



HAL
open science

La lutte contre le paludisme au Cameroun : autopsie d'un phénomène pluriel dans un contexte d'hyper endémicité

Pascal Nyam

► **To cite this version:**

Pascal Nyam. La lutte contre le paludisme au Cameroun : autopsie d'un phénomène pluriel dans un contexte d'hyper endémicité. 2020. <hal-03078921>

HAL Id: hal-03078921

<https://hal.science/hal-03078921v1>

Preprint submitted on 17 Dec 2020

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.



HAL Authorization

La lutte contre le paludisme au Cameroun : autopsie d'un phénomène pluriel dans un contexte d'hyper endémicité

Par
Pascal NYAM

Résumé

Le Cameroun fait partie des onze pays du monde les plus frappés par le paludisme. A l'évidence, cette maladie constitue encore un véritable problème de santé publique dans ce pays. S'il est vrai que celui-ci a connu une fallacieuse maîtrise de cette maladie depuis 2011, il reste aussi vrai que depuis 2017, ce pays assiste à la réémergence avec le nombres de cas et de décès sans cesses croissants de cette pandémie malgré les différentes stratégies et initiatives mises en place. Suite à cette hyper endémicité, l'approche « *High Burden to High Impact* » a pris corps dans ce pays en 2018 pour mieux canaliser la lutte en vue d'un meilleur impact. Mais malgré cela, la solution reste toujours introuvable. Le paludisme continue toujours à faire droit de cité. Ce présent article en faisant une autopsie des mesures mises en place pour lui barrer la route, montre que la persistance et la résistance de la maladie dans ce pays seraient liées à la négligence de pesanteurs socioculturelles des populations, ainsi que les pannes des dynamiques institutionnelles mobilisées par le *biopouvoir* pour faire face à la maladie. L'approche mobilisée dans ce travail est qualitative avec 216 focus group administrés dans les régions sanitaires du pays dans le cadre du dialogue pays (projet fonds mondial) en janvier 2020 auprès de dix-huit cibles dans les formations sanitaires, les organisations à base communautaire, les lieux de service ainsi que les autres lieux aménagés à cet effet, et 35 entretiens approfondis réalisés entre 2016 et 2018 dans le cadre d'un travail de recherche dans la ville de Bafia et celle de Yaoundé, auprès des ménages des usagers, du personnel soignant, des malades, et des acteurs institutionnels.

Mots clés : paludisme, autopsie, phénomène pluriel, hyper endémicité

Abstract

Cameroon is one of the eleven countries in the world most affected by malaria. Clearly, this disease is still a real public health problem in this country. If it is true that it has known a false control of this disease since 2011, it is also true that since 2017, this country is witnessing the re-emergence with the number of cases and deaths without ceasing increasing this pandemic despite the various strategies and initiatives put in place. Following this hyper endemicity, the « *High Burden to High Impact* » approach took shape in this country in 2018 to better channel the fight for a better impact. However, despite this, the solution is still elusive. Malaria still continues to face in cameroon. This article by doing an autopsy of the measures put in place to block his way, shows that the persistence and resistance of the disease in this country would be linked to the neglect of the socio-cultural burdens of the populations, as well as the breakdowns of the institutional dynamics mobilized by the *biopouvoir* to deal with the disease. The approach used in this work is qualitative, with 216 focus groups administered in the health regions of the country as part of the country dialogue (Global Fund project) in January 2020 with eighteen targets in health facilities, community-based organizations, places of service and other places set up for this purpose, and 35 in-depth interviews conducted between 2016 and 2018 as part of a research project in the cities of Bafia and Yaoundé, with the households of users, healthcare personnel, patients and institutional actors.

Key words: malaria, autopsy, plural phenomenon, hyper endemicity.

INTRODUCTION

Le Cameroun comme bon nombre de pays de l'Afrique subsaharienne fait face à une crise sanitaire sans précédent, impulsée par une précarité de ses politiques et systèmes de santé. Face à cette conjoncture, le pays ne peut qu'assister à la réémergence des vieilles maladies (paludisme) de façon vertigineuse avec des décès et victimes sans cesse croissants, plongeant les familles dans une véritable spirale de pauvreté. A l'évidence, le paludisme constitue encore un véritable problème de santé publique au Cameroun, bien qu'un arsenal de mesures adoptées par l'Etat pour lui barrer la route soit mis en branle. De la prévention à la prise en charge, la question paludisme continue à faire droit de cité. Dans la chapelle préventive, plusieurs politiques ont été mises sur pieds telles que les PID, les TPI, la politique de la MILDA, sans saper les mesures telles que l'assèchement des rigoles, le projet de détournement des piqures des anophèles vers les animaux, la chimio prévention. En ce qui concerne la prise en charge, le Cameroun en se basant sur les diktats de l'OMS est passé de l'usage de la chloroquine/quinine, le sel médicamenté, à la sulfadoxine pyriméthamine aux combinaisons à base artemesine (ACT), puis aux antipaludéens de première et deuxième intention tels que l'artesunate, l'artéméther, l'artefan, la liste n'étant pas exhaustive. Un regard artificiel ou profane pourrait s'en presser de sanctifier l'Etat du Cameroun dans la lutte contre cette maladie sans chercher à savoir s'il a au préalable confessé ses péchés.

Pourtant, l'heure n'est guère aux réjouissances au point qu'il s'avère nécessaire d'interroger à frais nouveaux cette lutte, afin de comprendre et d'expliquer l'insistance et la persistance de cette maladie. Ce réexamen se veut donc une sorte d'autopsie entendu comme « *l'action de voir de ses propres yeux* », mieux encore, « *un examen systématique de toutes les parties et de tous les organes [...]* » (DJOUDA FEUDIO et al, 2016) afin de diagnostiquer ce qui pose problème. Dans cette mouvance, un examen des politiques et systèmes de santé africains dans lequel le Cameroun ne serait exempt s'avère être nécessaire. En réalité, la littérature portant sur ces politiques et systèmes de santé est assez abondante (NSANGOU MBOUEMBOUE, 2014 ; HOURS, 2006 ; GRUENAI et POURTIER, 2000; DUJARDIN, 2003 ; GRODOS, 2004 ; VIDAL, 1999 ; MASSE et BENOIST, 2002 ; AKOTO, 2002 ; MONTEILLET, 2005;FOURNIER et HADDAD, 1995; SOUMAYA, 1998 ; TANTCHOU, 2006 ; DJOUDA FEUDJIO, 2011 ; MOULIOM MOUGBAKOU, 2012). Grosso modo, ces travaux les présentent comme des systèmes et politiques tatillons et défailants en terme de configuration ou de structuration et de gestion. Au Cameroun, des études ont révélé également la défaillance de son système de santé, en raison des dysfonctionnements d'ordre structurel et

fonctionnel, observés çà et là. Celle-ci est due selon HOURS (op.cit.), à la désétatisation dans le domaine sanitaire qui a pour conséquence, la misère matérielle des dispensaires et hôpitaux. La non inscription de la santé comme priorité des gouvernants est pour TANTCHOU (op.cit.) le principal facteur explicatif de la crise des politiques de santé dans ce pays. Cette déconsidération entraîne cependant la négligence de prendre en compte les rationalités des populations ou des bénéficiaires lors de leurs implantations. MOUGBAKOU (op.cit.) quant' à lui a préféré parler de calculs politiques qui traduisent l'échec des politiques de santé en ce qui concerne le paludisme dans le Noun (ouest-Cameroun).

De même, la problématique du paludisme qui constitue notre principal cheville ouvrière est également marquée par cette abondante littérature, bien que remuée partiellement (FOSSO, 2015 ; KOUKAM MAGNE, 2012 ; TCHINDA, MOYOU et SOCPA, 2012 ; BEKEDECK, 2011; NGUEJIP NGOKO, 2007 ; HOKAMETO EDORH, 2013 ; NGOUO DJOUMESSI, 2015 ; NYAM, 2018 ; DARRIET, 1998 ; DIARRA, 2012 ; NTUMBA KASITA, 2009; VEDRAGER, 2005; DOUDOU DIMI et al, 2012 ; OUEDRAOGO, 2010 ; DIALLO, 2010 ; KOUROUMA, 2013 ; MBOUZEKO, 2010 ; YAYA et ZE, 2013). Dans l'ensemble, ces travaux mettent en exergue les actions et mesures adoptés manu militari pour mettre outsiders le paludisme, sans interroger leur faisabilité dans un contexte culturel local ; le dynamisme des moustiques vecteurs ; la pluralité des paludismes et les frasques orchestrés par cette maladie tant en au Cameroun que dans le reste des pays africains. C'est dans cette mouvance que NYAM (op.cit.) a souligné par exemple l'inefficacité de la politique de la moustiquaire imprégnée dans la lutte contre le paludisme quand VEDRAGER (op.cit.) évoquait déjà la posture ambiguë de l'OMS dans la lutte contre cette maladie. Cette pléthore de travaux montre donc à suffisance la forte prégnance de la maladie. Toutefois, la persistance et la résistance de la maladie n'ont pas fait l'objet d'étude de ces travaux, d'où l'originalité de cette communication qui, en ambitionnant de faire une autopsie de la lutte contre le paludisme au Cameroun, s'est donné pour objectif de montrer que celle-ci est prise en otage par des pesanteurs socioculturel ainsi que les ouailles des dynamiques institutionnelles qui ne permettent pas d'apporter l'écho entendu.

Toutefois, en se basant sur la méthode qualitative avec 216 focus group administrés dans les régions sanitaires du pays dans le cadre du dialogue pays (projet Fonds mondial) en janvier 2020 auprès de dix-huit cibles¹ dans les formations sanitaires, les organisations à base

¹ Ce sont les cibles identifiées par le projet fonds mondial à savoir : les groupes d'hommes et des femmes, les travailleuses de sexes ainsi que leurs clients, les MSM, les transgenres, les adolescents, les travailleurs miniers, les travailleurs de pôles économiques, les usagers de drogue, les enfants de la rue, les PVVIH, le personnel des

communautaire, les lieux de service ainsi que les autres lieux aménagés à cet effet, et 35 entretiens approfondis réalisés entre 2016 et 2018 dans le cadre d'un travail de recherche dans la ville de Bafia et celle de Yaoundé, auprès des ménages, des usagers, du personnel soignant, des malades, des acteurs institutionnels, ce travail vise à partir de la théorie des représentations sociales (MOUSCOVICI, 1961; ABRIC, 1994) et de la théorie explicative de la maladie (KLEINMAN, 1980 ; GOOD et GOOD, 1980) à montrer le poids de ces pesanteurs (représentations sociales) qui influencent les initiatives de prévention, les déterminants du choix de diagnostic, de recours aux soins ainsi que les trajectoires thérapeutiques, et les « *pannes* » des dynamiques institutionnelles qui embrigadent cette lutte dans une sorte de tournage en rond. A partir des données retranscrites et citées comme telles verbatim par verbatim sans changer de syntaxe, il sera donc question de faire une autopsie de ces pratiques qui, apparemment banales, sont susceptibles d'expliquer la maladie et sa persistance en terre camerounaise. A l'évidence, cette persistance serait liée à un ensemble de manières de faire, d'agir et de penser, tant des populations que du « *biopouvoir* » (FOUCAULT, 2004).

I-Quelques données épidémiologiques du paludisme.

1-Dans le monde

Le paludisme constitue encore une réelle menace dans le monde. Il est à l'origine de 400 à 900 millions de cas de fièvre, provoquant entre 01 à 03 millions de morts, soit en moyenne 01 mort chaque 30 secondes dans le monde. L'OMS dans son rapport de 2010 souligne que le paludisme a tué 655 000 personnes, dont 86% des enfants de moins de 05ans. Celui de 2014 indique que le nombre de cas de paludisme en 2013 était estimé à 198 millions, avec 584 000 de décès associés à cette nébuleuse. Cette maladie touche environ 40% de la population mondiale avec 250 millions de personnes par an, principalement les enfants de 0 à 05 ans. D'après le rapport de l'OMS sur le paludisme dans le monde de 2018, le nombre de cas de paludisme était estimé à 219 millions, et celui de décès estimé à 435 000, avec 266 000 cas pour les enfants de 0 à 05 ans, soit 61% de l'ensemble de décès dus au paludisme. En 2016, le nombre de cas était estimé à 217 millions, pour 451 000 décès. Au niveau mondial, le nombre des décès dus au paludisme a été estimé à 405 000 en 2018, et 416 000 en 2017.

2-En Afrique

En Afrique, une brillante littérature existante souligne que cette maladie endeuille plus que les catastrophes naturelles et les guerres. S'il est vrai que depuis les années 2000 à 2016 il y a eu des efforts ou des avancés remarquables aussi bien dans sa prévention que son traitement, il reste aussi vrai que depuis 2017, l'on assiste à une remixions de la maladie. L'Afrique reste donc incontestablement le continent le plus frappé par le paludisme, avec 92% de cas et 93% de décès liés à cette maladie en 2017 (OMS, 2018). En 2016, elle a connu une charge de morbidité représentant 80%. Cette même année, ce continent a enregistré 90% de cas de paludisme et 91% de décès liés à cette nébuleuse. Les dix pays d'Afrique les plus touchés par la maladie auraient enregistré 3,5 millions de cas supplémentaire par rapport à 2016, allant de 131 000 cas supplémentaires au Cameroun, à 1,3 million de cas supplémentaires au Nigeria (OMS, 2018). Dans ce continent, la maladie a particulièrement fait son nid principalement dans la partie subsaharienne où, cette maladie est considérée comme « *la première endémie parasitaire* », cette endémicité est résumée en ces termes :

La presque totalité de la population, environ 550 millions de personnes, vit en zone impaludée ; près de 75% de la population vit dans des zones de fortes endémies et 18% environ de cas clinique ; et entre 1,5 et 2,5 millions de décès ; un enfant de moins de 5ans sur vingt meurt chaque année d'une maladie liée au paludisme ; environ 5 à 40% des malades atteints de formes graves de paludisme décèdent. 70 à 80% de cas clinique sont pris en charge au niveau communautaire, mais par manque de ressources humaines et surtout financières, cette prise en charge n'est pas encore bien réalisée (BAUDON, 2000 : 36).

En plus, « *en Afrique subsaharienne où plus de la moitié de la population vit en zone impaludée, il est signalé entre 270 à 480 millions de cas cliniques et plus d'un million de décès chaque année* » (PICHARD et al, 2002 : 518). L'incidence du paludisme dans la région Afrique de l'OMS a été de 229 de cas en 2018. De même,

Dix-neuf pays d'Afrique subsaharienne et l'Inde ont concentré quasiment 85 % du nombre total de cas de paludisme dans le monde. Six pays, à eux seuls, ont enregistré plus de la moitié des cas: le Nigéria (25 %), la République démocratique du Congo (12 %), l'Ouganda (5 %), ainsi que la Côte d'Ivoire, le Mozambique et le Niger (4 % chacun) (OMS, 2019).

De ce qui précède, le paludisme continue son marasme dans ce continent vivant dans une extrême pauvreté selon les travaux qui y ont été consacrés. La région Afrique a enregistré 94 % des décès liés au paludisme dans le monde en 2018. Le nombre des décès dus à cette pandémie est passé de 533 000 décès en 2010 à 380 000 en 2018. Les 11 millions de femmes enceintes exposées à une infection palustre en 2018 ont donné naissance à quelque 872 000 enfants présentant un faible poids à la naissance. Les décès

dus au paludisme ont été d'environ 260 000 en 2018 (OMS, 2019). Ainsi, la situation n'est donc guère réjouissante.

3-Au Cameroun

Dans ce pays, la situation du paludisme reste préoccupante vue sa réémergence et les frasques orchestrées. En effet,

le Cameroun fait partie des 11 pays qui, à eux seuls, supportent près de 70% du fardeau du paludisme (WMR, 2018). Sur le plan national, le nombre des cas enregistrés dans les formations sanitaires quasiment en stagnation depuis 2011 connaît une tendance à la hausse depuis 2017. Le nombre de décès, après une évolution à la baisse sur plusieurs années, est également en augmentation depuis 2017, nonobstant la mise en œuvre des différentes stratégies de lutte contre le paludisme (PNLP, 2017 dans PSNLP, 2019).

Le paludisme a représenté en 2017, 24,3% de toutes les consultations enregistrées et 12,8% des causes des décès survenus dans les formations sanitaires du pays (PNLP, 2017). Le nombre de cas de paludisme enregistré dans les formations sanitaires du pays a évolué de 1.829 266 à 2.093 009, soit une augmentation de 14,41% tandis que le nombre de consultation toute cause passait de 5.957 438 à 8.622 922, soit une hausse de 44,74%. Chez les femmes enceintes, après une légère baisse de 2011 à 2012, la morbidité a été revue à la hausse de 2013 à 2017, passant de 12,7% à 21,3%(PSNLP, 2019). Dans cette même mouvance,

la mortalité proportionnelle liée au paludisme dans les formations sanitaires a connu une hausse de 2012 à 2014 en passant de 17,6% à 22,9%, puis une baisse de 2015 à 2016 en passant de 22,9% à 12,4%. Entre 2014 et 2016, l'évolution du nombre de décès de paludisme était décroissante avec un taux de réduction annuel moyen de 22,5% puis on a noté une augmentation de 21,1% en 2017(PSNLP, 2019).

Précisément, 4000 décès dus au paludisme ont été enregistrés en 2016 selon le secrétaire permanent du PNL. Ce pays a dénombré 1 600 000 cas de paludisme, et 3200 décès en 2014. En 2012, le pays a connu 18% de décès, 27% de consultations médicales et 40% d'hospitalisation (PNLP, 2012). Au vue donc de tout ce qui précède, parler d'hyper endémicité du paludisme dans ce pays n'est guère exagérer. Mais, le gouvernement du pays n'est pas resté agnostique, ni indécis face à cette conjoncture. En réaction, l'approche «*High Burden to High Impact* » (d'une charge élevée à un fort impact) mise en place en 2018 pour réduire la charge de la maladie a pris corps. Depuis 2002 jusqu'à nos jours, notre pays a élaboré 05 plans stratégiques de lutte.

L'État du Cameroun a pris des engagements politiques et mené des actions concrètes en vue de réduire le fardeau du paludisme, parmi lesquelles : L'adhésion à l'initiative mondiale « Faire Reculer le Paludisme » lancée en 1998 ;l'adhésion à la

Déclaration du Sommet d'Abuja en Avril 2000 ; la réorganisation du Programme National de Lutte contre le Paludisme en 2002 pour en faire un programme prioritaire de santé ; l'intégration de la lutte contre le paludisme dans la Stratégie Sectorielle de Santé (2016–2027) et dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2020 ; l'adoption de plusieurs politiques nationales pour l'amélioration de l'accès aux services de qualité pour la prévention et la prise en charge des cas de paludisme : gratuité de la prise en charge du paludisme pour les enfants de moins de 5 ans ; gratuité du traitement préventif intermittent chez les femmes enceintes ; distribution gratuite des moustiquaires imprégnées à longue durée d'action à toute la population ; intégration des services de lutte contre le paludisme dans la réforme portant sur la Couverture Sanitaire Universelle en cours de développement, etc. (PSNLP, 2019).

Toutefois, malgré cela, la solution reste toujours introuvable. La maladie continue plutôt à se développer ou se propager davantage, certainement suite à une non prise en compte suffisante des rationalités et des représentations sociales des communautés.

II-Représentations sociales du paludisme

De DURKHEIM (1898), MOUSCOVI (1961), à ABRIC (1994), les représentations sociales (fondées sur la construction sociale de la maladie épilouée par PARSONS), désignent grosso modo « *une forme de connaissance socialement élaborée et partagée ayant une visée pratique et concourante à la construction d'une réalité commune à un ensemble social* » (JODELET, 184 :360). Ainsi, chaque peuple ou socioculture a sa façon de percevoir, d'appréhender la maladie, allant des considérations culturelles à celles cosmiques pour expliquer l'étiologie de la maladie. En Afrique, la maladie et la mort sont parfois interprétées comme des sanctions suite à une jugulation d'un interdit ou suite à une annexion d'un objet sacré. Les représentations sociales permettent ici de montrer les origines subjectives de la maladie, comment elle est perçue et vécue par les populations, leurs différents discours ou croyances au sujet du paludisme, et comment ces perceptions, ces croyances influencent les initiatives visant à lui barrer la route, quelles sont les mécanismes que ces populations mobilisent pour interagir face à la maladie, mettant ainsi en quarantaine les pratiques recommandées par les décideurs sanitaires.

En réalité, « *la maladie est inhérente à toute être vivant, et toute société met donc sur pieds un système de recours thérapeutique qui répond aux problèmes de santé de son groupe* » (ESSI, 2007 : 14). Les représentations sociales permettent également ici d'analyser, de comprendre et d'expliquer la banalisation de cette maladie par les populations à la suite de laquelle, nous pouvons observer un *pluralisme médical*, la manière dont elles pensent le paludisme ou encore son *sickness*, et qui détermine leurs engouements dans les initiatives de

lutte. Car, « *un individu est susceptible de poser des gestes pour prévenir une maladie s'il possède des connaissances minimales en matière de santé et s'il considère cette dernière comme une dimension importante de sa vie* » (HERZLICH et PIERRET, 1988 : 1109-1134). Ainsi, pour lire les représentations sociales du paludisme, l'on ne peut que se référer à sa nosologie ou ses croyances étiologies, qui n'épousent pas toujours celles de la médecine moderne, et qui ne sont rien d'autres que des éléments construits de manière courante dans la vie quotidienne, du sens commun assimilés comme des potentiels causes de la maladie, bien que ceux surnaturels ne soient pas sapés.

1-Les éléments nutritionnels comme cause du paludisme

Dans l'univers culturel local, les « *premières mangues* » de l'année sont considérées comme une potentielle cause de la maladie. Les données de terrain montrent que, ces fruits à la suite de leur immaturité, causent des accès palustres, tels que le soulignent ces propos :

Quand les mangues arrivent, le palu est pêle-mêle dehors. Quand les enfants sucent cela, ça les donnent la maladie. Chez moi je les ai interdit ça et même quand ça devient bien à sucer, ils lavent d'abord avant de sucer. Là où je sors, les premières mangues sont considérées comme une cause du palu, donc !²

Ou encore, « *il y a des fruits qui donnent le palu tel que la mangue* »³.

De ce qui précède, il faut s'abstenir de consommer les premières mangues pour échapper ou éviter les frasques du paludisme car, « *rare sont les débuts de saison que le palu ne tue pas les enfants* »⁴. Le début de saison champêtre qui est généralement la période de l'avenue de premières mangues, est considéré comme une période de forte contraction de la maladie, et donc il faut se méfier. Dans la même perspective, « *l'eau glacée* », « *la consommation des aliments frais* » sont représentées comme des potentiels causes du paludisme. Selon ces populations, la consommation des denrées soumises à la fraîcheur sont susceptibles de causer le paludisme, quand il est vrai que le climat frais est interprété par moult individus comme un facteur pouvant causer la maladie, un état dans lequel le risque de contracter le paludisme est élevé. Les populations assimilent donc par conséquent les denrées fraîches à cette période. C'est pourquoi elles peuvent affirmer ainsi:« *C'est l'eau qui donne le paludisme [...] ne pas manger les choses fraîches ; ne pas boire de l'eau glacé* »⁵ ; ou encore, « *maladie transmise par le moustique, la consommation d'aliments (surgue, ynom, maïs)*»⁶.

² Entretien avec AMANG, février 2016 à Bafia

³ Focus groupe réalisé à l'Est-Cameroun, janvier 2020

⁴ Entretien avec ONOUCK, décembre 2016, Bafia

⁵ Focus groupe réalisé au Nord-Cameroun, janvier 2020

⁶ Focus groupe réalisé à l'Extrême-Nord-Cameroun, janvier 2020

De ces propos, il en ressort que les causes du paludisme dépassent largement le discours biomédical pour embrasser sur les considérations d'ordre nutritionnelles. Ces éléments au-delà de leur richesse nutritionnelle, de leur importance pour la survie de l'homme, sont représentés comme des entités capables de provoquer cette pandémie morphique. De telles manières de penser socialement construites, ces pareils savoirs de sens commun mettent donc en quarantaine l'arsenal des mesures adoptées par les gouvernants sanitaires pour éradiquer la maladie.

2-Paludisme : une maladie causée par des phénomènes naturels ou cosmiques

Dans les sociocultures camerounaises, la cause d'une maladie n'est pas toujours interprétée dans le registre biomédical. Les facteurs naturels voire-même surnaturels sont souvent représentés comme des potentiels causes de la maladie. Cette ambivalence met également en quarantaine l'ensemble de mesures et initiatives mises sur pieds par le « *biopouvoir* » pour la dérailler. Au Cameroun, si le paludisme est causé par la pique de l'anophèle femelle, il peut également être causé par les éléments naturels ou cosmiques. Dans ce cas, le moustique est une cause parmi tant d'autres, telles que « *le froid ; le soleil ; la famine ; la poussière; la pluie* ».

Les données de terrain montrent que les populations camerounaises se représentent le paludisme comme une maladie causé par le « *froid* ». C'est pourquoi il n'est pas rare d'entendre dans les sociocultures de ce pays, les individus dire, « *fait porter l'enfant là le pull ovaire, si non le palu va l'attraper* », ou alors « *tu ne portes pas le pull ? Le palu va t'attraper hein !* ». Le pull est perçu comme le vêtement de prémunition contre le froid qui, est une potentielle cause de la maladie. Même certains personnels soignants n'échappent pas cette interprétation. Cette posture est renchérit par les propos ci-après : « *c'est une maladie qui suce le sang, maladie causée par le froid* »⁷, ou encore, « *maladie tuant plus que le sida, elle peut être attrapée lorsqu'on est trop en contact avec le froid ou le soleil* »⁸. De ces propos, il en ressort une autre cause de la maladie « *le soleil* » même s'il est cliniquement prouvé que les climats chaud et humide sont favorables à la prolifération ou à l'expansion de la maladie, tels que le soulignent ces propos :

L'endémie palustre demande la présence simultanée de l'eau, de l'anophèle et d'une température supérieure à 18°C. De plus, il y a des facteurs naturels de variation du paludisme : les grands fleuves, les reliefs, la forêt, l'altitude, les variations de durée

⁷ Focus groupe réalisé à l'Est-Cameroun, janvier 2020

⁸ *Ibidem.*

de la saison des pluies, les lagunes saumâtres, la perméabilité variable des sols (BAUDON, op.cit. : 39),

Mieux encore,

les conditions chaudes permettent aux moustiques et au parasite de la malaria de se développer plus rapidement, alors que les conditions plus humides leurs permettent de vivre plus longtemps et de se reproduire de manière plus importantes [...]. En Afrique subsaharienne, l'ampleur et la gravité du paludisme dépendent en grande partie des facteurs climatiques (YAYA et ZE, 2013 :19).

Toujours dans cette même sagacité, « la famine », « la poussière », « la pluie » sont représentés comme des causes non négligeables du paludisme dans l'imaginaire populaire des camerounais. Le réseau routier étant défectueux et constitué pour l'essentiel de routes non bitumées ; les pratiquants des travaux laissant drainés la poussière, croient que celle-ci serait une cause du paludisme, dans l'ignorance que, toute fièvre ressentie n'est pas forcément le paludisme. Les données ci-dessous justifient ces représentations : « *C'est le froid, la poussière, la pluie qui donnent le paludisme* », il est « *causé par la saleté, les moustiques, les rigoles sales non traités, la famine* »⁹. Les populations se représentent la pluie comme cause du paludisme suite au fait que, l'exposition de l'individu à la pluie est souvent interprétée comme susceptible de contracter le froid, qui par ricochet provoquera la malaria. Aussi, une autre représentation en est ressortie de ces propos, « la famine ». L'exposition à une crise alimentaire surtout dans la partie septentrionale du pays est interprétée dans le système de croyance de ces sociocultures comme une potentielle cause de la malaria.

Ces croyances étiologiques formulées montrent donc la mauvaise connaissance des causes réelles de la maladie, non connue des gouvernants en charge de la santé des populations. Elles produisent donc un impact négatif sur les initiatives de son éradication, ayant pour corolaire la persistance et l'insistance de la maladie en terre camerounaise. Les populations ignorent à ne point douter la véritable cause du paludisme.

3-Le paludisme est une maladie héréditaire, une maladie du sang

Les données de terrains et celles issues des entretiens anarchiques font état de ce que, moult individus se représentent le paludisme comme une maladie héréditaire, transmise de la mère à l'enfant via le sang, *c'est une maladie du sang*. En effet, « *dès que vous ou votre partenaire avait été très paludéen, puis que tout passe par le sang, alors automatiquement vos enfants naîtront avec le palu* ». L'expression « *palu dans le sang* » désigne donc non

⁹Focus groupe réalisé à l'Adamaoua-Cameroun, janvier 2020

seulement une maladie héréditaire, mais aussi, la présence d'un accès palustre grave, suit auquel en arsenal de posologie a été mobilisé pour y faire face sans effet probant, tel que le soulignent ces mots : « *It is a disease of the blood* »¹⁰. En plus, « *palu dans le sang* » au-delà du fait que ce soit une maladie, réconforte paradoxalement les populations dans la mesure où, lorsque les enfants issus d'un parent (homme) paludéen le sont aussi, cela est un signe d'une véritable paternité, que c'est bel et bien le géniteur, qu'il n'y a pas eu de distorsion conjugale dans la vie du couple.

4- Le paludisme est représenté comme une maladie culturelle

La culture étant un élément indispensable dans le processus de socialisation des individus, ne disparaît jamais totalement chez ceux-ci qui, pour les plus part dans le contexte africain, restent enracinés dans n'importe quelle partie du monde où ils se trouvent. Les individus reproduisent les faits culturels véhiculés dans leurs milieux au sujet de telle ou telle chose, de génération en génération. Ainsi, le paludisme est perçu comme une maladie annonçant la réalisation des rites piaculaire pour une vie épanouie. C'est ainsi que, « *au village certains paludismes montrent parfois que tu ailles faire certaines coutumes et c'est quand tu les fais que tu guéris* »¹¹. A y comprendre, les causes de la maladie ne renvoient pas seulement à une infirmité liée à un virus ou à un agent transmetteur, mais peuvent aussi être liées aux données traditionnelles, à l'univers socioculturel des individus. Ces discours qui perdurent, sont transmis aux générations via la socialisation acquise et intériorisée. Ce qui se dit et se pratique aujourd'hui au sujet du paludisme ne saurait se faire à partir de rien. Cela est influencé par les représentations, les croyances, les perceptions que les populations se construisent dans la communauté si bien qu'elles sont devenues une sorte de *jus sanguinis* car, « *les hommes font leur propre histoire, mais ils ne la font pas arbitrairement dans les conditions choisies par eux, mais dans les conditions directement données et héritées du passé* » (MARX, 1852 :15). Cette mauvaise considération de la maladie ne peut qu'influer sur sa banalisation.

5-Le Paludisme est représenté comme une maladie banale

Les populations camerounaises banalisent le paludisme car, c'est une maladie qu'elles connaissent bien et elles peuvent facilement se soigner. Cette facilité de la traiter avec quelques francs chez les soignants « *d'en bas* » (ELA, 1998), fait en sorte que les populations

¹⁰ Focus groupe réalisé au Nord-Ouest-Cameroun, janvier 2020

¹¹ Entretien avec TEGUIA, juin 2016 à Bafia

se représentent comme une maladie peu dangereuse, négligeable, une « *maladie qui ne fait pas peur* »¹², une vilaine fièvre qui vient et repart aussi tôt, sans panique et sans crainte. Point n'est donc tenu d'aller à l'hôpital, ou d'être stupéfait, à l'occasion d'un épisode palustre. C'est dans ce sens qu'il est souvent légion d'entendre « *j'ai un petit palu-là qui me dérange* ». Souffrir de suite du paludisme dans l'imaginaire populaire construite dans la communauté, ne veut absolument rien dire du tout. Le faible coût que les populations mobilisent, et les petits efforts déployés pour le traiter sont à l'origine de sa banalisation tels que le soulignent ces propos :

*Je ne sais pas que le palu est une maladie mortelle car, si ça pouvait me tuer ce que ça m'a déjà tué. Puisqu'il me menace beaucoup, donc ça tue silencieusement ! on néglige ça beaucoup, souvent quand tu as ça tu prends les paracétamols et ça se calme, le lendemain tu ne ressens plus alors que c'est peut-être dans le sang*¹³.

De ces propos, le paludisme n'est pas à craindre, il n'est pas à redouter. Cette conception simpliste de la maladie est liée à l'imaginaire populaire, à la mémoire collective que les individus se construisent de la maladie, de la manière donc ils cohabitent avec celle-ci. Le paludisme est également banalisé, certainement à cause de son ancienneté. Puisqu'il est ancien, les populations peuvent recourir à une pléthore de trajectoires thérapeutiques pour se maintenir debout à moindre, sapant le déstabilisateur social qu'est la mort.

En outre, les populations camerounaises ont délégitimé le fait paludisme dans leurs communautés suite à la socialisation qu'elles ont reçu de leur devancier. Sous la houlette des habitus, cette conception continue à perdurer. La conception de la population qui promeut est que, les gens sont exposés en longueur de journée aux piqures de moustiques dans leurs champs; dans les parties de chasse nocturne ; dans les veillées funéraires ou autres manifestations. Par conséquent, il serait inutile de penser prévenir le paludisme ou lutter efficacement contre celui-ci. Selon un de nos répondants, ceci est aussi dû au fait que, « *le palu est une maladie que les gens s'amusent avec elle et elle s'amuse aussi avec les gens. Tu as le palu, tu prends quelques médicaments, tu es guéris. Et les maladies où tu guéris après prise de médicament là, les gens s'amusent avec* »¹⁴.

En réalité, les populations et les pouvoirs publics ont une perception dichotomique de la maladie. Car, ce qui est pour les pouvoirs publics un réel problème de santé publique, et qui presque occupe la position de maladie politique vue ses ravages, ne l'est certainement pas

¹² Focus group réalisé à l'Est-Cameroun, janvier 2020

¹³ Entretien avec NOUTCHIA, mai 2016 à Bafia

¹⁴ Entretien avec Dr TOUGORDI, juin 2018 à Yaoundé

pour le citoyen, pour qui, le paludisme trivialement appelé « palu » est un « petit malaise » passager qui survient spontanément. Il peut être repoussé par un petit geste mécanique des colporteurs sanitaires ou de la tradipratique. Ces représentations socialement construites à partir du sens commun permettent de constater que, la malaria peut être causée par d'autres entités cités précédemment, mais aussi par la « saleté », l'« environnement insalubre » tels que le soulignent ces propos : « *It is caused by dirty environment, it is a tropical disease and its deadly* »¹⁵, « *elle est causée par les alentours des maisons sales, rigoles mal irriguées ; eaux stagnantes* »¹⁶ ; « *It is a parasitic infection and it is widespread specially in unhygienic conditions* »¹⁷; « *elle est causée par les alentours des maisons sales ou stagnent* »¹⁸; « *elle est causée par l'environnement sale* »¹⁹ etc...

Toutefois, il convient de signaler qu'en dépit de cette floraison de représentations, une franche de la population connaît les causes réelles du paludisme, les frasques que cette pandémie inflige, et les mesures barrières pour être exempt de la maladie, même si l'application de ces mesures suscitent encore des interrogations. D'autres parfois, c'est à la suite d'un épisode palustre dans leur ménage qu'ils commencent à redouter la maladie en essayant tant bien que mal de mettre en pratiques les mesures de prévention afin d'éviter de subir une fois de plus le matraquage économique. Le paludisme serait dans ce cas une maladie dangereuse et à prendre au sérieux.

Pour clore, ce limon des constructions sociales des entités structurées et figées, se transmettant fidèlement d'une génération à l'autre, reflètent donc l'état de lieu qu'ont ces populations de la maladie. Etant de catégories de pensées aprioriques, elles traduisent donc la société camerounaise en tant qu'entités face au paludisme. Ces manières de penser socialement construites, mettent en exergues le sens et la signification que les populations attribuent au paludisme. Elles permettent donc de justifier qu'en contexte camerounais en particulier, la maladie peut avoir plusieurs origines, allant des facteurs externes mais surtout, internes individuels des populations. Elles permettent également de comprendre l'étiologie subjective de la maladie, les discours et les différentes appréhensions que les populations ont du paludisme. Etant donné que le paludisme fait face à moult croyances, ces savoirs de sens commun présentent les différentes interprétations qui structurent la société camerounaise,

¹⁵ Focus group réalisé au Sud-ouest-Cameroun, janvier 2020

¹⁶ Focus group réalisé à Douala, janvier 2020

¹⁷ Focus group réalisé au Nord-ouest-Cameroun, janvier 2020

¹⁸ Focus group réalisé au Littoral-Cameroun, janvier 2020

¹⁹ *Ibidem.*

principalement ce qu'elle se dit du paludisme. Ce qui va irrévérablement avoir une influence sur non seulement comment ces communautés vivent ou fantasment la maladie, mais surtout quelles sont leurs repères symboliques qui orientent leurs comportements thérapeutiques, leurs logiques mobilisées face à elle.

II-Trajectoires thérapeutiques mobilisées en cas du paludisme au Cameroun

Au Cameroun tout comme dans d'autres pays africains, la maladie est interprétée et vécue de différentes manières, allant des considérations d'ordres objective, mais surtout subjective. En effet, le langage dans lequel on s'exprime à propos de la santé et de la maladie dans lequel on en interprète les causes, les manifestations et les conséquences, n'est pas un langage du corps : c'est un langage du rapport de l'individu à la société [...]. Si l'on veut vraiment comprendre comment savoirs, représentations et discours prennent un sens pour l'action, il convient de toujours les rapporter aux contraintes quotidiennes de la vie des personnes d'une part, aux caractéristiques de leurs relations sociales d'autre part. Les éléments de la structure sociale ainsi que les systèmes de valeur et les références culturelles jouent également un rôle (ADAM et HERZLICH, 1994 : 64-74).

1-Les itinéraires et déterminants de diagnostic

Au Cameroun, le diagnostic d'une maladie en appelle à un questionnement du genre «*d'où vient la maladie* ». Dès l'apparition des signes cliniques de la maladie, les logiques culturelles socialement construites et transmises fidèlement via la socialisation voudraient que le patient procède d'abord par l'automédication, ou qu'il consomme certaines portions traditionnelles concoctées par un membre ou un ami de la famille, à partir des recettes issues de son environnement social de vie à la façon dite «*de nos parents* », pour obtenir la guérison. La maladie dans ce cas fait partie intégrante de la culture qui la définit, la construit ; elle est vécue, perçue et interprétée par le patient, le traitant et l'entourage comme un système d'interaction symbolique. L'approche de la médecine conventionnelle n'intervient que quand la maladie oppose des résistances et même quand l'environnement social ne parvient pas à comprendre le pourquoi et comment de la maladie. Cette logique culturelle est à l'origine de l'observance de temps réactions tardives à la maladie pour recourir à un traitement de la médecine moderne. Le paludisme n'échappe donc pas à cette logique. Compte tenu du fait que cette maladie est très ancienne, les itinéraires de diagnostic sont déterminés par les chefs de ménages généralement pourvoyeurs de fonds; par son environnement de vie ou certains proches; à partir de leurs idiosyncrasies de la maladie, du carnet de l'autre, ou à partir des

connaissances subjectives des individus plus âgés maîtrisant certaines interprétations des phénomènes naturels. C'est généralement quand la maladie oppose des résistances aux ouailles de ces personnes que le malade et son environnement immédiat se tournent vers la consultation du « *nganga* » (DE ROSNY, 1974) ou le « demi dieu » chargé de restaurer la vie du client. Le recourt à la médecine moderne n'intervient que lorsque ce schéma a été pratiqué sans succès. Allant dans ce sens, un personnel médical à souligner ce qui suit :

Je crois que les gens ont encore confiance au traitement indigène et à l'automédication, c'est ce qu'on remarque. Ils ne viennent vraiment à l'hôpital que quand ils ont essayé eux-mêmes de traiter ça n'a pas marché, ils ont vu un infirmier de quartier ça n'a pas marché, ils sont allés voir grand-mère qui donne des portions ça n'a pas marché, et c'est là qu'ils viennent à l'hôpital²⁰.

Aussi, les itinéraires de diagnostic sont également influencés dans une grande mesure par les interprétations qu'on a de la maladie. Ils partent du schéma précédemment mentionné (ménage, aînés, collègues et autres proches ou amis de la famille pour la médecine moderne). Le patient est donc soumis à cet effet, à la sagacité soit de la médecine parallèle (DJOUDA FEUDJIO, et al 2016), soit de la médecine moderne qui, parfois, est à l'origine de la déstabilisation de l'itinéraire de diagnostic et de traitement. En effet, le protocole thérapeutique des ACT et certaines autres molécules antipaludéens tels que l'artesunate requièrent une attention particulière. Sa mobilisation soumet le traitant à administrer le traitement une fois par jour pendant trois jours aux mêmes heures. Le patient est donc tenu de respecter ce rendez-vous. Or, force est souvent de constater que ces mesures ne sont pas toujours respectées de l'une tout comme de l'autre partie. Ce qui par conséquent donne lieu à un accès palustre non seulement sévère, mais résistant faisant face à plusieurs interprétations oscillant entre le biomédical, le surnaturel, et la sorcellerie. Dans ce cas, le patient et son environnement immédiat sont parfois contraints de se resoumettre à un diagnostic du « *nganga* », détenteurs des pouvoirs surnaturels capables de restaurer la vie, vis vers ça.

2-Les trajectoires thérapeutiques mobilisées pour faire face au paludisme

S'il est vrai qu'il existe une pléthore de travaux portant tant sur les itinéraires de diagnostic que sur les trajectoires thérapeutiques sans oublier le pluralisme médical (JAFFRE, 1999; GRODOS, 2004; DJOUDA FEUDJIO et al, 2015; LADO, 2010; NKOUM, 2011; CAPRARA, 2000; AKOTO ELIWON, 2002; DJOUDA FEUDJIO, 2011; DE ROSNY, 1974; MONTEILLET, 2005; TEZI, 2010; AUGÉ et COLLEYN, 1990;

²⁰ Entretien avec le Dr NZAMBE, août 2017 à Bafia

DOZON, 1986, 2014; PIAULT, 1975; NGO SENDE, 2018; NSANGOU MBOUEMBOUE, 2014 ; ESSI, 2007; SOCPA, 2011), il convient toutefois de préciser que cette thématique n'a pas encore connue une fouille ascétique. Ce qui peut se justifier par l'émergence de nouvelle trajectoire thérapeutique anodine telle que le carnet de l'autre. En plus, ces auteurs à quelques exceptions près, n'ont pas mobilisé cette pratique dans le cas spécifique du paludisme d'où notre centre d'intérêt. En réalité, « *toute socioculture, quel que soit le continent, est caractérisée par une pluralité de recours de soins. Cette lapalissade tient au fait qu'il n'existe pas de société sans maladie* » (DJOUDA FEUDJIO et al, 2016 : 19), tout comme il n'existe pas de « *société sans médecines* » (MBONJI EJENGUELE, 2009).

Ainsi, toutes communautés (constituées des malades, des familles, des thérapeutes etc...) se réfèrent à l'étiologie d'une maladie au moment et aux modalités d'apparition des symptômes, pour déterminer les interventions ou les approches thérapeutiques qui semblent les plus adéquates (KLEINMAN, 1980). Dans le cadre du paludisme, les données du terrain soulignent au total trois trajectoires à savoir : le recours à l'automédication (surtout traditionnelle), à la médecine parallèle et à la médecine conventionnelle moderne.

En ce qui concerne l'automédication qui n'est rien d'autre que la consommation d'un médicament sans avis préalable d'un personnel soignant, disons que c'est le premier recours souvent mobilisé par les malades. Dès l'apparition de premiers signes clinique de la malaria, les populations se tournent d'abord naturellement soit à la consommation des portions traditionnelles, des écorces, des breuvages, à la « *pharmacie par terre* » (SOCPA, 2011), bref à la « *médecine douce* »; soit à la consommation des médicaments biomédicaux acquis chez les colporteurs de soins ou chez les « *petits entrepreneurs thérapeutiques* » (DJOUDA FEUDJIO, 2011: 86), ou encore à la « *pharmacie du panier* ». C'est dans ce sillage que les propos ci-après de nos enquêtés peuvent être compris: « *on prend les remèdes traditionnels, on se soigne à la maison, nous avons les pharmacies de la rue* »²¹, « *Ecoock, feuilles roi des herbes[...]médicament de la rue, EBAM, djindja* »²², « *recours à la médecine traditionnelle curative (écorces et plantes d'arbres[...]utilisation des méthodes traditionnelles avant d'aller à l'hôpital* »²³, « *we mostly buy drugs from local pharmacies[...]herbal medicine* »²⁴, « *traitement à l'indigène, auto-médicamentation,*

²¹ Focus group réalisé à Douala, janvier 2020

²² Focus group réalisé au Sud-Cameroun, janvier 2020

²³ Focus group réalisé au centre-Cameroun, janvier 2020

²⁴ Focus group réalisé au Nord-ouest-Cameroun, janvier 2020

pharmacie de la rue, consommation des décoctions [...] participation aux séances de prière »²⁵, «recours à la pharmacopée traditionnelle et parfois à l'automédication »²⁶, «feuille de même bouillis, se couvrir avec et se laver avec l'eau dès refroidissement »²⁷ etc..., bref tous les données des focus group administrés dans les régions sanitaires du pays présentent l'automédication qu'il soit moderne ou traditionnelle comme premier recourt de soins. Les propos suivants d'un personnel médical renchérissent davantage cette posture d'automédication traditionnelle :

Nous avons l'impression que les populations utilisent encore les antipaludéens traditionnels. On reçoit les malades ici qui nous le disent. Ils utilisent l'arbre soit, c'est le quinquennat, ils utilisent cet arbre-là. Il y a des gens qui ont des formations chez les naturopathes, ils utilisent cela et quand ça ne va donc pas, ils viennent à l'hôpital. Ils utilisent ça plus²⁸.

Cette pratique peut se justifier par le poids de l'habitus social en ce qui concerne le recourt aux soins, construit et intériorisé, puis reproduit de génération en génération tel qu'une norme culturelle d'une part, d'autre part, elle peut se justifier par le faible pouvoir d'achat des populations. Ces dernières subissant encore les travers de la crise économique des années 80, n'y trouvent pas l'intérêt de recourir directement aux soins appropriés du paludisme dès l'apparition des premiers symptômes où le cout ne serait nettement pas bon marché. Surtout que la guérison peut être obtenue sans nécessairement recourir à cette prise en charge et à moindre coût. De toutes les façons, c'est de guérir qu'il s'agit peu importe les moyens ou les recours mobilisés.

De l'autre côté, le recours à la médecine parallèle entendu comme la consommation des médicaments issus du marché noir ou de la médecine chinoise, se mobilise parfois dans les mêmes conditions que l'automédication. En effet, dès les premiers symptômes de la maladie, les populations recourent souvent aux thérapies ou autres ingrédients sanitaires obtenus lors d'un voyage par bus, espace par excellence de vente. Il est difficile de nos jours d'effectuer un voyage à l'intérieur du pays sans y rencontrer les marketistes sanitaires venus proposer leurs vertus thérapeutiques. En dehors de ces lieux, les spécialistes de cette médecine complémentaires se pavant également dans les quartiers et dans les lieux publics où draine une forte population.

²⁵Focus group réalisé à l'Adamaoua-Cameroun, janvier 2020

²⁶ Focus group réalisé à Yaoundé, janvier 2020

²⁷ Focus group réalisé au Nord-Cameroun, janvier 2020

²⁸ Entretien avec Dr TCHEDJOU, aout 2017 à Bafia

Aussi, dans le cadre des entretiens non structurés et les faits issus de l'observation directe, les populations recourent également au carnet de l'autre c'est-à-dire aux médicaments d'un ancien malade pour recouvrer la santé, en se basant naturellement sur les signes clinique de cet ancien malade.

Le recours à la médecine conventionnelle moderne quant' à elle n'intervient comme précédemment dit qu'en dernière option. De ce fait, le patient décide finalement de se rendre à l'hôpital après ces logiques de tâtonnements, quand la maladie a déjà pris une vitesse de croisière, où la prise en charge devient complexe. Ceci parce que, dans les pratiques culturelles et sociales, l'hôpital est considéré comme un lieu essentiellement contraignant où on est appelé bon gré mal gré à dépenser de l'argent inutilement. Comme l'a souligné le médecin chef de l'hôpital EPC de Bafia : « *les populations ont peur de nous les médecins à l'hôpital car, ils pensent qu'on est chère, ils pensent qu'on cherche à se faire de l'argent* »²⁹. De même, la prise en charge devient également complexe suite au manque criard des antipaludéens spécifiques pouvant restaurer de tels malades. Ce qui est parfois à l'observance du non-respect du protocole thérapeutique adéquat pour palier la maladie. La morosité culturelle que la question paludisme occupe dans la communauté entrave toutes les initiatives concourant à son éradication et par conséquent, l'on ne peut qu'assister à l'insistance, la résistance de la maladie et par ricochet son hyper endémicité dans ce pays.

En plus, les populations recourent en dernière posture à l'hôpital suite aux méfaits que cette institution, devenue de plus en plus «*inhospitalière*», inflige à ses clients. En effet, les pagailles déontologiques de ces institutions font subir des traumatismes, de violation de droits de tous genres aux malades. Tout se passe comme si, désormais il faut tomber malade sur rendez-vous si non le médecin va se fâcher. A la suite donc de tout cela, les populations ne peuvent que se résigner dans la tradipratique ou la médecine complémentaire. Les données de terrains ci-dessous justifient donc cette *inhospitalité* de l'hôpital : « *Accueil pas convivial, insultes, mauvais traitement* »³⁰, « *le personnel médical qui reçoit très mal les personnes pauvres* » ; « *on nous reçoit très mal dans les hôpitaux* »³¹; « *manque d'attention, mauvais accueil, service non suivi et contrôlé, on demande souvent au garde malade d'enlever la perfusion sur le patient* »³² ; « *accueil des*

²⁹ Entretien avec Dr NZAMBE, *op.cit.*

³⁰ Focus group réalisé au Sud-Cameroun, *op.cit.*

³¹ Focus group réalisé au littoral-Cameroun, *op.cit.*

³² Focus group réalisé à l'Adamaoua, *op.cit.*

riches avant les pauvres dans les services »³³ ; « *the health personnel are very negligent in delivery health services, they are money minded and discriminate between the rich and the poor* »³⁴ ; « *de manière générale, les patients[...] subissent des violences morales telles que le refus des soins, la hiérarchisation dans la dispensation des soins, la stigmatisation sociale, la dispensation des soins se fait selon les affinités dues au rang social* »³⁵ ; « *no emergence in handling malarial cases in hospitals, irresponsibility of health workers and sales of personal drugs to patients by health workers* »³⁶ etc..., bref, presque la quasi-totalité des répondants ont attesté cette posture.

Par ailleurs, signalons que le recours à la religiothérapie n'a presque pas été évoqué par nos enquêtés, à contrario des travaux axés sur d'autres pathologies telles que le VIH/SIDA, la TB, les hépatites où, plusieurs consultations des devins, des « *nganga* » et autres sont plus sereinement mobilisées, mais aussi, où le tournage en rond, « *l'aventure thérapeutique* » dans la prise en charge est beaucoup plus pratiqué, où également l'on a plus affaire aux malades « *nomades* », se soignants irrévérablement « *au pluriel* ».

3-Les logiques des populations camerounaises pour se prémunir du paludisme

En fonction de comment les populations pensent, vivent et se représentent le paludisme, elles se sont construites un ensemble de mesures pour se prémunir de la maladie partant de leurs rationalités, leur communion avec le cosmos, mettant également en quarantaine celles prescrites par les gouvernants du corps.

Ayant une conception dichotomique de la maladie, cela ne peut qu'être une évidence. Les populations camerounaise appréhendant la maladie comme un « *mal à dit* », mobilisent donc des stratagèmes purement camerounais pour y faire face. A une maladie mondiale, des solutions camerounaises. Pour se prémunir de la maladie, en dehors de stratégies mobilisées par l'Etat sous l'impulsion de l'OMS (usage de la MILDA, TPI, PID) qui ont fait faillite puisqu'elles ont buté sur les rationalités camerounaises, ces populations à partir de leurs connaissances de la maladie se sont construites diverses stratégies pour se prémunir. Elles les expriment en ces termes : « *on découpe le citron en tranche et on met les tranches dans les coins de la maison pour chasser les moustiques* »³⁷ ; « *décoction des potions à base d'écorces et de plantes d'arbres (très efficaces) à boire de manière*

³³ Focus group réalisé à l'Extrême-nord-Cameroun, janvier 2020

³⁴ Focus group réalisé au Nord-ouest-Cameroun, *op.cit.*

³⁵ Focus group réalisé au Centre-Cameroun, janvier 2020

³⁶ Focus group réalisé au Sud-ouest-Cameroun, janvier 2020

³⁷ Focus group réalisé à l'Est-Cameroun, *op.cit.*

préventive [...]méthodes traditionnelles de façon préventive (purge à base d'écorces et plantes d'arbres) »³⁸ ; « on brule les alvéoles d'œuf qui chasse les moustiques »³⁹, « l'administration des décoctions pour prévenir le palu »⁴⁰, « usage des plantes anti-moustiques et hommes blindés »⁴¹, « pratique d'une hygiène systématique de son environnement de vie[...]fermer les ouvertures de la maison avant 17 heures[...] on boit les écorces qui protègent »⁴² ; « utilisation de la PIA PIA (liquide utilisée pour tuer les moustiques dans un local ou une chambre dont le coût est de 1000F 100ml) »⁴³ ; « bruler des écorces » ; « clou de giron : citron, ail »⁴⁴ ; « cleaning the environment »⁴⁵ ; « keep environment clean »⁴⁶. Ces rationalités et pratiques banales ou « profanes » sont tributaires du système de croyance que les populations ont de la maladie. Elles leurs permettent tout de même de se prémunir. N'étant pas connues des décideurs sanitaires, mettent donc en mal les initiatives de lutte prônées par ceux-ci.

En outre, comme l'ont démontré les travaux de NGOUO DJOUMISSI (2015), les populations font aussi état de l'utilisation des spirales, des insecticides, et également des pommades à effet répulsif des moustiques.

En résumé, les représentations sociales construites sur le paludisme visent à dénicher cette maladie qui apparaît pour les populations comme un fait naturel dont il est impossible de prévenir vu leurs pratiques quotidiennes. Ces populations étant pour la majeure partie sous l'emprise de leurs cultures et leurs traditions, celles-ci sont à l'origine de la banalisation et délégitimation de la maladie. La non prise en compte des avis des populations lors de la mise sur pieds de certaines initiatives telles que la politique de la MILDA, fragilise celle-ci qui, ambitionne de réduire considérablement la morbidité et la mortalité conséquentes au paludisme. Au final, ces manières d'interpréter, d'agir et de penser la réalité sociale, visent à ne pas prêter une oreille attentive à la maladie, ainsi qu'aux initiatives visant à lui barrer la route, d'où son hyper endémicité.

De même, le choix des populations d'adopté les initiatives de préventions et la *transhumance thérapeutique* ne sont pas anarchique, car, ils correspondent à certaines

³⁸ Focus group réalisé au Centre-Cameroun, *op.cit.*

³⁹ Focus group réalisé au Littoral-Cameroun, janvier 2020

⁴⁰ Focus group réalisé à Yaoundé, janvier 2020

⁴¹ Focus group réalisé au Centre, *op.cit.*

⁴² Focus group réalisé à l'Adamaoua-Cameroun, *op.cit.*

⁴³ Focus group réalisé à Yaoundé, *op.cit.*

⁴⁴ Focus group réalisé au Sud-Cameroun, *op.cit.*

⁴⁵ Focus group réalisé au Nord-ouest-Cameroun, *op.cit.*

⁴⁶ Focus group réalisé au Sud-ouest-Cameroun, *op.cit.*

conditions telles que les représentations sociales en cours ou en émergence dans un milieu donné ; les logiques qui articulent les systèmes de savoirs et les systèmes de médecines ; les expériences de la personne malade, de ses proches et des thérapeutes ; et à la possibilité d'accéder au système de médecine correspondant dans l'espace thérapeutique du patient (SAILLANT, 1999). Ce choix est donc influencé par des considérations plurielles évoquées précédemment, et qui expliquent également tout comme les dynamiques institutionnelles, l'insistance, voire-même la résurgence et la persistance du paludisme en terre camerounaise.

IV-Les « pannes » des dynamiques institutionnelles qui émaillent la lutte contre le paludisme au Cameroun

Ces pannes sont épiloguées principalement à partir de la politique de la moustiquaire imprégnée qui reste de nos jours l'un des meilleurs moyens de prévention du paludisme.

1- Quand l'usage des MILDA fait face au poids des habitudes

Tel que l'indique un adage, « les habitudes ont la peau dure », c'est-à-dire qu'elles résistent au changement. En effet, les habitudes des populations n'accueillent pas favorablement certaines initiatives visant à se prémunir de la maladie telles que, l'usage des MILDA qui apparaissent pour bon nombre d'individus comme une nouveauté dans leur champ social. Cette nouveauté crée donc un habitus social qui rejette systématiquement toutes les réalités qui ne scient pas avec leurs rationalités, surtout quand celles-ci leurs posent des difficultés. En réalité, les populations camerounaise sont restées encrées dans leurs cultures, et sont dans l'ensemble « *des ruraux de cœur* » avec des mentalités oscillant entre le village et la ville, entre modernité et tradition, vilipendant tout ce qui cherche à entrer par infractions dans leurs sociocultures lorsque cela est susceptible de troubler leurs rationalités.

Aussi, ces populations avec leur position de « *ruraux de cœur* », pratiquant l'agriculture et les autres activités de survie et de convivialité vis-à-vis de leurs proches, trouvent inutile d'intégrer la MILDA dans leurs comportements et habitudes quotidiennes. Parce que, la MILDA n'étant que placée dans l'espace de couchage, et ne protégeant que lorsque l'individu va se coucher, limite son intégration. D'où le doute sur son efficacité à prémunir convenablement le paludisme comme le déclarent ces propos : « *ce n'est pas un objet comme le téléphone qu'on peut marcher avec, car quelqu'un ne peut pas faire 24h sous une*

moustiquaire, les gens sont à longueur de journée exposés aux moustiques partout »⁴⁷. Dans cette même perspective, « *le moustique peut me piquer partout même dehors là où je me trouve est-ce que je vais sortir avec la moustiquaire ?* »⁴⁸.

De l'autre côté, les individus dormant systématiquement sous cet outil et continuant de contracter la maladie, finissent par adopter les mentalités de rejet, de passivité et de nullité de la MILDA. C'est allant dans cette logique que nous pouvons comprendre les paroles de ce répondant : « *moi je dors sous la moustiquaire tous les jours et je suis encore malade donc je ne sais pas* »⁴⁹. En effet, cette logique apparaît dans l'imaginaire populaire, comme une mise en scène, une mascarade de l'Etat ayant pour seul souci de promouvoir un comportement politiquement correct. Ce qui peut présenter cet outil comme sans importance ou inefficace dans la lutte préventive.

2- Le circuit de distribution des MILDA

Le de circuit de distribution des MILDA est le principale problème qui rend de la politique de cet outil de prémunition obèse. En effet, ce circuit est meublé des insuffisances telles que les recrutements des agents de dénombrement par accointance ayant pour conséquence un dénombrement des ménages pas satisfaisant où, l'on assiste aux ménages non dénombrés pour recevoir les MILDA ; la distribution par affinité sans respect des quotas par ménage, la non éducation des populations sur l'usage de cet outil au moment où celles-ci entrent en possession ; la non possession des ménages dénombrés ; l'adoption d'une mauvaise politique de dénombrement de ménages, tel que le soulignent ces propos :

La stratégie de la distribution c'est dans les ménages habités et dans ça, il y a des personnes qui partagent les mêmes biens. Or à côté de ça il y a les cités-u⁵⁰, tu les prends comme les ménages ? Pour toi c'est un ménage ? Même si le gars est là pour, euyy ! est là dans la cité pour quelques temps et repart dans son ménage régulièrement ? (oui). C'est donc ce problème voilà ! C'est-à-dire la stratégie veut qu'on prenne une MILDA pour deux personnes, or pour que ça marche, il faut réduire donc les ménages individuels. Or c'est dans les cités-u qu'on retrouve la plus part des ménages individuels. On en exclue les cités-u dans nos campagnes parce que, si on commence à distribuer une moustiquaire imprégnée à chaque personne, le nombre va augmenter⁵¹.

⁴⁷ Entretien avec E24, décembre 2016 à Bafia

⁴⁸ Entretien avec A35, mai 2016 à Bafia

⁴⁹ Entretien avec A32, mai 2016 à Bafia

⁵⁰ Appellation des cités universitaire au Cameroun

⁵¹ Entretien avec ABOMABO, mai 2018 à Yaoundé

En outre il y a également un défaut de fabrication de cet outil. Celui-ci est dû au fait que, la MILDA qui a été adoptée par le *biopouvoir* pour se prémunir d'une maladie dont l'importance n'y est pas accordée, pose en lui-même des soucis. Ceux-ci sont liés aux méfaits et incommodations que cet outil inflige aux populations. Suite à cela, l'habitus spécifique qui sévit déjà dans les communautés en ce qui concerne cet outil, annihile le projet de l'intégrer dans les manières de faire, d'agir et de sentir des individus. La MILDA étant sensée empêcher l'avènement d'une « petite maladie », « procure la chaleur », « étouffe », donne la sensation d'être dans une « tombe », dans un « cercueil » etc..., obligeant les uns et les autres à ne pas l'accepter et l'adapter dans leurs schèmes comportementaux de manière significative. Leurs savoirs socialement constitués dans la communauté à travers la socialisation primaire fructifient davantage cette conjoncture. Dans ce cas, les populations ne peuvent que la percevoir comme un « *persona non grata* » dans leurs mentalités, leur mode de vie. Cette logique est légitimée par ces propos: « *j'ai eu des effets secondaires à Yaoundé d'après cette expérience, ceci laisse entendre que si l'utilisateur essaie d'entrer en contact, il a des effets secondaires soit sur la peau ou là où il entre en contact* »⁵². Ces pareils discours développent et créent des habits de méfiances et des réticences vis-à-vis de cet outil, surtout en se rappelant de la pratique sanitaire nostalgique du Mectizan dont les populations avaient connu des graves effets secondaires lors de la consommation de ces premiers produits, tel que l'a démontré NGIMA MAWOUNG (2011). A partir de cette expérience, les populations se sont construites des savoirs, aboutissant aux conclusions selon lesquelles, toutes les choses qui viennent de l'extérieur gratuitement dans le domaine de la santé posent des problèmes, et par conséquent il faut s'en méfier. C'est dans cette perspective que les paroles suivantes peuvent comprises :

*Il y a les gens qui m'ont dit cache que depuis que j'ai ça, ça fait trois ans je ne sais pas ce que je vais faire avec, mais je crois que je ne vais pas me coucher sous ça. Il y a des gens qui ont refusé catégoriquement et trouvent que la prévention que l'Etat fait à travers des vaccinations contre la polio, l'onchocercose, ceux-là qui se font vacciner ont même des maladies un peu trop bizarres alors qu'ils se sont vaccinés, et ceux qui ne le sont pas, ont une santé bonne, stable, bref, beaucoup des gens trouvent que les vaccins, les moustiquaires, tout ce qui vient de chez les blancs là, il faut un peu se méfier, ça cause les maladies*⁵³.

De ce qui précède, fort est de constater que les populations se sont construites des savoirs, des aprioris ou les préjugés à l'égard de cet outil au point d'en faire une logique sociale. Cet outil apparaît comme « gênant », un travail quotidien dont il faudrait lever et faire

⁵² Entretien avec D15, juin 2016 à Bafia

⁵³ Entretien avec A30, février 2016 à Bafia

baisser tous les jours tel que l'indiquent ces propos : « *la moustiquaire imprégnée en elle-même est fatigante, il faut la plier, baisser tous les jours, c'est un travail* »⁵⁴. A y comprendre, les populations ne parviennent pas encore à cerner le bien-fondé de la MILDA dans leur système de valeur, acquis et intériorisé sous l'effet de la socialisation du milieu. Ainsi, l'utilisation de cet outil reste donc un fardeau et gangrène le bon fonctionnement de la politique de cet outil pour barrer la voie à la maladie.

3- La non implication des populations bénéficiaires et la dépendance extérieur

La non implication des populations bénéficiaires est une autre *panne* qui fragilise la lutte contre le paludisme au Cameroun. Les populations pour lesquelles les politiques de lutte contre cette pandémie s'appliquent, si elles sont « conviées au montage » de celles-ci, ne participent pas à leurs implémentations, à moins que ce soit comme des salariés ou comme des courtiers (DJOUDA FEUDJIO, 2016). Ce qui pose particulièrement problème car, un bon projet de développement doit être implémenté non pas pour elles mais avec elles. « *Le meilleur fonctionnement des politiques de santé exige une adhésion inconditionnelle de la part des bénéficiaires* » (MOULIOM MOUGBAKOU, 2012 : 291). Or, en contexte africain, ces populations sont marginalisées et condamnées à être des *credo ergo sum*. C'est parlant de cette marginalisation que nous pouvons comprendre ces propos qui opinent que : « *Ordinary people usually participate only passively in the health promotion process* » (NYAMWAYA, 2003: 86).

Au Cameroun, la mièvre implication des populations dans la lutte contre le paludisme est souvent dans le cadre du dialogue pays (consultation participative et inclusive des populations dans toutes les régions sanitaires du pays), en vue de la rédaction de la requête de financement au Fonds mondial de lutte contre le VIH/SIDA, la TB et le Paludisme où, leurs avis sont recueillis en termes de manquements, mais surtout de besoins. Mais paradoxalement après cette consultation, force est souvent de constater que leurs avis en termes de besoins pour améliorer la lutte sont mis en branle. Les activités de lutte de la maladie sont plutôt construites en fonction des directives du Fonds mondial et du plan stratégique de lutte où elles ne reflètent pas forcément les besoins de ces populations. Par conséquent, ces initiatives sont donc être imposées aux populations. Cette logique justifie la dépendance extérieure que connaissent tous les pays de l'Afrique subsaharienne en général et le Cameroun en particulier. Dans ces pays, la majeure partie des programmes et politiques sanitaires sont impulsés par les

⁵⁴Entretien avec MAMA, avril 2016 à Bafia

baillleurs de fond extérieurs, qui eux aussi, imposent un certain nombre de conditionnalité aux pays récepteurs sans tenir compte de leurs rationalités et leurs logiques. C'est vrai que les informations sur les populations sont souvent réclamées avant la mise en œuvre des projets. Mais, ces informations sont souvent collectées de manière laconique, arbitraire, puisque nos dirigeants se disent qu'ils n'ont pas besoin de prendre les avis des *credo ergo sum*, des acteurs incapables d'exprimer eux-mêmes leurs propres besoins, et s'attèlent plutôt à une rapide divulgation des données épidémiologiques dont la livraison apparaît nécessaire pour bénéficier auprès des organismes internationaux, des programmes d'intervention (DJOUDA FEUDJIO, 2016 : 363). Or, « *la raison pour laquelle tout ce qui venu dehors n'a pas réussi est que, les gens se sentant étrangers, n'y ont pas participé. Le model n'a pas fait l'objet d'une réappropriation critique et responsable* » (ELA et ASSOGBA, 1999 : 43). Cette dépendance fragilise aussi toutes les politiques de lutte du paludisme dans la mesure où, si le pays n'a pas reçu un financement extérieur, rien ne peut être fait à sa juste valeur, et parfois, même quand le pays en aie les capacités de le faire, il semble que la cagnotte souvent disposé pour cette lutte intéresse particulièrement nos dirigeants (VEDRAGER, 2005), les firmes pharmaceutiques n'étant pas en reste.

Aussi, la réception de ces fonds oblige le respect scrupuleux et la conformité au calendrier de ces « messies » qui, apparaissent comme des pompiers lorsqu'ils ne sont pas des pyromanes (HOURS, 2006). Il risque d'être difficile dans ce cas, d'agir promptement et en temps opportun. D'ailleurs, le secrétaire permanent du PNLN a reconnu cette situation comme une faiblesse, exprimée dans ces propos : « *Toutes les stratégies de lutte, de prévention du paludisme sont bâti à partir de l'orientation de l'OMS* », et que,

ce qu'on peut dire de la politique, on est très dépendant des ressources externes. Ça veut dire que si on n'a pas ces financements extérieurs on ne peut pas faire la campagne, on est obligé d'accepter ce qu'on nous donne parce que c'est ! C'est ceux qui produisent. Disons que si le Cameroun lui-même avait une usine des moustiquaires imprégnée, ç'allait nous faciliter la tâche, parce qu'on va dire exactement ce que la population veut comme moustiquaire et on va nous produire ça. Donc la politique est bonne mais est-ce qu'on a les moyens de nos politiques ! La plupart d'argent 75% de l'argent pour organiser la campagne là vient de l'extérieur⁵⁵.

A la lecture de notre répondant dont ses propos font des rapprochements avec la MILDA, plusieurs obstrues sont décelés dans cette logique à savoir la non capacité de notre pays à produire les MILDA en tenant compte des aspirations des populations bénéficiaires, le

⁵⁵ Entretien avec Dr KAH FOSAH, avril 2018 à Yaoundé

manque des moyens financiers pour le déroulement de la distribution de cet outil, ce qui gangrène donc davantage cette lutte. En plus de cela,

Il faut aussi savoir que dans la plus part des projets, si vous étudiez un peu les projets santé, la communication a toujours un petit bouché, on recommande souvent 10% mais là, le plus souvent on a moins de 05%, parce qu'on estime qu'il faut d'abord acheter les intrants pour distribuer, et quand c'est la communication les bailleurs de fonds eux-mêmes se disent que bon ! Il n'y a pas assez d'argent, la communication est toujours un peu mise de côté⁵⁶.

Pourtant, la communication reste l'un des maillons important de la réussite de tous projets. C'est à travers elle qu'il est possible de démontrer aux populations le « *sens et la puissance* » des projets. Ce n'est que par la communication qu'il est possible de défalquer les perceptions enracinées, de transformer les manières d'être, d'agir et de sentir pour un meilleur changement des comportements.

4- La vraie fausse gratuité du traitement du paludisme et le dilemme de la gratuité des MILDA

L'ajournamento de l'information, stipulant la gratuité du traitement du paludisme aux enfants de 0 à 05 ans, fustige également l'appropriation et la mise en pratique de tout ce qui parle, ou se rapporte au paludisme. Les populations se trouvant en train de payer les frais dus au paludisme à l'hôpital dont la gratuité avec été annoncée, ne trouvent plus la nécessité de faire confiance aux discours des pouvoirs publics. En réalité, ces populations pour qui « *le temps est dur* », « *le temps est djindja* » ou « *le dehors veut les finir* » (ELA, 1998) se retrouvant entrain de dépenser de l'argent dans ce qui avait été annoncé gratuit, n'y trouvent plus l'intérêt de prêter une oreille attentive aux initiatives gouvernementales. C'est parlant de cette maladresse que nous pouvons lire ces propos:

Il y a beaucoup de publicité autour du fait que les enfants de moins de 5 ans sont pris en charge gratuitement. Ce qui est vrai, mais quand il y a la disponibilité des médicaments. Et quand il n'y a rupture, la gratuité ne tient plus, et les familles ne comprennent plus qu'on leur demande de l'argent pour un traitement qu'ils (sic) ont entendu à la radio et à la télé que c'est gratuit⁵⁷,

Ou alors,

Il est bien dit que le traitement du paludisme est gratuit aux enfants de 0 à 05 ans. C'est le paludisme simple avec les ACT, mais là c'est au niveau du CARP avec les

⁵⁶ Entretien avec NGOU, mai 2018 à Yaoundé

⁵⁷ Entretien avec Dr NZAMBE, op.cit.

ACT, et depuis les ACT n'existent plus pour cette tranche d'âge. Ce qui fait que leur prise en charge devient un peu plus difficile, ils doivent déboursier les moyens⁵⁸.

Nous constatons d'après ces propos une action manquée de l'Etat à l'égard de ses populations. Par conséquent, les populations ne peuvent que percevoir les messages de sensibilisation comme des constructions politiques visant à promouvoir la bonne marche de l'Etat.

D'autre part, le dilemme de la gratuité de la MILDA est aussi un facteur qui obstrue le bon fonctionnement de cette politique de lutte. Parce que, dans l'univers social des communautés camerounaises, les populations accordent l'importance aux éléments dont elles ont obtenu au prix de leurs propres efforts à la fois physiques et financiers. Sachant que cet outil a été offert gracieusement, une importance est très peu accordée voir-même pas. Et comme il n'y a pas de suivi afin de diagnostiquer les différentes trajectoires que ces outils empruntent, et en plus, ces outils étant « gênant » alors, ils peuvent être orientés par les populations vers d'autres destinations moins pénibles et au contraire bénéfiques sur le plan économique tel le justifie ce cas pratique :

Nous voyons cette photo là au mure, une moustiquaire imprégnée qui protège plutôt les poussins au lieu de protéger les hommes. La dame voie là un résultat, elle cherche un résultat plus pratique, elle lutte contre la pauvreté. Une poule fait dix poussins, si ceux-ci poussent et deviennent des adultes, on peut acheter une chèvre et celle-ci en deux, trois ans, peut avoir une descendance de dix et tu peux acheter un bœuf, donc c'est capitaliste. C'est le capitalisme qu'elle fait là, elle investit, c'est le choix qu'elle a fait, en ce disant, comme quand j'étais petit le palu ne m'a pas tuer donc ça ne va pas me tuer. La MILDA doit empêcher qu'on ne prenne mes poussins. Elle le fait ainsi peut être pour acheter les livres et cahiers à ses enfants qui iront à l'école⁵⁹.

Nonobstant le fait que les familles continuent d'être endeuillées suite aux dégâts dus au paludisme, ou voient leurs portefeuilles maigrir à cause des dépenses imputables à cette maladie, ou alors voient leurs activités être freinées suite à l'infirmité de celle-ci, les populations n'acceptent pas facilement de s'approprier cet outil de prévention dans leurs pratiques sociales, dans leurs habitudes afin de barrer la route à cette maladie. Certainement parce que, ces populations connaissent bien cette maladie, la banalisent, et elles peuvent la traiter sans inquiétude. Il n'est donc pas difficile de retrouver certaines MILDA dans les ménages abandonnées à leur propre sort. Cette gratuité légitime donc la possibilité de tout faire de cet outil, sauf de se prémunir, sans aucune inquiétude. C'est pourquoi il n'est pas

⁵⁸ Entretien avec ENDELE, juin 2016 à Bafia

⁵⁹ Entretien avec Dr TOUGORDI, op.cit.

également rare d'entendre dire « Akah ! Est-ce que j'ai acheté ? Quelque chose qu'on m'a donné njoooh, si ça se gâte ça fait quoi ? », ou alors, « didon laissez-moi tranquille avec ça, je les ai demandé ? Ils ont trouvé la plaque devant ma porte ? Comme sa protège ma pépinière de cacao là au champ ç'est mauvais ? La sorcellerie vous a même fait quoi? », lorsque certains concitoyens sont questionnés au sujet de leur mauvais usage de la MILDA.

En outre, les croyances et les discours qui sont construits sur cet outil fortifient ce dilemme. Tel que l'a indiqué ce répondant :

Toutes personnes aujourd'hui se méfient beaucoup lorsqu'ils obtiennent quelque chose gratuitement. Ils se disent, il n'y a rien pour rien, peut-être la moustiquaire qu'on me donne gratuitement si, c'est une manière de me prendre dans le fomelat⁶⁰, dans leur magie, c'est pourquoi on me donne gratuitement⁶¹.

Cette logique rejoint donc celle qu'a connue une fois de plus le programme APOC sur la consommation du Mectizan. En effet,

dans l'imaginaire social camerounais, le bienfait n'est pas gratuit ; il est généralement une stratégie derrière laquelle se profile l'entourloupe d'une main maléfique. Les histoires sont nombreuses de vente des autres dans les tontines de mangeurs d'hommes. Le bien fait à la victime est perçu comme un processus de création de droit sur lui, une manière de l'endetter au point de le transformer en valeur d'échange ou en contrepartie légitime de la transaction qui a cours dans la tontine. (ABE, 2012 : 113).

A la lecture de ces propos, nous observons comment le phénomène de gratuité dans contexte local peut développer les pensées moribondes, des perceptions qui attisent des méfiances dans leurs manières de penser, d'agir et de sentir, dans un monde dynamique où tout est possible.

Il convient également de signaler que les campagnes de sensibilisations adoptées dans le cadre de cette lutte ont atteint leurs apogées avec les messages de sensibilisation n'influençant pas significativement les populations. Les chansons musicales mises sur pieds à cet effet (collectif X MALEYA), n'ont pas fait mieux que de faire danser les mélomanes en souffrant du déficit de tropicalisation dans un contexte de sous scolarisation de certaines communautés. Entre temps, le paludisme continue sa course librement dans le pays. La fonction sociale de ces campagnes, a buté sur les rationalités locales des populations, qui, grâce à leurs savoirs faire, développent des stratégies d'optimisation de leurs satisfactions.

⁶⁰Sociétés secrètes de ventes d'hommes chargés de réaliser les travaux à leurs acheteurs sans contrepartie. Lire DE ROSNY, 1974 pour une meilleure compréhension.

⁶¹Entretien avec E23, avril 2018 à Bafia

CONCLUSION

Le paludisme constitue encore malgré les politiques pour lui barrer la route un véritable problème de santé publique au Cameroun. S'il a connu une fallacieuse maîtrise de 2002 à 2016, notons que depuis 2017 nous assistons à une réémergence de la maladie. Ce pays fait partie des onze pays les plus touchés par la maladie. C'est dans cette optique que le pays fait désormais parti de l'approche « HBHI » adoptée par l'OMS depuis 2018 pour mieux circonscrire les initiatives de lutte et agir efficacement. C'est fort de cette réémergence et hyper endémicité que la présente communication en ne prétendant pas à une exhaustivité s'est attelé à faire une autopsie de la lutte afin de comprendre et expliquer les facteurs qui augurent cette résistance et insistance de la maladie en terre camerounaise. Il en est ressortit à partir des données du terrain que cette insistance et résistance serait liée aux représentations socialement construites par les populations, qui ont pour corolaire d'influer sur les trajectoires thérapeutiques recourues, mettant ainsi en quarantaine les initiatives des décideurs sanitaires, elles-mêmes émaillées des *pannes* qui gangrènent la lutte. Ainsi, les décideurs sanitaires gagneraient à revoir l'ensemble de toutes ces politiques de lutte en les contextualisant en rapport avec les rationalités et les pesanteurs culturels des communautés. Ils doivent donc penser en hommes d'actions et agir en hommes d'idées.

BIBLIOGRAPHIE

- ABE. C.**, (2012) « Les activités du programme APOC et la revalorisation des conditions de vie des communautés bénéficiaires en Afrique Centrale : entre résistances et mutations » in *Revue scientifique de l'école des sciences de la santé de l'université catholique d'Afrique centrale*, n°01, PUCAC, pp 103-121.
- ABRIC. J.C.**, (2003), *Méthode d'étude des représentations sociales*, Ramonville Saint-Agne, Erès.
- ADAM. P et HERZLICH. C.**, (1994), *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Nathan.
- AKOTO MANDJALE**, (2002), *Se soigner aujourd'hui en Afrique de l'ouest : Pluralisme thérapeutique entre traditions et modernité*, Les cahiers de l'IFORD n°27.
- AWONA AVOUZOUA. T.**, (2002) « Stratégie de la communication pour la mise en œuvre de l'initiative faire reculer le paludisme par le programme national de lutte contre le paludisme pendant la période 2001-2006 », mémoire de licence en journalisme, Cameroun, ESSTIC.
- BAUDON. D.**, (2010) « Les faciès épidémiologiques des paludismes en Afrique subsaharienne, conséquence pour la lutte antipaludique » in *sciences et médecines d'Afrique*, vol. 2, n°1, pp 141-145.
- BEKEDECK. U.**, (2011), « Les facteurs explicatifs de la non-utilisation de la moustiquaire par les femmes enceintes au Cameroun », mémoire de master professionnel en démographie, Cameroun, IFORD.
- BINTU BATEGEKA. J.P.**, (2011), « Adhésion à l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide dans la ville de Bukavu en République Démocratique du Congo, du 1 janvier au

31 juillet 2012, mémoire de licence en santé publique, République Démocratique du Congo, Université progressiste des pays de grands lacs.

CAPRARA. A. (2000), *Transmettre la maladie : Représentations sociales de la contagion chez les Alladians de la Côte d'Ivoire*, Paris, Karthala.

CARNEVAL. P. (1995), « la lutte antivectorielle, perspectives et réalité » in *Médecine tropicale*, Fonds Documentaire ORSTOM, pp 56-65.

CARNEVAL. P et MOUCHET. J. (2001), « La lutte antivectorielle au Cameroun. Passé-présent- avenir. Réflexion » in *Bull Soc PatholExot*, pp 202-209.

DARRIET. F. (1998), *La lutte contre les moustiques nuisant et vecteurs de maladie*, Paris, Kartala-Orstrom, coll « économie et développement ».

DEBACKER. M. (2000), *Le paludisme, historique, mythe, croyances et idées reçues*, Paris, Karthala.

DE ROSNY. E. (1974), *Ndemsi, ceux qui soignent dans la nuit*, Paris, L'harmattan

DUJARDIN. B. (2003), *Politique de santé et attentes des patients. Vers un nouveau dialogue*, Paris, Karthala

DJOUDA FEUDJIO. Y.B. (2011) « Dynamiques institutionnelles et accessibilité aux soins contre la tuberculose au Cameroun : logiques, contraintes et stratégies d'acteurs. Une contributions à la sociologie de la santé », thèse de doctorat en sociologie, Cameroun, Université de Yaoundé 1.

DJOUDA FEUDJIO. Y.B, et al. (2016), *Offres, recours et accès aux soins de santé parallèles en Afrique, des acteurs en quête de légitimité sociale, médicale et institutionnelle*, Cameroun, ESS/UCAC, Différence pérenne.

DJOUDA FEUDJIO. (2016), « La sociologie : légitimité, illustrations théorique et pratique dans le champ sanitaire en Afrique » in NGA NDONGO (Dir), *Dynamiques sociales en Afrique noire, Chantiers pour la sociologie africaine*, Paris, L'harmattan.

DOUDOU DIMI. T et al. (2012), « Perceptions des utilisateurs de l'efficacité des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MILDs) dans les conditions de terrain de Côte d'Ivoire », in *EuropeanScientific journal*, Edition vol 8, n°11, pp 34-45.

DOZON. J.P. (2014), «La dynamique des médecines traditionnelles en Afrique subsaharienne », in BOURDARIAS et al, *La médecine chinoise au Mali. Les économies d'un patrimoine culturel*, n°64, Paris, FMSH-WP, pp 1-25.

DOZON. J.P et SINDZINGRE. N. (1986), « Pluralisme thérapeutique et médecine traditionnelle en Afrique contemporaine », in cahier XII, *La santé dans le tiers-monde*, n°30. 344, ORSTOM Fond Documentaire, pp 43-53.

ESSI. M.M.J. (2007) « Sida et sorcellerie chez les Boulou de la Mvila dans le Sud-Cameroun », thèse de doctorat en anthropologie, Cameroun, Université de Yaoundé 1.

FASSIN. D. (2000), *Les enjeux politiques de la santé. Etudes sénégalaises, équatoriennes et françaises*, Paris, Karthala.

FASSIN. D et MEMMI. D. (Dir), (2004), *Le gouvernement des corps*, Paris, EHESS.

FOUCAULT. M. (2004), *Naissance de la biopolitique*, Cours au collège de France, 1977-1979, Paris, Gallimard.

FOSSO. A.L. (2015), « Une politique de santé globale dans l'arène locale », in *anthropologie et développement*, en ligne, consulté 19 avril 2019, pp 161-195.

FOURNIER. P et HADDAD. S. (1995), « Les facteurs associés à l'utilisation des services de santé dans les pays en développement » in GERARD. H et PICHIE. V (Dir), *Sociologie des populations*, Montréal, PUM, pp 289-325.

GENTILINI. M et DUFLO. B. (1986), *Médecine tropicale*, Paris, Flammarion.

GOOD. B, et GOOD. M.J. (1980), « The meaning of symptoms: a cultural hermeneutic model for clinical practice », in EISENBERG. L et KLEINMAN. A, (eds) *The relevance of social science for medicine*, Dordrecht, Holland, D. Reidel Publishing Co, pp 165-196.

- GUENAI. M.E et POURTIER. R**, (2000), « La « santé pour tous » en Afrique : un leurre ? », in GUENAI. M.E et POURTIER. R (Dir), *La santé en Afrique, anciens et nouveaux défis*, Afrique contemporaine, La documentation française, pp 3-12.
- GRANADO. S**, (2007), « C'est le palu qui me fatigue ». Une étude de l'anthropologie de la santé sur les conceptions et les pratiques locales faces au paludisme à Abidjan, Côte d'Ivoire », thèse de doctorat en anthropologie, Suisse, Université de Bâle.
- GRODOS. D**, (2004), *Le district sanitaire urbain en Afrique subsaharienne. Enjeux, pratiques et politiques*, Paris, Karthala
- HERZLICH et PIERRET**, (1988), « Une maladie dans l'espace public : le sida dans six quotidiens français ». *Ann. ESC*. pp 1109-1134
- HOURS. B**, (2006), *L'Etat sorcier. Santé publique et société au Cameroun*, Paris, L'harmattan.
- HOKAMETO EDORH. L**, (2013), « Evaluation de l'efficacité des moustiquaires imprégnées à longue durée d'action sur la réduction du paludisme dans la localité de Libamba », mémoire d'ingénieur d'application de la statistique, Yaoundé, ISSEA.
- JAFFRE. Y**, (1999), *La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'ouest*, Paris, PUF.
- KLEINMAN. A**, (1978), « Concepts and model for comparison of medical system » in *Social science and medicine*, Vol.12, n°26, pp 21-29.
- KLEINMAN. A**, (1980), *Patients and healers in the context of culture*, USA, University of California Press.
- KOUEKAM MAGNE. E**, (2012), « Paludisme et interprétations sociales du changement climatique à l'ouest Cameroun », in *Territories en mouvement*, pp 45-54.
- KOUROUMA. L**, (2013), « Evaluation de la disponibilité et de l'utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticide pour prévenir le paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans à Conakry (guinée) », mémoire de master en administration sanitaire et santé publique, Maroc, école nationale de santé publique.
- LADO. L**, (Dir), (2010), *le pluralisme médical en Afrique*, Cameroun, PUCAC.
- LAPLANTINE. F**, (1986), *Anthropologie de la santé. Etude ethnographique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*, Paris, Payot.
- MARX. K**, (1852), *18 brumaire de louis Bonaparte*, Paris, ed sociales 1^{er}ed.
- MASSE. R et BENOIST. J**, (2002), *Convocation thérapeutique du sacré*, Paris, Karthala.
- MBONJI EDJENGUELE**, (2009), *Santé, maladie et médecine africaine ; Plaidoyer pour l'autre tradipratique*, Yaoundé, PUY.
- MBOUZEKO .R**, (2010), « Discours et représentations sociales dans la prévention du paludisme au Cameroun : Logique des discours, perceptions de la maladie et pratiques des populations », thèses de doctorat en communication, France, Université de Lyon 2.
- MEMAIN SRADO. D**, (2010), « Utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide en Côte D'Ivoire, perceptions et pratiques des acteurs : Etude de cas dans la région sanitaire d'Abidjan, janvier 2006 », mémoire de master en administration et santé publique, Maroc, INAS.
- MONTEILLET. N**, (2005), *Le pluralisme thérapeutique au Cameroun. Crise hospitalière et nouvelles pratiques populaires*, Paris, Karthala.
- MOSCOVICI. S**, (1961), *La théorie des représentations sociales*, Paris, PUF.
- MOULIOM MOUNGBAKOU. I.B**, (2012), « Les Politiques de santé en question au Cameroun: L'exemple de la lutte contre le paludisme et la tuberculose dans le département du Noun (région de l'ouest) », thèse de doctorat en sociologie, Cameroun, Université de Yaoundé 1.

- NGOUO DJOUMESSI. Y. D.**, (2015), « Représentations sociales et usages de la moustiquaire imprégnée chez les populations d’Ahala à Yaoundé : une approche socio-anthropologique des logiques des acteurs face à la lutte contre le paludisme », mémoire de master 2 en sociologie, Cameroun, Université de Yaoundé 1.
- NGUEJIP NGOKO .K.**, (2007) « L’endémicité sélective du paludisme en milieu urbain : Le cas de la ville de Yaoundé », Mémoire de master 2 en anthropologie, Cameroun, Université de Yaoundé 1.
- NGUIMA MAWOUNG**, (2011), « Les sciences sociales au secours des sciences infirmière : la problématique de l’administration du Mectizan au Cameroun, au Congo Brazza, en République Démocratique du Congo, au Tchad » in NKOUM Benjamin (Dir), *Santé plurielle en Afrique, Perspective pluridisciplinaire*, Paris, L’harmattan, pp 301-315.
- NKOUM. B.**, (2011) (Dir), *Santé plurielle en Afrique, perspective pluridisciplinaire*, Paris, L’harmattan.
- NSANGOU MBOUEMBOUE. M.M.**, (2014), « La demande de soins de santé chez les femmes infectées par le VIH. Contribution à une analyse des itinéraires thérapeutiques des séropositives au Cameroun », thèse de doctorat en sociologie, Cameroun, Université de Yaoundé 1.
- NTUMBA KASITA**, (2009), « Perceptions et usages de la moustiquaire imprégnée d’insecticide pour la lutte Anti-paludique, (cas des habitants de la commune de Bumbu) », Mémoire de fin d’étude en science de la santé, République Démocratique du Congo, Université de Kinshasa.
- NYAMWAYA. D.**, (2003), « health promotion in Africa: Strategies, players challenges and prospect » in *health promotion international*, Vol 18, n°2, Oxford university press, pp 85-87.
- NYAM. P.**, (2018), « Politiques de santé publique et lutte contre le paludisme au Cameroun : essai sur la politique de la moustiquaire imprégnée dans la ville de Bafia », Mémoire de master en sociologie, Cameroun, université de Yaoundé 1.
- OUEDRAOGO. I.**, (2010), « Etudes des déterminants de l’utilisation des moustiquaires imprégnées à longue durée d’action (MILDA) après une campagne de distribution en 2009 dans le district sanitaire de Diébougou (Burkina-Fasso) ». Mémoire pour l’obtention du diplôme inter universitaire de l’université de Cocody d’Abidjan en organisation et management des systèmes publics de vaccination dans les pays en développement et master de l’université de Paris Dauphine en économie et management de la santé publique dans les pays en développement.
- OMS**, (2019), Rapport sur le Paludisme dans le monde, résumé
- OMS**, (2018), Rapport sur le Paludisme dans le monde, résumé
- OMS**, (2017), Rapport sur le Paludisme dans le monde, résumé
- OMS**, (2016), Rapport sur le Paludisme dans le monde, résumé.
- OMS**, (2015), Paludisme : Projet de stratégie mondiale pour l’après 2015.
- OMS**, (2015), Stratégie Technique Mondiale de Lutte contre le Paludisme.
- OMS**, (2014), Rapport sur le Paludisme dans le monde, résumé.
- OMS**, (2010), Rapport sur le Paludisme dans le monde, résumé
- PICHARD. E et al.**, (2002), *Manuel de maladie infectieuse pour l’Afrique*, Paris, John Libbey
- Plan Stratégique National de Lutte contre le Paludisme 2019
- PNLP**, (2017), Rapport annuel
- PNLP**, (2012), Rapport annuel
- SOCPA. A.**, (2011), « La friperie » des médicaments au Cameroun: Une panacée dangereuse? » in NKOUM Benjamin (Dir), *Santé plurielle en Afrique, Perspective pluridisciplinaire*, Paris, L’harmattan, pp285-300.
- SOUMAYA. H.**, (1998), *Incidence du comportement des mères en matière de soins préventifs sur la mortalité des enfants au Niger*, les cahiers de l’IFORD n°2.

TANTCHOU. J, (2006), « Comment naissent les politiques verticales de santé en Afrique ? Réinterroger le passé et le présent à partir de la lutte contre la trypanosomiase et la tuberculose au Cameroun », EHESS, thèse de doctorat nouveau régime en anthropologie sociale et ethnologie.

TCHINDA V.H.M et al, (2012), « Perceptions du paludisme et utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticides dans le district santé de Mfou, région du Centre au Cameroun » in *Revue scientifique de l'école des sciences de la santé de l'université catholique d'Afrique centrale*, n°01, PUCAC, pp 123-148.

TEZI. R, (2010), « Représentations sociales du paludisme chez les IKOTA du Gabon » in LADO Ludovic (Dir), *le pluralisme médical en Afrique*, PUCAC, pp 301-315.

VEDRAGER, (2005), *L'OMS et le paludisme*, Paris, PUF

VIDAL. L, (1999), « Anthropologie d'une distance : le sida, des réalités multiples en discours uniformes » in *Le sida des autres. Constructions locales et internationales de la maladie*, Autrepart, IRD, pp 19-36.

YAO ASSOGBA et ELA. J.M, (1999), *Le sociologue et le théologien africain en boubou*, Montréal, Paris, L'harmattan, coll « études africaines ».

YAYA. C et ZE. A, (2013), *Le fardeau socio-économique du paludisme en Afrique, une analyse économétrique*, Quebec, PUL.