenne plus de volume » ou le fait de « faire humer le reflux d'une fosse septique ou la fumée des habits sales brûlés » pour arrêter une crise de convulsions chez un enfant malade[26].

De la même façon, les causes énoncées de la transmission sont très approximatives. Le moustique n'est pas le seul agent incriminé, et certaines personnes citent aussi les mouches comme *la mouche tsé-tsé*, *les taons et les cafards*[27]. Par ailleurs les discours montrent que les moustiques les plus gênants pour la population sont ceux qui font du bruit et les importunent dans leur sommeil, ceux qui piquent et dont ils ressentent la piqûre et le caractère urticant. De ce fait, leurs moyens de prévention vont souvent être inadaptés car les moustiques contre lesquels ils seront les plus susceptibles de se protéger ne sont pas les *anophèles*, vecteurs du paludisme, mais des moustiques *culex* qui, eux, ne transmettent pas la maladie.

La même ignorance doit être relevée concernant le biotope du moustique vecteur du paludisme. Souvent, les populations établissent un lien

---

25. Dans l'étude quantifiée que nous avons réalisée à Hévécam en février 2003 auprès de 966 ménages (1 478 personnes interrogées) il n'y a que 3 personnes sur 5 (62 %) qui ont une bonne perception de cette maladie (elles en apprécient sa gravité et son caractère mortel, pensent que le paludisme n'est pas une fatalité et qu'il est possible d'agir efficacement contre cette maladie). Il faut noter que cette bonne perception augmente significativement avec le niveau d'instruction (Bley, Mudubu *et al.*, 2005).

26. Mballa *et al.*, *op. cit.*

27. Lors de l'étude menée à l'hôpital de la plantation, 40 patients ont été interrogés, 12 seulement ont cité le moustique comme cause unique dont un qui a indiqué « l'anophèle » (Mballa *et al.*, 2005).

entre l'insalubrité de leur milieu de vie et le paludisme et mettent à l'index les lieux d'aisance, les eaux sales et stagnantes, alors même que l'anophèle, vecteur du paludisme, se reproduit plutôt dans des eaux vives et claires.

Une variabilité individuelle des interprétations des symptômes et des pratiques de soins

Les discours recueillis au cours de nos enquêtes font ressortir une diversité d'interprétations sur la sensibilité – individuelle – des individus face au risque de paludisme qui sont bâties sur des conceptions biologiques comme par exemple la notion de « terrain », « d'immunité », ou sur des conceptions environnementales d'adaptation au milieu : « quand j'étais petit, quand j'ai changé de région je faisais plus de palu ou moins etc. » sont des propos qui reviennent ainsi régulièrement.

On a aussi dégagé un ensemble de discours sur « la crise » palustre, celle qui les affecte selon eux tous les deux ou trois ans et les « petits palus » entendus comme des épisodes maladifs du quotidien. Cela se traduit dans le choix des recours thérapeutiques. Tous les individus interrogés font une différence entre certains symptômes qu'ils interprètent comme une manifestation de « leur » palu qu'ils gèrent à partir d'expériences précédentes (automédication, achat de médicaments à l'unité auprès des vendeurs de rue, recours aux tradithérapeutes etc.) et la *crise* de paludisme qui nécessite une prise en charge médicale, voire hospitalière.

Cette variabilité individuelle se constate et se traduit par un discours de personnalisation du traitement. Chaque personne interrogée cite le médicament qu'il considère comme le mieux adapté pour lui. Ce sera celui qui va lui permettre d'enrayer rapidement la crise sans trop de fatigue et qui ne va pas entraîner d'effets secondaires, notamment des démangeaisons. Les plaintes sont en effet nombreuses sur les effets secondaires des traitements et cela conduit bien souvent les malades à stigmatiser certains traitements comme par exemple l'amodiaquine.

Entre fatalité et action au plan individuel

Nos recherches nous ont également permis de faire apparaître un double discours, entre fatalité et action/initiative individuelle.

Un grand nombre de discours autour du paludisme fait ressortir très fortement la notion de fatalité (*on peut rien faire*, *on vit avec*...) qui montrent que les gens considèrent que le paludisme est un problème de santé mais aussi d'environnement contre lequel la société ne se donne pas les moyens d'agir. Dans les discours, on peut dégager trois catégories d'éléments qui traduisent ce sentiment de fatalité :

– Une partie des discours fait référence à l'environnement naturel. Dans cette plantation il est fréquemment fait référence au fait qu'il y a « des forêts partout », à un milieu perçu comme hostile, où domine un sentiment d'immensité : « l'homme peut rien faire contre la nature, dans un monde tropical, il est impuissant » dira ainsi un de nos interlocuteurs.

– L'impuissance du milieu médical est aussi largement mentionnée : « c'est une question de médecine et de biologie, on ne peut rien contre une épidémie, d'ailleurs les médecins n'ont pas trouvé de vaccin et ne peuvent rien faire ».

– L'absence de moyens matériels vient également alimenter cette perception de fatalité. Les personnes interrogées se plaignent de ne pas avoir de moustiquaire, du fait également que « le Ministère ne fait pas ce qu'il faut, il y a pas de médicaments de disponibles, pas de politique de prévention en matière d'hygiène » dira un autre interlocuteur. C'est donc pour les populations une question de volonté politique autant que d'éducation. Un propos régulièrement énoncé est « qu'avant il y avait une politique contre le palu et il y avait moins de crises » et que ce n'est plus le cas « aujourd'hui, on est dans la crise et on s'en sortira pas ». Cette référence aux politiques précédentes de prévention et de lutte contre le paludisme, qui étaient parfois accompagnées de mesures de rétorsion selon Bado[28] a été également relevée par Estelle Kouokam lors de ses recherches à Maroua dans la province de l'Extrême-Nord du Cameroun, zone à transmission saisonnière[29].

Les raisons qui font qu'on ne peut éviter le paludisme en Afrique et au Cameroun en particulier dépassent l'individu et concernent son environnement : *la présence des moustiques* qu'on ne peut que subir, soit *parce qu'on est exposé aux moustiques sur son lieu de travail*, soit parce qu'il n'y a pas de moyens pour les éviter : « Même sous les moustiquaires, les moustiques piquent toujours. »

Il n'y a donc « pas de précaution à prendre pour le paludisme, c'est une "maladie invisible, qui persiste" et, diront certains interlocuteurs, on n'a ni "les moyens économiques, ni l'aide institutionnelle (État, hôpitaux) pour lutter contre…" ».

On peut donc souligner que face au paludisme qui sévit quotidiennement dans ce milieu rural, les gens sont fatalistes et se sentent dépassés. Cela ne suscite pas de dynamique collective pour prévenir la maladie en

---

28. Bado, « Un regard d'historien sur la lutte contre le paludisme au Cameroun (1950-1960) », in Vernazza-Licht N., Gruénais M.E., Bley D. (dir.), *Sociétés, environnements, santé*, Montpellier, Éditions IRD, 2010, p. 333-349 .

29. Kouokam Magne E., *op. cit*.

impliquant les acteurs sanitaires gouvernementaux, telle qu'une mobilisation dans le cadre d'associations de santé ou d'environnement comme on les connaît aujourd'hui autour du SIDA.

Néanmoins il faut également noter que l'initiative individuelle reste assez forte. Quand on demande aux personnes interrogées si, à titre individuel, elles pensent pouvoir faire quelque chose, elles sont plus nombreuses à répondre positivement en expliquant comment elles cherchent à se protéger du paludisme. En effet, malgré cette fatalité environnementale, sociale et politique contre laquelle elles disent être impuissantes, les populations élaborent des stratégies individuelles pour éviter d'avoir le paludisme. Stratégies qui concernent deux registres, celui de l'environnement proche et celui du maintien en bonne santé.

S'agissant de l'environnement de proximité, deux actions sont prédominantes :

– le nettoyage des lieux de gîtes : désinfection des zones abritant les moustiques, destruction des mares d'eau tout autour de l'habitation, entretien de la maison/des alentours de la maison/hygiène autour de la maison, tentative de ne pas encombrer l'intérieur de la maison… sont régulièrement cités ;

– l'utilisation de protections : grillage aux fenêtres, port des habits, utilisation des aérosols insecticides (la marque Tiger, moins onéreuse que les aérosols produits par les grands groupes internationaux comme Bayer, est régulièrement citée) pour protéger les jeunes enfants, évitement des piqûres de moustiques, utilisation d'un ventilateur/climatiseur, utilisation des moustiquaires[30]…

Nous sommes donc dans une action sur l'environnement domestique qui concerne la maison et ses alentours, le lieu de vie et non pas le lieu de travail. L'attention est portée à l'hygiène et à la propreté, même si les éléments qui font l'objet de cette attention ne sont pas vraiment susceptibles d'empêcher le risque de maladie. L'eau sale est largement avancée comme un moyen de prolifération des moustiques et la propreté du corps est également un élément présenté comme moyen de lutter contre le paludisme.

---

30. À Hévecam, Marceline Mbetoumou a montré, à partir d'observations et de discours, quel est l'usage effectif des moustiquaires (protection des produits stockés, moustiquaires hors d'usage, déchirées, utilisation pour les couples et en particulier par les maris plutôt que par les enfants, choix des enfants à protéger en fonction de la filiation…) et montre que cet objet « exogène » à la chambre à coucher génère des conflits d'usage. Dans ce contexte, et malgré la valeur symbolique de propriété qui entoure cet objet de prévention, elle est très peu utilisée quotidiennement (Mbetoumou *et al.*, 2005).

Ainsi pour ce qui concerne le maintien « en bonne santé », les discours font état d'une attention portée à soi et au corps (de l'autre également quand il s'agit des enfants).

Différentes stratégies de prévention sont énoncées par la population. D'une part, celles qui consistent à veiller à rester en bonne santé et à ne pas tomber malade et cela passe par des pratiques comme *la consommation de l'eau propre*, *le respect des règles d'hygiène*, *préserver les enfants au chaud quand il fait froid*, *se laver à 16 h*, *effectuer des visites régulières chez le médecin*, *pratiquer un sport.* D'autre part celles qui passent par le recours à des traitements prophylactiques et à des pratiques de santé comme *l'utilisation des antipaludéens*, *la prise des comprimés à titre préventif chaque semaine*, *la prise de décoction et l'utilisation des remèdes traditionnels à titre préventif (par exemple en faisant des cures mensuelle préventives d'ekouk*[31]*)*, *faire du sport.*

Cette attention portée au corps, à sa vulnérabilité, accentue les logiques de prévention « individualisée ». Les personnes disent connaître « leur » vulnérabilité et essayent de se protéger en conséquence. Si beaucoup tiennent des discours autour de la « chronicité » du paludisme, les gens se mobilisent surtout contre l'accès palustre. Mais en même temps, ils se désintéressent de leur situation dès lors que la crise est gérée, sans se soucier de faire un traitement sur le long terme pour enrayer totalement tous les hématozoaires dont ils sont potentiellement porteurs. Ils luttent ainsi contre un stade de la maladie mais pas pour se guérir complètement de la maladie.

La fatalité, la variabilité et l'individualisation permettent de comprendre la difficulté à adapter des messages de prévention pour aboutir à une véritable appropriation individuelle du « risque de paludisme » et de sa gestion tant au plan préventif, qu'au plan curatif.

Longtemps la médecine tropicale a considéré qu'elle résoudrait seule nombre de maladies tropicales grâce à ses thérapeutiques. L'espoir d'une éradication du paludisme est aujourd'hui abandonné. La collaboration entre sciences biologiques et sciences humaines s'impose de plus en plus comme incontournable pour faire face à un certain nombre de problèmes sanitaires.

---

31. L'ekouk est un arbre dont l'écorce, employée en infusion, a semble-t-il des vertus fébrifuges. L'anthropologue Nicolas Monteillet raconte comment il a été amené à en consommer ainsi que le font les populations locales. Monteillet N., *Le pluralisme thérapeutique au Cameroun*, Paris, Karthala, 2005, p. 102.