



HAL
open science

Le paludisme à l'ère de la santé globale, entre retour des velléités d'élimination et permanence des bricolages populaires

Carine Baxerres, Emilienne Anago, Audrey Hémadou, Adolphe Kpatchavi,
Jean-Yves Le Hesran

► To cite this version:

Carine Baxerres, Emilienne Anago, Audrey Hémadou, Adolphe Kpatchavi, Jean-Yves Le Hesran. Le paludisme à l'ère de la santé globale, entre retour des velléités d'élimination et permanence des bricolages populaires. Guérir en Afrique : promesses et transformation, L'Harmattan, 2021, Anthropologies & médecines, 978-2-343-22048-2. hal-03217379

HAL Id: hal-03217379

<https://hal.science/hal-03217379>

Submitted on 4 May 2021

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

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

Le paludisme à l'ère de la santé globale, entre retour des vellétés d'élimination et permanence des bricolages populaires

Carine Baxerres¹, Emilienne Anago², Audrey Hémadou², Adolphe Kpatchavi³, Jean-Yves Le Hesran⁴

1 : UMR MERIT, IRD, Université Paris Descartes, Centre Nobert Elias, Marseille

2 : CERPAGE, Université Abomey Calavi, Bénin

3 : LAMA, Université Abomey Calavi, Bénin

4 : UMR MERIT, IRD, Université Paris Descartes, Paris

Depuis la fin du siècle dernier, il est question, de manière croissante, dans le champ sanitaire international, de la « santé globale », expression ayant aujourd'hui largement pris le pas sur celle de « santé internationale » en usage auparavant. Loin de signifier uniquement des tendances linguistiques, cette expression suggère des transformations importantes dans ce champ social. Plusieurs définitions, pas toujours consensuelles, sont avancées. Bien qu'une entente existe sur le fait que les questions de santé se posent depuis longtemps à l'échelle de la planète (l'épidémie de peste qui sévit au moyen âge en Europe et en Asie, la variole et la rougeole introduites par les européens dans le « Nouveau Monde » au 16^{ème} siècle), les acteurs de la Santé Publique tendent généralement à définir la « santé globale » au regard de données épidémiologiques relativement nouvelles. Le bureau exécutif des « Universities for Global Health », principalement américaines, rappelle que la « santé globale » est issue de la santé internationale (qui s'intéresse aux pays en développement avec un focus sur les infections tropicales) et de la santé publique (qui a émergé en occident au milieu du 19^{ème} siècle et met l'accent sur la prévention) qui, elles-mêmes, descendent respectivement de la médecine tropicale et de l'hygiène. Il précise que « *the rapid increase in speed of travel and communication, as well as the economic interdependency of all nations, has led to a new level and speed of global interconnectedness or globalisation, which is a force in shaping the health of population around the world* » (Koplan et al., 2009)¹. On pense ainsi prioritairement aux épidémies récentes de sida, de grippe H1N1, d'Ebola ou de SRAS, dans un contexte de circulation intense des agents infectieux et toxiques (Brauman, Bonnet et Delanoë, 2015).

Au-delà de ces éléments « objectifs », les chercheurs en sciences sociales tendent aussi à analyser la « santé globale » comme une « arène » dans laquelle différents acteurs interviennent en fonction de logiques et objectifs spécifiques, et où les enjeux de pouvoirs et les questions économiques (le marché de la santé globale) revêtent une importance singulière (Almeida, Eboko et Moatti, 2013 ; Biehl et Petryna, 2013 ; Fassin, 2012). Une « arène » politique, en somme, dont l'émergence semble pouvoir être datée à la fin des années 1990, au moment d'un tournant significatif de la lutte contre le sida qui a conduit au succès que nous connaissons aujourd'hui (en 15 ans, mise au point d'un traitement efficace, 15 autres années pour atteindre un niveau significatif d'accès aux soins en Afrique (Brauman, Bonnet et Delanoë, 2015)). En raison de son histoire politique et de la transmission rapide du virus au-delà des frontières, le sida est devenu à la fin des années 1990 une priorité effective de l'action publique en santé à l'échelle de la planète (Eboko, 2015). Le Fonds Mondial est né en 2002 sous l'impulsion du secrétaire général des Nations Unies, Kofi Annan, qui voulait créer un mécanisme de

¹ A la fin de cet article, ce bureau exécutif en arrive à la définition suivante qu'il voudrait consensuelle de la santé globale : « *global health is an area for study, research, and practice that places a priority on improving health and achieving equity in health for all people worldwide. Global health emphasises transnational health issues, determinants, and solutions; involves many disciplines within and beyond the health sciences and promotes interdisciplinary collaboration; and is a synthesis of population based prevention with individual-level clinical care* » (Koplan et al., 2009, p. 1995).

financement global pour lutter contre la pandémie de sida. L'année suivante, le plan d'action américain (*President Emergency Plan For Aids and Relief –PEPFAR*) a été lancé. La Banque Mondiale, elle, avait démarré son programme multi-pays de lutte contre le sida en 2000. Emergent aussi à cette époque, et autour de la lutte contre le sida, des fondations internationales dont deux occupent aujourd'hui une place de choix en « santé globale » : Bill & Melinda Gates en 2000 et la fondation Clinton en 1997 (Eboko, 2015)². Selon certains auteurs, du sida, ce type de « coalition transnationale » s'est déplacé vers d'autres questions de santé et notamment le paludisme sur lequel nous nous focalisons dans ce chapitre. « *L'infection à VIH a concouru, via les mobilisations collectives globales, à « reclasser » le paludisme et la tuberculose sur l'agenda international de la santé et à les restructurer sur les agendas nationaux* » (Eboko, 2015, p. 188).

De nouveaux acteurs et mécanismes financiers dits « transnationaux », notamment issus de partenariats public-privé, parfois en lien avec l'industrie pharmaceutique, et qui « *échappent en partie aux frontières et aux injonctions des gouvernements* » (Eboko, 2015), ont ainsi vu le jour à l'échelle de la planète dans le champ de la santé, aux côtés d'acteurs plus anciens – ONG, institutions bilatérales ou multilatérales – dont certains ont amplifié leurs actions (la Banque Mondiale, l'USAID à travers ses programmes PEPFAR et PMI –*President Malaria Initiative*). L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), institution internationale créée en 1948 et qui avait jusqu'au début des années 1980 un rôle de leader incontesté, a modifié son action durant cette décennie des années 1990, suite à des difficultés budgétaires et institutionnelles, dues pour ces dernières au poids croissant de puissants acteurs dans le champ de la santé, notamment de la Banque Mondiale (Brown, Cueto et Fee, 2006). Elle se positionne à présent comme un coordinateur et un planificateur stratégique des initiatives en « santé globale », expression qu'elle aurait ainsi contribué à promouvoir, stimulant les partenariats multiples entre les différents types d'acteurs tels que *Roll Back Malaria* (RBM)³, créé en 1998 avec le soutien important de Gro Harlem Brundtland, directrice générale de l'OMS de 1998 à 2003 et perçue par plusieurs analystes comme le principal artisan de la transition mise en place dans l'institution (Brown, Cueto et Fee, 2006 ; Cueto, 2013 ; Eboko, 2015). Il convient par ailleurs de noter que les acteurs transnationaux ont une influence toute spécifique en Afrique, en raison de la « *vulnérabilité économique de la majorité des pays africains et (à) [de] la surexposition aux pouvoirs des organisations internationales dans la mise en œuvre ou aux réformes structurelles inhérentes aux politiques publiques sectorielles* » (Eboko, 2015).

C'est dans ce contexte tout spécifique de l'émergence de l'arène « santé globale » que la question de l'élimination du paludisme est revenue à l'agenda des politiques de prise en charge de cette pathologie. Nous allons, à travers ce chapitre, tenter d'en apprécier les conséquences à l'échelle d'un pays, le Bénin, où le paludisme est endémique et où nous menons des études depuis plusieurs années. Dans une première partie, nous reviendrons sur l'histoire de la lutte contre le paludisme. Dans une deuxième partie, nous verrons comment les recommandations actuelles sont appliquées au Bénin à travers les activités du PNL (programme national de lutte contre le paludisme) et de ce qu'il est convenu d'appeler ses « partenaires techniques et financiers » (PTF). Enfin, dans une troisième partie, sachant à travers de nombreux travaux anthropologiques (Baxerres, 2013 ; Bonnet, 1986 ; Faye, 2012 ; Kpatchavi, 2011) que l'entité biomédicale paludisme s'associe différemment et de longues dates à des entités nosologiques populaires, nous tenterons d'exposer comment ces politiques globales et nationales sont vécues

² Avant cela, dès le début du 20^{ème} siècle, la fondation Rockefeller s'était investie de manière importante dans les questions de santé internationale, notamment dans la lutte contre le paludisme.

³ Ce consortium a été créé par l'OMS avec la Banque Mondiale, le PNUD et l'UNICEF. Voir <http://www.rollbackmalaria.org/>, consulté en janvier 2017.

par les personnes et ce qu'elles modifient éventuellement en matière de perceptions et de pratiques de santé des individus.

Pour cela, à côté de l'analyse de la bibliographie et de la littérature « grise » sur ces questions, nous nous sommes servis des données collectées au Bénin de 2014 à 2016 dans le cadre du programme de recherche Globalmed⁴. Elles ont été recueillies en milieu urbain, à Cotonou et dans sa périphérie, et en milieu rural, dans le département du Mono situé dans le Sud du pays à une distance de 50 à 80 kms au Nord-ouest de Cotonou, proche de la ville de Comè. Des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de 30 mères de familles (15 à Cotonou, 15 dans le Mono) ayant des enfants de moins de cinq ans. Nous nous sommes également entretenus avec le père ainsi qu'avec toutes personnes (grand-mère, grande sœur, etc.) qui s'avéraient avoir une influence en matière de gestion de la santé. Nous avons associé à notre démarche de recherche qualitative, un outil de collecte d'inspiration quantitative : le suivi bimensuel de la consommation médicamenteuse dans ces familles pendant 4 à 8 mois selon chacune d'entre elles. Les familles ont été choisies en fonction de leurs statuts socio-économiques (revenus, logement, possession de véhicule(s), types d'activités, niveau de scolarisation) de manière à rencontrer un panel relativement large des situations existantes dans les deux contextes étudiés. Ainsi, nous avons travaillé auprès de dix familles que nous avons classées comme étant « nanties », dix « intermédiaires » et dix « démunies ». Des entretiens ont également été menés dans les lieux de vente de médicaments ainsi que dans les structures biomédicales et auprès des professionnels de la santé mentionnés par les familles lors des entretiens.

Une histoire de la lutte contre le paludisme pleine de rebondissements

En 1955, un programme d'éradication du paludisme avait été lancé par l'OMS. Il constituait le fer de lance de cette organisation à ces débuts. Il était principalement basé sur l'utilisation à grande échelle par aspersion et pulvérisations massives d'un insecticide très prometteur, le DDT (Brown, Cueto et Fee, 2006 ; Cueto, 2013 ; Trigg et Kondrachine, 1998). Mais ce programme d'éradication a rencontré de nombreuses difficultés sur le terrain (coût des opérations très élevé, développement de résistance à l'insecticide chez les moustiques, résistance des populations face à la pollution de leur cadre de vie) (Cueto, 2013 ; Le Marcis et al., 2013). De plus, loin de son ambition politique globale (l'éradication se définit comme « *la réduction permanente à zéro de l'incidence mondiale de l'infection palustre causée par une espèce particulière de parasite* »⁵), il n'a pas porté sur l'ensemble des pays touchés par l'endémie. La plus grande partie de l'Afrique subsaharienne, à l'exception de l'Éthiopie, de l'Afrique du Sud et de la Rhodésie du Sud (actuel Zimbabwe), en a été écartée en raison de l'intensité de la transmission palustre, impossible à juguler uniquement par le biais de ces interventions anti vectorielles (Bernard, 1956 ; Cueto, 2013). La politique d'éradication a ainsi été abandonnée à la fin des années 1960 et il a été alors plutôt question de contrôle de l'endémie, c'est à dire de la limitation de la morbidité et la mortalité liées au paludisme. Cette tendance a été renforcée à la fin des années 1970, avec la conférence d'Alma Ata, où la lutte contre le paludisme s'est inscrite plus globalement dans le renforcement des systèmes de santé, notamment en milieu rural, à travers la politique des soins de santé primaires. Mais globalement, les efforts déployés ont eu peu de résultats et, avec l'apparition des résistances des parasites aux principaux antipaludiques

⁴ Globalmed (2014-19), *Les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine : une illustration du marché global du médicament, de l'Asie à l'Afrique*, associe des équipes de l'IRD (MERIT), du CNRS (CERMES3), de l'Université Abomey-Calavi du Bénin, du Noguchi Memorial Institute for Medical Research de la Legon University of Ghana et de l'Université des Sciences de la Santé du Cambodge. Plusieurs chercheurs et étudiants y sont impliqués. Il est coordonné par Carine Baxerres et a reçu un financement de l'European Research Council dans le cadre du 7^{ème} programme cadre de l'Union Européenne (FP7/2007-2013) / ERC grant agreement n°3337372.

⁵ Source : <http://www.who.int/malaria/areas/elimination/overview/fr/>, consulté en janvier 2017.

(chloroquine, sulfadoxine-pyrimétamine-SP, méfloquine), la situation s'est tant détériorée qu'au début des années 1990, on estimait que 300 à 500 millions de personnes présentaient chaque année les symptômes cliniques du paludisme et que la maladie faisait 1,5 à 2,7 millions de morts, principalement en Afrique sub-saharienne (Trigg et Kondrachine, 1998).

A partir de la moitié des années 1990, dans le contexte de la naissante arène « santé globale » et au départ principalement sous l'impulsion de l'OMS, la lutte contre le paludisme reprend de l'ampleur. Il était question de réduire la mortalité et la morbidité en renforçant les moyens de lutte locaux et nationaux. Les premiers programmes nationaux de lutte contre le paludisme, notamment celui du Sénégal, sont créés en 1995 (Eboko, 2015 ; Le Marcis et al., 2013). En 1997, est lancée la *Multilateral Initiative on Malaria* (MIM) sous l'impulsion du *British Wellcome Trust*, en 1998 *Roll Back Malaria* dont il a déjà été question, et en 1999 le programme *Medecine for Malaria Venture* (MMV), une fondation à but non lucratif dédiée à la découverte, au développement et à la distribution de nouveaux antipaludiques accessibles (Cueto, 2013). Avec la création du Fonds Mondial et l'implication de l'action bilatérale américaine (PMI), les choses prennent encore de l'ampleur. Cet investissement nouveau des acteurs transnationaux se concrétise principalement par la mise à disposition de moustiquaires et, à partir de 2004, des nouveaux traitements disponibles : les combinaisons thérapeutiques à base de dérivées d'artémisinine (CTA) (Cueto, 2013 ; Le Marcis et al., 2013)⁶. Entre 1997 et 2002, les dépenses internationales dans la lutte contre le paludisme passent de 67 à 130 millions de dollars, puis à 1,5 milliard de dollars en 2007 une fois l'investissement du Fonds Mondial lancé (Cueto, 2013).

Et c'est dans ce contexte que les velléités, non plus d'éradication comme dans les années 1950-60, mais d'élimination du paludisme sont peu à peu revenues sur le devant de la scène et de manière marquée à partir du début des années 2010. Il est alors question de « *l'interruption permanente de la transmission locale du paludisme transmis par les moustiques, c'est à-dire l'abaissement à zéro de l'incidence de l'infection palustre dans une zone géographique donnée. Pour un pays, l'élimination de la maladie est le but ultime de la lutte antipaludique* »⁷. La déclaration des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), en 2000, affiche la lutte contre le paludisme dans son objectif n°6, aux côtés de celle contre le sida et la tuberculose⁸. Elle entend pour 2015 « *avoir maîtrisé le paludisme et commencé à inverser la tendance actuelle* ». On est encore ici dans le champ linguistique du « contrôle ». Elle avait été précédée en avril de la même année à Abuja du sommet africain pour faire reculer le paludisme, sommet au cours duquel les chefs d'Etat de 44 pays ont défini des objectifs de lutte à atteindre et se sont engagés à renforcer les systèmes de santé pour lutter contre le paludisme. Forte des améliorations constatées (depuis le début des années 2000, la tendance est à l'amélioration des données de mortalité et de morbidité) et malgré certaines critiques, sur lesquelles nous reviendrons dans la partie suivante, la communauté internationale investie dans la « santé globale » vise, le 1^{er} janvier 2016 à travers les Objectifs de Développement Durable (ODD), l'élimination totale de la maladie d'ici à 2030 : « *La progression du paludisme dans le monde a été arrêtée et son incidence réduite (OMD), et ce succès doit maintenant être confirmé pour aboutir à une élimination totale de la maladie d'ici à 2030* » (RBM)⁹.

⁶ La recommandation par l'OMS d'utiliser ces médicaments, issus d'une plante (l'*artemisia annua*) utilisée de manière ancestrale en Chine, contre le paludisme date de l'année 2001 pour les pays d'Asie du Sud-est où les résistances aux antipaludiques utilisés jusqu'alors (chloroquine, SP) étaient devenues intolérables. Après un lobbying de plusieurs années orchestré par Médecins Sans Frontières, cette recommandation est appliquée à partir de l'année 2006 à l'Afrique, continent le plus touché par la maladie (Balkan et Corty, 2009). Avant cela, dès 2004, le Fonds Mondial s'était mis à promouvoir l'utilisation des CTA sur ce continent.

⁷ Source : <http://www.who.int/malaria/areas/elimination/overview/fr/>, consulté en janvier 2017.

⁸ Source : http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/fr/, consulté en janvier 2017

⁹ Source : <http://www.rbm.who.int/>, consulté en janvier 2017.

Nous allons voir à présent comment ces changements de politiques sanitaires se sont traduits ces dernières années au Bénin, à travers les activités du PNLN.

Le contrôle du paludisme au Bénin

Depuis le début des années 2000, le but de la lutte contre le paludisme au Bénin est d'atteindre les objectifs de l'OMD 6 concernant le paludisme ainsi que ceux de la déclaration d'Abuja¹⁰. Pour cela, les autorités sanitaires élaborent depuis 2001 des plans stratégiques quinquennaux, cadre de référence pour tous les acteurs et partenaires impliqués dans la lutte contre le paludisme. Le principal objectif était de réduire d'ici 2015 de 75 % le nombre de cas de paludisme rapportés dans les structures sanitaires publiques, par rapport à ceux déclarés en 2000 et de maintenir ce taux jusqu'en 2018 (PNLN et Ministère de la Santé, 2014).

Les stratégies de lutte affichées sont basées sur le renforcement de méthodes de prévention multiples d'une part et l'amélioration de l'accès précoce et correct au diagnostic et au traitement du paludisme d'autre part : accès universel aux MIILD (moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action) – il y a eu 2 distributions massives de moustiquaires à l'échelle de l'ensemble du pays, en 2011 et en 2014, plus de 6 millions de moustiquaires distribuées pour cette dernière campagne ; pulvérisation intra domiciliaire (PID) et lutte anti-larvaire ; prévention du paludisme chez les femmes enceintes à travers le traitement préventif intermittent (TPI) ; accès précoce et correct au diagnostic et au traitement des cas de paludisme à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ; et depuis octobre 2011, gratuité de la prise en charge de cas de paludisme chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes dans les formations sanitaires publiques. Il est de plus réalisé une communication pour « un changement de comportement ». Un service du PNLN est dédié à ces activités. Dans ce cadre, plusieurs activités de formation ont été menées en direction des élus locaux et des leaders d'opinion pour le suivi-évaluation des différentes stratégies. Des séances de sensibilisation ont été conduites dans les établissements scolaires et les entreprises. Des activités de « mobilisation sociale » ont eu lieu au niveau « communautaire », notamment à travers la célébration de la journée mondiale de lutte contre le paludisme, depuis 2007 le 25 avril de chaque année. En ce qui concerne ses « partenaires techniques et financiers », le PNLN a bénéficié à travers son plan stratégique quinquennal 2011-2015, du soutien du Fonds Mondial, de la Banque Mondiale, de PMI, de l'Unicef, de la Fondation Bill and Melinda Gates, de l'OMS et de l'Etat béninois. Cela a représenté environ 182 millions d'euros.

Malgré ces différentes activités, le rapport 2014 du PNLN souligne que les objectifs fixés initialement ont du mal à être atteints. Seulement 51,8 % des femmes enceintes ont reçu une MIILD au cours de leurs consultations prénatales ; 51,7 % des femmes enceintes ont reçu une dose de TPI et seulement 3,7 % deux doses ; 61,3 % des enfants de moins de 5 ans souffrant de paludisme reçus en consultation externe ont été traités avec les CTA. Ainsi, plus qu'à une amélioration, il existe une stagnation des indicateurs de santé en matière de paludisme. En 2013, la maladie représentait 39,7 % des causes de recours aux soins dans les formations sanitaires, au premier rang des principales affections. Chez les enfants de moins de 5 ans, ce pourcentage était de 56,1 %. Le paludisme était la première cause d'hospitalisation (29,2 %) et de décès (26,0 %). Les auteurs du rapport notent certains points faibles rencontrés dans l'exécution des activités, comme la non confirmation systématique de tous les cas avant que le traitement ne soit mis en place, les ruptures momentanées d'approvisionnement en tests de diagnostic rapide (TDR), le non-respect des directives nationales de prise en charge des cas dans certaines structures sanitaires, la faible disponibilité des données du secteur privé.

¹⁰ Au sujet des objectifs de la déclaration d'Abuja, voir : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67817/1/WHO_CDS_RBM_2003.46_fre.pdf, consulté en janvier 2017.

Pour expliquer ces retards, un agent du PNLP, lors d'un entretien, décrit les difficultés de mise en place de stratégies globales, pas toujours adaptées aux réalités de chaque pays¹¹. Ainsi, les personnels du PNLP ont eu dans un premier temps à comprendre la faible appropriation des stratégies par les populations. Ils ont constaté notamment que les moustiquaires étaient diversement appréciées en fonction de leur plus ou moins grande transparence et de leur couleur. De même, les changements de traitements de première ligne en cours de programme (chloroquine ou SP vers ACT), ainsi que la mise en place de la gratuité pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans, ont largement compliqué le travail de communication. Enfin, la mise en place de la lutte, qui devait en milieu rural s'appuyer sur les « relais communautaires », s'est heurtée à la nécessité pour ceux-ci de gagner leur vie et pour beaucoup de migrer vers les villes. Une réflexion sur le bénévolat, qui était sous-entendu mais qui de façon pratique était inapplicable, a été nécessaire.

Ainsi au Bénin, comme bien d'autres pays (Amzat, 2011), malgré les nombreuses actions menées, les objectifs des OMD n'ont pas été atteints en 2015. Les difficultés probables à atteindre ces objectifs avaient été notées plusieurs années avant. Le Secrétariat Général des Nations-Unies avait décidé, en 2007, de mettre en place un groupe de réflexion sur le retard pris. En 2015, l'OMS estimait encore à 214 millions le nombre des cas d'infections palustres dans le monde et à 472 000 le nombre des décès, pour la plupart des enfants africains âgés de moins de cinq ans¹². Selon certains analystes, une lacune majeure des OMD est qu'ils ne mentionnaient pas expressément le renforcement des systèmes de santé, qui sont affaiblis, peu réactifs et inévitables dans la plupart des pays du Sud. Nombre d'entre eux souffrent d'un grave manque de personnel qualifié (ENDA Tiers Monde, 2011). Les actions phares qui ont mobilisées le plus de moyens sont avant tout les distributions massives de moustiquaires et la mise à disposition des CTA dans les formations sanitaires publiques. Une lutte qui passe finalement essentiellement par des objets, des techniques. A ce sujet, Marcos Cueto (2013) signale, parlant du milieu des années 2000 : « *Although RBM was well aware of some of the cultural and political challenges that had frustrated former antimalarial efforts and had officially discarded vertical interventions, its INT (insecticide-treated mosquito nets) initiatives all too often began to take on the role of magic bullets* » (p. 44). Ce qui rappelle, selon cet auteur, les stratégies de l'époque antérieure, notamment celles basées sur le DTT.

Malgré les difficultés rencontrées dans la réalisation des OMD, comme nous l'avons vu précédemment les acteurs de la « santé globale » annoncent, à travers les ODD, la pré-élimination¹³, puis l'élimination du paludisme. Le thème de la journée mondiale de lutte contre le paludisme en 2016 était « en finir définitivement avec le paludisme » ! Voyons à présent au Bénin, ce que ces politiques de lutte ont produit sur les perceptions et pratiques des individus.

Des discours qui changent mais des pratiques toujours contraintes

Les analyses anthropologiques antérieures sur le paludisme

Une littérature anthropologique assez fournie portant sur le paludisme a mis en évidence les décalages qui existent entre cette entité biomédicale et les perceptions des individus, qui l'associent à diverses entités nosologiques populaires. Il est ainsi question, de longue date, au

¹¹ Entretien conduit dans le cadre du programme Globalmed par Jessica Pourraz, doctorante Globalmed, Cotonou, décembre 2014.

¹² Source : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs094/fr/>, consulté en janvier 2017.

¹³ On parle de pré-élimination quand, dans un pays à transmission faible ou modérée, l'incidence du paludisme est suffisamment basse (taux de positivité des lames de tous les patients fébriles soupçonnés d'être des cas de paludisme est inférieur à 5%) pour initier la surveillance rigoureuse qui doit être mise en œuvre pour amener à la rupture de transmission et à l'élimination du paludisme dans le pays ou la région.

Sénégal de *sibidu* et de *sumaan ndiig*, au Bénin de *atikessi* et de *hwevó* et au Burkina Faso de *koom*, *weogo* et *sagba*, et dans ces différents pays également de *palu* (Baxerres, 2013 ; Bonnet, 1986 ; Faye, 2012 ; Kpatchavi, 2011). Pourtant ces différentes entités populaires ne sont pas strictement congruentes avec l'entité biomédicale « paludisme », même si, sur certains aspects, elles peuvent en être rapprochées.

Au Bénin, une étude antérieure menée de 2005 à 2008 avait mis en évidence à Cotonou que le *palu*, qui pouvait aussi être énoncé en termes de *hwevó*, était associé à des troubles qui recouvraient, pour une bonne partie d'entre eux, les premiers symptômes du paludisme décrits par les médecins (fièvre, courbatures, maux de tête, frissons) mais aussi à des signes que les médecins peuvent évoquer, en cas de paludisme, s'ils sont associés aux symptômes précédents (maux de ventre, diarrhée, manque d'appétit, fatigue, ne pas être en forme, avoir les urines foncées) et également à d'autres troubles que les médecins n'évoquent pas en cas de paludisme (toux, gêne respiratoire, encombrement nasal, maux d'yeux, confusion, manque de dynamisme). Un seul des signes qui viennent d'être évoqués pouvait être, à lui seul, une expression du *palu* (Baxerres, 2013). Cette entité recouvrait finalement des symptômes non spécifiques et vagues. Elle était perçue comme la maladie « par excellence », celle qui était responsable de la plupart des maux ressentis au quotidien.

Nous avons montré à l'époque que les attributs de l'entité biomédicale « paludisme » influençaient bien sûr les perceptions populaires du *palu*. Ainsi, parmi les agents étiologiques de cette maladie, on retrouvait assez souvent à Cotonou le moustique. Mais à côté de lui, le soleil, la chaleur, se référant plus fortement à l'entité *hwevó* (qui signifie soleil en fon, langue majoritairement parlée à Cotonou), étaient également énoncés par les individus. Au-delà de ces deux agents causaux, le *palu* était aussi perçu à Cotonou comme pouvant être causé par la pluie, la fraîcheur, le vent, la poussière, des saletés contenues dans la nourriture, autrement dit toute une série d'intempéries et d'éléments auxquels sont exposés les individus, et dont la responsabilité à l'égard de la maladie apparaissait avoir été véhiculée en partie par les savoirs biomédicaux en matière de paludisme et plus largement de santé et d'hygiène. En plus de ces éléments, d'autres facteurs tels que les difficultés de la vie ressenties par les individus (travail intense, soucis, nécessité de déplacements), étaient aussi perçus comme des causes de la maladie. Face à ces divers agents étiologiques, le moustique était finalement perçu comme une cause probable sur laquelle des suspicions étaient régulièrement énoncées. Des mères de famille pouvaient par exemple s'étonner de l'apparition de la maladie chez leurs enfants alors que ceux-ci dormaient toutes les nuits sous une moustiquaire.

Des changements dans les perceptions populaires du palu

Bien que les contextes soient différents, il apparaît à Cotonou et dans le département du Mono, en une petite dizaine d'années, par rapport à l'étude précédente, des changements significatifs dans les discours et les perceptions des individus en matière de *palu*. On peut parler d'une sorte de « normalisation » des perceptions liées au *palu*, qui tend à se rapprocher davantage de l'entité biomédicale paludisme. Ceci est surtout perceptible à Cotonou où il est à présent quasi-exclusivement question en cas de *palu* de maux de tête, de fièvre, de vomissements, de maux de corps, de frissons (avoir froid), de la perte d'appétit et de la couleur jaune des yeux et de l'urine¹⁴. Le terme *palu* a pris le dessus sur celui de *hwevó*, qui n'est que très rarement cité dans les entretiens. Une mère de famille a même explicitement présenté une distinction entre le *palu* et le *hwevó* : « *Le palu ils ont dit c'est le moustique, si tu ne te couches pas sous moustiquaire, oui c'est ça, si les moustiques te piquent, ils vont laisser leur eau dans ton organisme et c'est*

¹⁴ En cas de paludisme, l'éclatement des globules rouges parasités libère des pigments qui colorent les urines et les conjonctives.

ça qui donne le palu. Hwevó, il semble que ce sont les tracasseries. Les tracasseries, être en train de faire des allez et retour sous le soleil, comme je suis vendeuse ambulante... » (Larissa, mère de famille « démunie », Cotonou, décembre 2014).

Dans le département du Mono par contre, à côté du *palu* et concernant une symptomatologie et des étiologies similaires, il est fréquemment question du *hwecivio* (en langue pédah), du *hwecivoè* (en langue sahouè), qui signifie tous deux « soleil », du *tanvio* qui veut dire « bouche » ou « salive amère » en langue pédah et de *atikéssi* qui veut dire « eau de racine de l'arbre » en langue ouatchi. En lien peut-être avec cette terminologie, les symptômes du *palu* évoqués par les individus sont plus larges que ceux énoncés à Cotonou. Il y est également question de fatigue, de maux de ventre, des yeux lourds, de bouche amère, de tête lourde, d'être tranquille, de ne pas s'amuser (pour les enfants), de ne pas être soi-même, d'être triste. Par contre, dans certains discours que nous retrouvons également à Cotonou, l'entité *zozò*, qui veut dire « chaud, brulant, argent » en langue fon et est fréquemment traduit par « fièvre », semble remplacer les entités nosologiques populaires qui viennent d'être énoncées. « *La maladie qui nous dérange le plus ou bien les enfants, c'est zozò (...). Quand zozò arrive et on utilise les tisanes, ça se calme* » (Yvette, mère de famille « démunie », département du Mono, décembre 2014).

Dans les deux contextes, les individus mettent en avant l'existence de deux sortes de *palu*, l'un plus grave que l'autre. Cette gradation existait déjà au moment de notre étude précédente à Cotonou et nous l'expliquions déjà par l'influence des perceptions biomédicales en termes de paludisme simple et de paludisme grave. Il semble qu'elle se soit encore renforcée, dans les discours tout au moins où il arrive qu'un lien soit fait entre un *palu* et un décès potentiel, ce qui n'était pas le cas dans notre étude précédente. « *Hwecivio asì¹⁵ là, c'est ce qui fait sortir zozò et dont nous avons parlé. Hwecivio asú là, fait qu'on a les yeux jaune, même la paume des mains est toute jaune, et quand tu écarquilles les yeux, tu verras que c'est jaune, là on parle de hwecivio asú et ça c'est le danger... ce n'est pas bon, si tu ne te dépêches pas pour ça, ça amène souvent la mort* » (Emile, père de famille « intermédiaire », département du Mono, décembre 2015).

Concernant les agents étiologiques du *palu*, à Cotonou il semble que la causalité liée au moustique ait été plus largement intégrée aux perceptions populaires que lors de l'étude précédente. Elle a été systématiquement énoncée par les personnes interrogées et neuf des quinze mères de familles ne citent que le moustique comme cause du *palu*. « *C'est moustique. C'est moustique, plus rien d'autre n'amène le palu, c'est moustique. Si moi-même je suis fatiguée un jour et que je me couche par terre là, il faut savoir que moustique va manger les enfants et moi-même, si tu te négliges et tu te laisses à moustique, lui il crache les choses sales dans ton corps* » (Ambrosine, mère de famille « démunie », Cotonou, février 2015). La quasi-totalité des personnes interrogées dans le Mono ainsi que six mères de famille cotoñoises, se réfèrent également aux autres causalités. « *Ce qui fait que le palu nous dérange est que... le soleil aussi est dedans, le soleil est dedans... avec... si le moustique pique les enfants, si on ne met pas la moustiquaire, si le moustique dérange les enfants, ça amène également le palu, les tracas aussi... les tracas, les va-et-vient là et passez sous le soleil vers midi pour aller à l'école, c'est ça qui amène le palu* » (Aubierge, mère de famille « nantie », département du Mono, février 2015).

Ces changements dans les discours et les perceptions liées au *palu* apparaissent très fortement influencés par les professionnels de santé et les actions de sensibilisation réalisées par le PNL. Cela transparait dans les entretiens à travers des propositions comme « eux », « ils », « on ». « *Le palu, ils ont dit c'est le moustique* » (Larissa, mère de famille « démunie », parlant des

¹⁵ La gravité est ici associée au caractère masculin, *asì* voulant dire « épouse, femelle » et *asú*, « époux, mari, mâle ».

agents de santé de l'hôpital où elle avait accompagné sa fille en consultation, Cotonou, décembre 2014). « *On nous a montré que c'est l'anophèle femelle qui, après avoir piqué quelqu'un, transmet la maladie* » (Benoîte, mère de famille « intermédiaire », département du Mono, octobre 2014). A ce sujet, nous avons appris au cours de notre étude qu'au début des années 2000, le PNLN a tenté d'influer les perceptions des populations en matière de paludisme en créant une nouvelle entité, *zànsúkpezòn* (littéralement « nuit » (*zàn*), « mouche » (*súkpe*), « maladie » (*zòn*), autrement dit « la maladie du moustique »), à laquelle ses agents se référaient durant les sensibilisations qu'ils réalisaient¹⁶. Bien que cette entité n'apparaisse pas dans notre étude, preuve sans doute d'une appropriation relative de la part des individus, deux autres études l'ont repérée : l'une en milieu rural au Sud du Bénin à travers quelques entretiens réalisés avec des soignants et des enseignants¹⁷, l'autre au cours d'un entretien mené avec un pasteur faisant autorité dans un quartier d'Abomey Calavi (commune frontalière de Cotonou) (Vilhem, 2016).

Des pratiques toujours largement contraintes par les réalités locales

Au-delà de ces changements de perceptions, les logiques de recours aux soins et de consommation de médicaments ne semblent, elles, pas avoir réellement changé.

Une exception à ce constat, que nous étayerons ensuite, peut être réalisée concernant les pratiques de prévention du *palu*. L'étude précédente réalisée à Cotonou mettait en évidence de fortes pratiques préventives du *palu*, au moyen de tisanes¹⁸ mais aussi de médicaments pharmaceutiques, à travers notamment le fameux couple « chloro-para » administré quasi-quotidiennement aux enfants ou lors de cures régulières dans les familles. C'est moins le cas semble-t-il aujourd'hui à Cotonou où seulement trois des quinze familles auprès desquelles nous avons enquêtées (une nantie, une intermédiaire et une démunie) consomment des médicaments (antihelminthiques et antipaludiques) dans ce but, même si plusieurs continuent à utiliser pour cela des tisanes. Il semble là encore que les campagnes de sensibilisation et les propos des *dotóó*¹⁹ aient influencé ce changement de pratiques, notamment les informations portant sur l'inefficacité de la chloroquine qui auraient ainsi contribué à décrédibiliser la chimio-prophylaxie contre le *palu* dans son ensemble. « *Non je ne fais pas de prévention. Parce qu'aujourd'hui en matière de prévention selon l'OMS il n'y a plus ça. C'est pourquoi ils ont amené leur histoire de CTA* » (Benjamin, père de famille « nantie », Cotonou, octobre 2015). Dans le département du Mono, en revanche, les pratiques de prévention du *palu* ou des autres entités nosologiques associées au paludisme, sont toujours nombreuses. Les familles, quel que soit leur statut socioéconomique, utilisent pour cela de manière importante des tisanes. « *Pour qu'ils soient en bonne santé, les matins à leur réveil, nous leur donnons la tisane... la tisane qui fait uriner, ça enlève le palu, lorsque tu prends régulièrement ces tisanes, tu ne souffriras pas ainsi du palu* » (Cécile, mère de famille « intermédiaire », département du Mono, janvier 2015). La plupart des familles utilisent également des médicaments pharmaceutiques en prévention du *palu*. Toutefois ces derniers ne sont pas fréquemment des antipaludiques, les familles préférant pour cela des antipyrétiques (le para est très consommé), des antihelminthiques, des anti-inflammatoires et même quelque fois des antibiotiques. La chloroquine n'y est ainsi plus fortement consommée en prévention du *palu*. Dans les deux contextes par contre, une place beaucoup plus importante que lors de l'étude précédente, est

¹⁶ Source : entretien mentionné précédemment avec un agent du PNLN.

¹⁷ Cette étude portant sur les pratiques d'utilisation de la moustiquaire dans les familles de cette zone rurale était menée par Marc Egrot et ses collaborateurs de 2011 à 2013.

¹⁸ Le terme « tisane » est communément utilisé en langue française à Cotonou pour parler des décoctions réalisées dans des objectifs de santé à partir de plantes et souvent de fruits.

¹⁹ Terme générique en langue fon qui désigne globalement les médecins, infirmiers, professionnels de la santé et, par extension, toutes personnes portant une blouse blanche.

laissée aux moustiquaires. Celles-ci sont évoquées comme moyen de prévention du *palu* dans quasiment tous les entretiens que nous avons réalisés.

Les logiques de recours aux soins curatifs n'ont, elles, pas réellement changé. Dans les deux contextes d'études et quel que soit le statut socioéconomique des familles, lorsque les individus souffrent du *palu*, ils pratiquent très majoritairement dans un premier temps l'automédication, au moyen de tisanes et/ou de médicaments. Ce n'est que lorsque les symptômes perdurent ou s'aggravent et que les individus s'inquiètent qu'ils recourent à un professionnel de santé. En cas d'automédication, les familles suivent peu les recommandations du PNLP et les CTA en cas de paludisme simple sont, comparativement aux autres médicaments, assez peu consommées. Seules quelques familles les utilisent et plus fortement les « nanties » et quelques « intermédiaires ». Une étude réalisée en 2013 à Cotonou laisse penser que ces pratiques sont très récentes (Hémadou 2015). L'approche est plutôt pragmatique face aux réalités de l'offre pharmaceutique locale. Plusieurs auteurs soulignent dans d'autres contextes (Kamat et Nyato, 2010 ; Kangwana et al., 2011) ; ACTwatch²⁰) qu'en cas de paludisme, les individus se tournent prioritairement vers les secteurs privé et informel de la distribution pharmaceutique. Or, au Bénin, les CTA subventionnées (entre 150 et 600 francs, soit 20 à 90 centimes d'euros, en fonction des dosages) mises à disposition via le PNLP et ses PTF ne sont disponibles que dans les centres de santé publics, suite à une consultation biomédicale. En pharmacie, les CTA proposées à travers une cinquantaine de marques sont plus onéreuses (de 900 à 5700 francs, soit 1,4 à 8,5 euros). Les CTA subventionnées dans les pays anglophones proches du Bénin (le Nigeria et le Ghana – (Baxerres et al., 2015) sont présentes dans les marchés informels béninois, mais la demande qui s'y exprime étant largement déterminée par les prescriptions du système formel et notamment du secteur privé (qui n'a pas non plus accès aux CTA subventionnées), elles y sont finalement peu achetées²¹. Ainsi, les familles « démunies » et quelques familles « intermédiaires » et « nanties » utilisent d'autres antipaludiques lorsqu'un *palu* se déclare (SP et surtout quinine), ainsi que d'autres classes thérapeutiques, principalement les antipyrétiques, mais aussi, les anti-inflammatoires, antihelminthiques, vitamines et antibiotiques. Dans le département du Mono, la chloroquine reste en outre consommée (par 5 des 15 familles interrogées).

Lorsqu'en cas d'échec de l'automédication, les individus se rendent dans un centre de santé, c'est cette fois l'offre biomédicale et les moyens financiers de la personne qui guident le choix du lieu où consulter. Dans le département du Mono, l'offre est plus fortement publique (centres de santé de commune, d'arrondissement, hôpital de zone) et les individus se voient alors généralement proposer des CTA en cas de paludisme simple²². Mais quelques centres de santé privés et confessionnels sont également implantés. A Cotonou, ces derniers sont très présents, que ce soit par le biais de grandes cliniques onéreuses, d'hôpitaux confessionnels ou de petits centres dont le prix de la consultation est comparable à celui pratiqué dans le secteur public (Baxerres, 2013). Dans ce secteur privé, les soignants préfèrent traiter le paludisme au moyen d'injections ou de perfusions de quinine souvent répétées pendant trois jours. Peut-être en raison de l'indisponibilité dans ces centres des CTA subventionnées ou encore du caractère lucratif des techniques biomédicales très populaires que nous venons d'évoquer, il ressort même de la

²⁰ ACTwatch menait jusqu'à récemment des études majoritairement quantitatives sur la distribution et la consommation des CTA dans 10 pays où le paludisme est endémique, dont le Bénin : www.actwatch.info, consulté en janvier 2017.

²¹ Nous élaborerons plus amplement sur cette question de la distribution pharmaceutique et sur les défis auxquels fait face aujourd'hui le système pharmaceutique des pays francophones d'Afrique de l'Ouest, à travers des écrits ultérieurs issus du programme Globalmed. Voir d'ores et déjà à ce sujet (Mahamé et Baxerres, 2015).

²² D'après nos études, le fait que le traitement du paludisme soit gratuit pour les enfants de moins de 5 ans dans le secteur public n'incite pas réellement les familles à y consulter car celles-ci ne semblent pas réellement informées de cette possibilité.

part de plusieurs soignants des discours de suspicion vis-à-vis de l'efficacité des CTA. « *Qui vous a dit que les CTA guérissent le paludisme ? D'ailleurs le Nigéria, le Bénin et le Togo n'ont pas les mêmes palus. Au Togo, c'est le malariae, au Bénin le falciparum et au Nigéria le ovale. (...). Comment on peut proposer les mêmes médicaments utilisés à dose identique pour une maladie qui présente une telle diversité ? (...). Aucun traitement du paludisme ne se fait en trois jours, un traitement complet de paludisme se fait en sept jours. Si leur artéméther était si efficace, pourquoi en cas de paludisme grave, ils conseillent de compléter l'injection de l'artem par la quinine ? Autant aller avec la quinine* » (Médecin dans une clinique privée, Cotonou, mai 2016). La quinine apparaît dans ce contexte comme un médicament providentiel, qui a traversé les âges sans s'exposer à la résistance, le seul réellement efficace contre le paludisme.

Ainsi malgré les efforts de lutte entrepris depuis plus de 15 ans, le fardeau du paludisme sur les populations, sans doute plus lourd que celui mis en avant dans les chiffres officiels comptabilisés à partir du secteur public, est toujours important. Or ces patients victimes de paludisme, plus ou moins bien traités contre le parasite, contribuent à alimenter le réservoir de parasites, source de transmission de la maladie. Comment alors, dans ce contexte, imaginer même l'amélioration effective des données épidémiologiques dans les zones de transmission élevée, comme c'est le cas au Bénin et plus globalement dans la majeure partie de l'Afrique Sub-saharienne ? Et que penser face à cela des discours qui mettent en avant la survenue proche de l'élimination de la pathologie ? Que penser du fait que l'arène « santé globale » produise finalement des politiques de santé qui mettent l'accent sur une lutte basée sur des objets et des techniques, sans donner d'objectifs précis pour l'amélioration des systèmes de santé et un meilleur accès aux soins pour les populations, défi beaucoup plus difficile à relever ? Certains analystes mettent en avant que les dynamiques actuelles de l'arène « santé globale » ramènent les politiques de santé vers une logique « top-down », loin de la déclaration de Paris de 2005 en matière d'aide au développement et de ses principes (efficacité, appropriation, participation, alignement sur les besoins et sur la demande des pays et non sur l'offre d'aide) (Eboko 2015), recréant des programmes verticaux de contrôle de maladies spécifiques et rejetant les approches horizontales plus larges (Cueto, 2013). Alors finalement, la lutte contre le paludisme dans le cadre des ODD constitue-t-elle un réel espoir ou une course vers une élimination dont une grande partie de l'Afrique serait, comme dans les années 1950, exclue ?

Références bibliographiques

- ALMEIDA C., EBOKO F., MOATTI J.-P., 2013, « Éditorial (version française) La santé globale : notre point de vue », *Face à face. Regards sur la santé*, 12.
- AMZAT J., 2011, « Assessing the progress of malaria control in Nigeria », *World Health & Population*, 12, 3, p. 42-51.
- BALKAN S., CORTY J.-F., 2009, « Paludisme : les résistances traitées par une médiation Sud-Sud », dans *Innovations médicales en situations humanitaires. Le travail de Médecins Sans Frontières*, L'Harmattan, Paris.
- BAXERRES C., 2013, *Du médicament informel au médicament libéralisé : une anthropologie du médicament pharmaceutique au Bénin*, Paris, Archives Contemporaines.
- BAXERRES C., EGROT M., HOUNGNIHIN R., LE HESRAN J.-Y., 2015, « Dualité de l'accès au médicament en Afrique de l'Ouest : Les CTA entre large distribution et consommation sous surveillance », dans *Nouveaux enjeux éthiques autour du médicament en Afrique. Analyses en anthropologie, droit et santé publique*, L'Harmattan Sénégal, Dakar, p. 141-158.
- BERNARD P.M., 1956, « La lutte contre le paludisme en Afrique tropicale », *Bulletin of the World Health Organization*, 3-5, 15, p. 627-634.
- BIEHL J.G., PETRYNA A., 2013, *When people come first: critical studies in global health*, Princeton, Princeton University Press.
- BONNET D., 1986, « Représentations culturelles du paludisme chez les Moose du Burkina », Ouagadougou, ORSTOM.
- BRAUMAN R., BONNET M., DELANOË D., 2015, « Santé mondiale : l'évolution vers la privatisation », *Journal des anthropologues*, 138-139, p. 27-41.
- BROWN T.M., CUETO M., FEE E., 2006, « The World Health Organization and the Transition From "International" to "Global" Public Health », *American Journal of Public Health*, 96, 1, p. 62-72.
- CUETO M., 2013, « A Return to the Magic Bullet? », dans *When People Come First*, STU-Student edition, Princeton University Press (Critical Studies in Global Health), p. 30-53.
- EBOKO F., 2015, *Repenser l'action publique en Afrique: du SIDA à l'analyse de la globalisation des politiques publiques*, Paris, Éditions Karthala (Hommes et sociétés), 262 p.
- ENDA TIERS MONDE S. EXECUTIF, 2011, « Rapport annuel 2010, OMD + 10. Quel bilan ? ».
- FASSIN D., 2012, « That obscure object of global health », dans *Medical anthropology at the intersections: Histories, Activisms, and Futures*, Duke University Press, Durham, p. 95-115.
- FAYE S.L., 2012, « Du sumaan ndiig au paludisme infantile : la dynamique des représentations en milieu rural sereer sinig (Sénégal) », *Sciences sociales et santé*, 27, 4, p. 91-112.
- HEMADOU A.O., 2015, *Médicaments et Paludisme : Introduction des Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine dans les pratiques des familles à Cotonou*, Mémoire de maîtrise, Cotonou, Université Abomey Calavi.
- KAMAT V.R., NYATO D.J., 2010, « Soft targets or partners in health? Retail pharmacies and their role in Tanzania's malaria control program », *Social Science & Medicine*, 71, 3, p. 626-633.
- KANGWANA B.P., KEDENGE S.V., NOOR A.M., ALEGANA V.A., NYANDIGISI A.J., PANDIT J., FEGAN G.W., TODD J.E., BROOKER S., SNOW R.W., GOODMAN C.A., 2011, « The Impact of Retail-Sector Delivery of Artemether-Lumefantrine on Malaria Treatment of Children under Five in Kenya: A Cluster Randomized Controlled Trial » ROGERSON S.J. (dir.), *PLoS Medicine*, 8, 5, p. e1000437.

KOPLAN J.P., BOND T.C., MERSON M.H., REDDY K.S., RODRIGUEZ M.H., SEWANKAMBO N.K., WASSERHEIT J.N., 2009, « Towards a common definition of global health », *The Lancet*, 373, 9679, p. 1993-1995.

KPATCHAVI A.C., 2011, *Savoirs, maladie et thérapie en Afrique de l'ouest. Pour une anthropologie du paludisme chez les fon et waci du Bénin*, éditions Ablodè, Cotonou, 348 p.

LE MARCIS F., FAYE S.L., SAMB F.B., BADJI M., LEVEQUE C., 2013, « Les points aveugles de la lutte contre le paludisme en Casamance », *Face à face. Regards sur la santé*, 12.

MAHAME S., BAXERRES C., 2015, « Distribution grossiste du médicament en Afrique : fonctionnement, commerce et automédication : regards croisés Bénin-Ghana », dans *Actes des rencontres francophones Nord/Sud de l'automédication et de ses déterminants*, Cotonou, IRD ; UAC ; UN.

PNLP, MINISTERE DE LA SANTE, 2014, « Rapport annuel PNL 2014 », Cotonou, Bénin.

TRIGG P.I., KONDRACHINE A.V., 1998, « Commentary: malaria control in the 1990s », *Bulletin of the World Health Organization*, 76, 1, p. 11-16.

VILHEM S., 2016, *Une évaluation de la faisabilité d'un essai vaccinal contre le paludisme gestationnel dans la commune d'Abomey-Calavi*, Mémoire de master 2, Bordeaux, Université de Bordeaux.