

Frédéric LE MARCIS, Sylvain Landry FAYE, Fatoumata Bintou SAMB,
Mouhamed BADJI et Cédric LEVEQUE

Les points aveugles de la lutte contre le paludisme en Casamance

- 1 C'est à partir du début des années 90 que la notion d'*evidence-based medicine* (EBM) est développée d'abord en Grande Bretagne dans le champ médical. La notion renvoie au développement d'outils facilitant la synthèse et la diffusion de résultats capables de favoriser chez les praticiens des prises de décisions conformes aux développements les plus récents de la recherche médicale. « Peu à peu, les approches EBM se sont répandues dans tous les pays et, parallèlement, leurs principes ont été transposés à d'autres niveaux d'organisation et étendus à la gestion des systèmes de santé nationaux et internationaux. C'est ainsi que l'OMS se revendique aujourd'hui d'une approche en termes d'*evidence based policy*. » (Laurent, et al., 2009, p. 858). Le credo à présent maintes fois proclamé envers l'*evidence based policy* sous-estime cependant certains des points aveugles de son usage comme ses limites. Le circuit qui mène d'une découverte scientifique à la mise en place d'une politique de santé publique ne constitue nul chemin linéaire (Black, 2001). Ce qui semble s'imposer sous le sceau de la preuve scientifique ne l'est pas forcément : « la tendance à l'universel a pour corollaire paradoxal l'hyper-localisation dans le temps et dans l'espace, le confinement extrême, des conditions de production des connaissances » (Callon, Lascoumes et Barthe 2001, p. 177). En effet, la production du savoir est soumise à nombre de contingences. La pratique des essais eux-mêmes relève d'une lutte permanente avec l'indésirable, l'incontrôlable et donc relève pour une part de la reconnaissance du contingent. Par ailleurs, les vérités scientifiques ne sous-tendent les « politiques » qu'à la suite d'un travail qui aboutit en fonction de la capacité du chercheur à transférer son résultat du monde de la recherche à l'espace public (Callon, 1986). La capacité de persuasion du chercheur joue donc un rôle primordial dans la mobilisation d'une découverte dans un projet politique, comme en témoigne l'analyse de l'invention de la circoncision comme moyen de prévention de la transmission du VIH (Perrey, Giami, Rochel de Camargo, & de Oliveira Mendonça, 2012).
- 2 Ensuite les chercheurs sont porteurs de valeurs qui sous-tendent leurs questions de recherche ou leurs actions, comme les acteurs politiques. Ces dernières peuvent prendre le pas sur une logique d'action uniquement fondée sur un savoir scientifique.
- 3 Enfin si au niveau central, des décisions politiques peuvent invoquer une avancée scientifique pour justifier une modification de politique, l'écho de la rationalité de ces modifications s'avère limité sur le terrain. « Research evidence is more influential in central policy than local policy, where policymaking is marked by negotiation and uncertainty. » (Black, 2001, p. 277) Ainsi dans le domaine de la santé, ceux qui rendent opérationnelles les politiques sont peu informés des logiques présidant aux modifications des protocoles de prise en charge, ils n'ont qu'une connaissance vague des plans de lutte quadriennaux et de leurs objectifs affichés. Quand ils le sont, leur expérience reste néanmoins une source de connaissance privilégiée. Ainsi, « un important travail méthodologique est à réaliser pour se réapproprier les instruments de la boîte à outil *evidence-based*, les tester dans le champ des politiques de développement, en mesurer les avantages et les limites, formaliser les choix conceptuels qui sous-tendent la construction de différents types d'outils et de métaconnaissances et partager cette réflexion entre chercheurs, étudiants et acteurs concernés » (Laurent, et al., 2009, p. 869). C'est à cette réflexion que nous souhaitons contribuer.
- 4 Dans un premier temps, nous proposons une synthèse analytique du développement des connaissances et des programmes de lutte contre le paludisme sur le continent africain en général avec un accent mis sur le contexte sénégalais. Ensuite, à partir de l'exemple de la promotion des moustiquaires, on décrira la façon dont les « acteurs des politiques » au niveau local (de la région sanitaire aux agents de santé) s'inscrivent dans cette histoire, comment ils se l'approprient. Ce faisant on verra en quoi dimensions politiques et scientifiques entrent parfois

en compétition au moment de donner aux résultats scientifiques une dimension opérationnelle. On verra également comment des arguments et pratiques qui relèvent de temporalités distinctes de la lutte contre le paludisme (inscrits dans des logiques spécifiques allant du contrôle et du soin à l'éradication) se retrouvent mêlées dans la façon dont les acteurs font sens de la lutte contre la maladie et la mettent en œuvre au présent. Les limites d'une *evidence-based policy* insensible à l'histoire et au politique seront discutées.

Terrain et méthodes

- 5 Les résultats présentés reposent sur une enquête¹ menée dans l'arrondissement sanitaire d'Oussouye (Région de Ziguinchor) entre 2009 et 2012. Différents centres de santé de cet arrondissement ont été visités (à Mlomp, Elinkine, Djembereng, etc.). Il s'agissait d'étudier sur le terrain les logiques et les pratiques des professionnels de santé engagés dans la lutte contre le paludisme et de les resituer dans le cadre des enjeux spécifiques de la mise en place des nouveaux protocoles liés à l'introduction des Tests de Diagnostic Rapide (TDR) et des ACT (Artemisinin combined Therapy) dans le contexte du conflit latent qui caractérise la Basse-Casamance (Marut, 2010). Les enquêtes ont consisté en des observations et des entretiens menés sur la question de l'introduction des ACT et des TDR auprès de divers acteurs : Président de communes rurales, sous-préfet, Organisation Communautaire de Base (OCB) comme l'AJAEDO (Association des Jeunes Agriculteurs et Eleveurs du Département d'Oussouye), Organisations Non Gouvernementales (ONG) telle Africare. Nous avons également réalisé des entretiens auprès des acteurs régionaux de la santé et du développement à Ziguinchor (siège des ONG, Région sanitaire). Rendre compte du développement d'une politique de santé sur un territoire aussi circonscrit soit-il, suppose d'articuler l'action de ces différents acteurs mais également de situer les politiques étudiées dans la longue durée (Packard, 1989). Il convient au fond de proposer un jeu avec les échelles (Revel, 1989) et le temps en gageant qu'une telle entreprise permettra de déceler dans les pratiques du présent, ruptures et continuités dans les politiques de santé publique. Ces dernières se succèdent mais ont la particularité de reposer sur une forme d'amnésie et s'inscrivent dans un éternel présent. Pourtant, comme on le verra, au travers de leurs pratiques et de leurs rationalisations, les populations (agents de santé y compris), elles, se souviennent (Fassin, 2006).
- 6 Après avoir rappelé les dimensions idéologiques ayant sous-tendu le développement des politiques de lutte contre le paludisme sur le continent africain en prêtant particulièrement attention aux spécificités relatives au Sénégal, on discutera de la façon dont la mémoire des acteurs procède par assimilation, retenant des pratiques ou des slogans, mais tenant peu compte de leur inscription dans le temps et dans des paradigmes de lutte distincts.

Les paradigmes de la lutte contre le paludisme

- 7 Les objectifs du millénaire 4, 5 et 6 font de la mère et de l'enfant des cibles prioritaires des politiques sanitaires. L'identification de ces cibles s'appuie largement sur la confiance du politique dans le développement d'outils et de technologies en mesure de répondre aux problèmes qu'ils ont à résoudre. Ainsi, à chaque époque correspondrait un éventail d'outils disponibles pour les politiques afin de lutter contre le paludisme et reflétant l'état du savoir à un moment donné. L'histoire de la lutte contre les grandes endémies ne serait alors qu'une succession de découvertes scientifiques permettant la transformation des politiques. Si certaines lectures de la lutte contre le paludisme abondent dans ce sens et ne proposent qu'une vision chronologique articulant transformations épidémiologiques et avancées scientifiques (Bradley, 1992), d'autres auteurs soulignent les dimensions politico-historiques du développement des politiques de lutte (Fintz, 2006) ou les multiples contraintes auxquelles la lutte contre le paludisme fait face tant du point de vue de la capacité des systèmes de santé que de ses contraintes cognitives et culturelles (Gruénais, Ndoye, & Bado, 2006).
- 8 Ainsi rendre compte du développement d'une politique de santé sur un territoire circonscrit, impose de penser ensemble développement des savoirs scientifiques et projets politiques du local au global. Dans le cas du paludisme, deux formes d'utopies se rencontrent à des degrés divers dans le temps : l'utopie coloniale et celle d'une éradication totale de la maladie.

Une même articulation a également été analysée dans le contexte de la lutte contre la trypanosomiase (Dozon, 1985).

L'émergence de la lutte contre la paludisme

- 9 Dès 1890, l'école de Santé Navale est ouverte à Bordeaux afin de former les médecins et les pharmaciens destinés à travailler dans les colonies (Poutrain, Adjagbe, Hane, Konan, & Ndoye, 2005, p. 45). Un service de santé des troupes coloniales est ensuite créé en 1905 dans le parc du Pharo à Marseille. Comme le rappelle Poutrain et al., depuis lors Bordeaux et Marseille sont restés deux villes au cœur de la médecine tropicale. Parallèlement, est également développé le corps de santé des troupes coloniales (1903) puis de l'Assistance Médicale Indigène (AMI) en 1905. C'est également à la fin du 19^{ème} siècle que les progrès de la science laissent entrevoir une possibilité de lutter contre les fièvres, puisqu'en 1820, les bienfaits de la quinine sont identifiés et en 1880 c'est le tour du *plasmodium* puis de son vecteur en 1898 (Gruénais, Ndoye, & Bado, 2006, p. 140).
- 10 Pourtant, ce n'est qu'après la première guerre mondiale (et l'épidémie de grippe espagnole de 1918) qu'une prise de conscience de l'important déclin démographique dans les colonies se fait jour et que la nécessité du développement d'une véritable politique sanitaire populationnelle est reconnue (doctrine Albert Sarrault). C'est dans cette dynamique que s'inscrit la prise en charge du paludisme, d'abord confiée au Service Général Autonome d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie (SGHMP) créée en 1945. La compétence de ce service s'étend sur l'ensemble du territoire de l'AOF et de l'AEF et couvre plusieurs pathologies (trypanosomiase, syphilis, lèpre, tuberculose et paludisme). En 1957, dans le contexte de la loi cadre de 1956, il est rebaptisé Service commun de lutte contre les grandes endémies et devient autonome pour chaque colonie. La coordination régionale de la lutte contre les grandes endémies perdure cependant même après les indépendances par le biais de l'Organisation de Coordination et de Coopération pour la lutte contre les Grandes Endémies (OCCGE) en 1960 (Poutrain, Adjagbe, Hane, Konan, & Ndoye, 2005, p. 50).

Colonisés impaludés et colons sains

- 11 Matthieu Fintz décrit précisément comment les politiques de lutte contre le paludisme de cette époque relèvent de la construction d'une « incommensurabilité entre les immunités africaines et européennes » (Fintz, 2006, p. 154) inspirée par les connaissances concernant la trypanosomiase animale. Les politiques de ségrégation dans les villes africaines visent ainsi à séparer les corps africains résistants mais infectés des corps occidentaux sains mais sensibles au paludisme. Elles s'inspirent à l'époque des pratiques visant à éviter la rencontre dans les pâturages d'animaux sauvages porteurs sains de la trypanosomiase et du bétail domestique indemne de la maladie. L'après seconde guerre mondiale voit l'introduction du DDT et le développement de pulvérisations massives en ville (le coût est cependant très élevé et dès la fin des années 50 des anophèles résistantes au DDT font leur apparition).
- 12 Comme le montre Matthieu Fintz, le paradigme raciologique dans l'analyse de l'épidémiologie palustre est remis en question dans l'entre-deux guerres, laissant place à une réponse plus politique et au développement de nouveaux dispositifs sanitaires. La politique du « laisser-faire » fondée sur la conception de l'incommensurabilité des races et le dogme de « l'autosuffisance des colonies » fait place à la reconnaissance des effets de la politique coloniale (arrêt du travail forcé en 1946) et au développement d'écoles de médecine (création de l'école de médecine à Dakar en 1950) (Fintz, 2006, p. 157). La primauté de la race laisse ainsi la place à l'analyse sociale et historique, à la dimension politique du paludisme dès lors pensé aussi en relation avec les conséquences du processus colonial. Ce qui auparavant était vu comme un commensalisme non pathologique (la relation non problématique entre un hôte, l'homme africain, et son parasite, le plasmodium) devient problématique en raison de la diversité des infections associée aux déplacements importants des populations (Fintz, 2006, p. 160).
- 13 Ainsi comme le rapporte Matthieu Fintz, l'idée de la nécessité de lutter contre le paludisme de civilisation naît entre les années 30 et 50. Elle donne lieu à l'identification de territoires dans lesquels un projet d'éradication du paludisme est possible. C'est dans ces zones qu'une action

prophylactique est pensée non seulement comme légitime mais comme réalisable. Reprenant à Georg Simmel l'usage de la notion de « minimum social »,² Matthieu Fintz estime ainsi que « les zones pilotes d'éradication donnent une représentation matérielle du nouveau 'minimum social' que l' 'unité sociale' dominante est prête à concéder dans le secours qu'elle apporte aux africains ruraux » (Fintz, 2006, p. 165). « Entre le paludisme holoendémique qui se manifeste par la résistance des populations africaines au parasite et le paludisme épidémique, catégorie d'intervention traditionnelle pour sauvegarder le peuplement européen en Afrique, le paludisme de civilisation présente d'étranges 'faciès' » (Fintz, 2006, p. 165).

Ségrégation, éradication, contrôle : les trois temps de la lutte

- 14 La conférence de Kampala organisée en 1950 sous les auspices de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) témoigne de l'évolution de la lutte contre le paludisme. Les zones soumises aux activités anthropiques récentes (nouvelles zones de peuplement, de migrations, de front agricole) sont identifiées comme zones pilotes. En Afrique de l'Est ou au Nord Cameroun, il s'agit de zones montagneuses. Au Sénégal, la Casamance est identifiée, au Burkina, la région des cascades. Par l'aspersion domiciliaire pratiquée alors dans ces zones frontalières, les populations, elles-mêmes frontalières entre le « sauvage » et le « civilisé », perdent de leur sauvagerie (dont témoignait leur immunité naturelle) et se civilisent. Si les termes de la distinction ont changé (on ne parle plus d'africains et d'européens, mais de sauvages et de civilisés), la ségrégation sanitaire est maintenue puisqu'en dehors de ces zones pilotes dans les années 50-60, l'idée de l'éradication du paludisme n'est pas avancée.
- 15 Avant la seconde guerre mondiale, le paludisme ne fait donc pas l'objet d'efforts intenses et généralisés. Les politiques de santé visent d'abord à protéger les colons de la maladie dans une conception raciale de l'exposition au risque. Les politiques de santé se limitent à des mesures protectrices pour les populations coloniales³ et à la recommandation de l'usage de la moustiquaire (Poutrain, Adjagbe, Hane, Konan, & Ndoye, 2005, p. 64). A partir des années 1950, « l'objectif central était non seulement l'interruption de la transmission, mais (...) le traitement chimique des patients était également vu comme une attaque sur la transmission plus que comme une thérapie pour le bénéfice des individus. Il y avait alors un désintérêt extrême pour le patient impaludé en tant que tel, comme dans la recherche. L'éradication du paludisme était traitée plutôt comme une campagne militaire, la plupart des travailleurs impliqués ne relevaient pas des systèmes de santé et le programme était généralement coûte que coûte tenu séparé du reste des services de santé, jusqu'à la phase de consolidation où le paludisme devint au sens propre une maladie de l'Organisation Mondiale de la Santé. Elle mettait en jeu sa réputation et la moitié de ses employés sur l'éradication du paludisme » (Bradley, 1992, p. 147)⁴. Jean-Paul Bado précise qu'au début des années 1960, le montant alloué à la lutte contre le paludisme par l'OMS s'élevait à 8.5 millions de dollars sur un total de 16 millions (Bado, 2007, p. 40). « Des 'zones pilotes' sont désignées pour mieux tester les méthodes et évaluer les résultats » (Poutrain, Adjagbe, Hane, Konan, & Ndoye, 2005, p. 64). Un site se trouve à Bobo Dioulasso, le second à Thiès au Sénégal, il est confié à R. Michel. Ces zones sont soumises à divers protocoles (DTT et/ou chimioprophylaxie). L'endémie régresse, mais les résistances tant des anophèles que des hématozoaires ternissent le tableau. Au Sénégal, à l'indépendance, la zone pilote est conservée et sa direction reste confiée à R. Michel dans le cadre d'un nouveau service intitulé « Service de Lutte Antipalustre, SLAP. » Ce service intègre l'OCCGE. Face au coût des aspersions, les pulvérisations sont abandonnées au profit de l'éducation sanitaire et de la chimioprophylaxie. Entre 1962 et 1970, le SLAP met en place une politique de chloroquinisation massive. Tous les enfants sont concernés de 0 à 14 ans, de juillet à décembre (donc au-delà de l'hivernage). L'objectif d'une éradication totale du paludisme est sérieusement envisagé. La nivaquine est fournie en quantité en zone rurale et les populations font l'objet de campagnes de sensibilisation. Cependant, comme le rapporte Jean-Paul Bado, « en Afrique intertropicale, on a constaté que même dans les zones pilotes, aussi bien de Haute Volta, du Dahomey, Sénégal, Nigéria, Cameroun, de la République démocratique du Congo, du Kenya, de Tanzanie et du Nigeria, il fut impossible d'interrompre la transmission sur une longue période non seulement à cause des résistances des anophèles au DDT et autres

insecticides, de l'effet excito-répulsif du DDT, de l'exophilie de certaines espèces, mais surtout de l'apparition des souches de *plasmodium falciparum* résistantes à la chloroquine et aux autres produits antimalariques. A ces facteurs s'ajoutent les instabilités politiques, le manque de personnels souvent formés sommairement, ainsi que les migrations de populations et la modification de l'environnement qui favorisent l'épanouissement des moustiques » (Bado, 2007, p. 41).

- 16 En 1963, lorsque la campagne de nivaquinisation est mise en place au Sénégal, et que la zone de Fatick devient zone pilote de la prophylaxie de masse⁵, le ministère de l'économie rurale est chargé de la mise en place de cette campagne. Tidiane Ndoye et Véronique Poutrain soulignent que cela témoigne du fait que le paludisme était alors perçu comme un obstacle au développement (Ndoye & Poutrain, 2004, p. 87). Si à l'époque le discours du pouvoir s'inscrivait dans le registre du développement, force est de constater la continuité (dans des registres certes changeant) des dichotomies Nous/Eux dans la lutte contre le paludisme. D'une distinction essentialisée des populations au regard de la sensibilité au paludisme, on est en effet passé à une distinction en terme de niveau de développement, le paludisme s'apparentant dans ce contexte à une forme de « maladie de civilisation ».

Du contrôle à la transition épidémiologique

- 17 Durant les années 1970, ces ambitions sont révisées à la baisse au regard du développement des résistances mais également en raison de la capacité de l'Etat affaibli par la crise économique et depuis 1979, différentes formes de lutte se combinent. En 1984, la chimioprophylaxie collective n'est plus recommandée par l'OMS qui lui préfère une politique ciblée : femmes enceintes, voyageurs habitant en zone non impaludée et se rendant en zone de prévalence palustre et enfants de moins de 5 ans (Poutrain, Adjagbe, Hane, Konan, & Ndoye, 2005, p. 65). Dans les années 1980, une série de conférences témoigne d'un processus de remobilisation internationale autour de la lutte contre le paludisme. Une conférence a d'abord lieu à Brazzaville en 1987, révisé en 1991 puis suivi par une conférence tenue à Amsterdam en 1992 qui promeut une stratégie globale de contrôle de la parasitose. Cette stratégie, approuvée en 1994 par le conseil économique et social de l'ONU fait l'objet du vote en 1996 d'une résolution sur le contrôle de la maladie. L'Organisation de l'Union Africaine (actuelle Union Africaine) en fait également une de ses priorités (dès 1996 à Hararé puis à Ouagadougou en 1998).

Des avancées scientifiques aux plans stratégiques nationaux de lutte

- 18 Dans ce contexte, en 1995 le Sénégal adopte un Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) inscrit au sein du Service National des Grandes Endémies (SNGE) qui s'articule autour de 8 stratégies : « prise en charge des cas, prévention et surveillance du paludisme, chloroquine molécule privilégiée, réservée aux migrants non immuns et aux femmes enceintes » (Poutrain, Adjagbe, Hane, Konan, & Ndoye, 2005, p. 65). L'usage de « la chloroquine en première intention, la sulfadoxine associée à la pyriméthamine en seconde et les sels de quinine en troisième » est alors préconisé (Poutrain, Adjagbe, Hane, Konan, & Ndoye, 2005, p. 67). En 1998, l'initiative « faire reculer le paludisme » (Roll Back Malaria) est mise en place en partenariat avec l'OMS, le PNUD, l'UNICEF et la Banque Mondiale et repose sur l'accès rapide aux traitements, la mise à disposition de moustiquaires imprégnés, la lutte anti-vectorielle, le traitement du paludisme chez la femme enceinte ainsi que des interventions d'urgence en cas d'épidémies. Les objectifs du RBM sont réitérés lors de la conférence d'Abuja en avril 2000 qui réunit 44 dirigeants africains qui s'engagent à diffuser des moustiquaires imprégnées, à soutenir les aspersions intradomiciliaires et les mesures d'assainissement visant à détruire les gîtes larvaires ainsi que le TPI : traitement préventif intermittent : sulfadoxine pyriméthamine pour femmes enceintes et nouveau-nés (Bado, 2007, p. 43). Dans le cadre de cette dynamique, une série de plans quadriennaux de lutte sont rédigés par le Sénégal et financés par le fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme⁶. Ainsi après la période d'activités 1996-2000, un « plan stratégique pour faire reculer le paludisme au Sénégal 2001-2005 » est rédigé avec comme slogan mobilisateur : « la croisade contre le paludisme. » Ce plan préconisait comme réponse thérapeutique, le traitement

présomptif des cas de fièvre avec la chloroquine en monothérapie et prévoyait l'établissement d'un volet d'Information, Education, Communication (IEC) en direction des femmes afin de les familiariser avec ce protocole thérapeutique. Les rédacteurs du plan justifiaient ainsi leur démarche : « L'accès aux structures sanitaires n'est pas toujours aisé surtout dans les communautés rurales. Il est aussi recommandé de procéder au traitement précoce des cas présomptifs. La présomption sera basée uniquement sur la présence ou sur les antécédents récents de fièvre ou 'corps chaud' associée ou non à des céphalées, vomissements, frissons, sueurs ou algies. Le traitement présomptif consiste à prendre la chloroquine per os au niveau communautaire. » (Programme National de Lutte contre le Paludisme, 2001, p. 31) Cette recommandation s'inscrivait en fait dans la continuité des pratiques de soins dont on a vu qu'elles avaient été mises en place dès la seconde moitié du 20^e siècle. Le programme visait simplement à la renforcer.

Second plan stratégique

- 19 Le 15 novembre 2006, l'OMS recommande à nouveau (après 35 ans d'interruption) la pulvérisation intra – domiciliaire du DTT dans les zones impaludées. L'espoir d'une éradication du paludisme est à nouveau caressé. Au Sénégal, l'important niveau de résistance à la chloroquine, documenté à Dakar et à Pikine en 1988 par des études cliniques a conduit à un abandon de la monothérapie (Trape, et al., 1998) et à une focalisation sur les combinaisons médicamenteuses à base d'artémisinine (ACT). Un essai clinique réalisé en 2004-2005 a démontré que le Co-artem s'est révélé être la combinaison de substitution la plus efficace (Gaye, Dieng, Faye, Ndiaye, Seck, & Sokhna, 2007). Pourtant, pour des raisons de coût, les autorités sanitaires choisissent en 2006 l'association Artésunate/ Amodiaquine ASAQ pour traiter le paludisme simple. Mais en 2009, les effets secondaires de l'amodiaquine démontrés par des études cliniques conduisent à la recommandation du Co-artem (Artémether Luméfantine) et du duo-cotexin (dihydroArtémisinine Pipéraquline) en 2010. Afin de diminuer le risque réel de surestimation de l'incidence de la maladie et de prescription et utilisation exagérée des ACT, les tests de diagnostic rapide (TDR) ont aussi été introduits depuis 2007 (Munier, Diallo, Sokhna, & Chippaux, 2009). Ces derniers permettent à la fois de confirmer biologiquement les cas de paludisme et de protéger les nouvelles combinaisons médicamenteuses (ACT) (Faye, 2012).
- 20 Les mesures préventives officielles actuelles récuse l'utilisation de médicaments (sauf chez la femme enceinte pour qui le traitement préventif intermittent⁷ est recommandé) et sont basées sur des mesures intégrées d'hygiène collective et individuelle, dans un contexte de pré-élimination : aspersion intra-domiciliaire, assainissement de l'environnement, couverture universelle en moustiquaires imprégnées. Afin de mieux rapprocher les TDR et les ACT des communautés, la stratégie Prise en Charge à Domicile (PECADOM) est officiellement mise en œuvre (Faye, 2012). Elle consiste en la distribution de soins (diagnostic et prescription) par des Distributeurs de Soins à Domicile (DSDOM) surtout dans les zones où il se pose encore un problème d'accessibilité physique et géographique aux services de santé. Cette stratégie s'inscrit dans une approche communautaire, qui date de l'Initiative de Bamako (1987), mais qui a connu une évolution fulgurante ces dernières années. Au Sénégal, la plupart des stratégies de lutte contre le paludisme ont mis en avant la contractualisation avec le niveau communautaire (OCB, relais communautaires, tradipraticiens), dans un contexte où la charge de travail de l'infirmier s'est démultipliée, rendant nécessaire la responsabilisation d'autres catégories à ses côtés pour la promotion des mesures de lutte (Faye, 2012).
- 21 A l'issue du premier plan de lutte et en accord avec les résultats de recherches mentionnées supra, le Sénégal introduit une modification du protocole de prise en charge thérapeutique en remplaçant la chloroquine en monothérapie par des combinaisons de molécules (sulfadoxine-pyriméthamine) et en adoptant le traitement préventif intermittent chez la femme enceinte. Lors du plan suivant (2006-2010) dont le mot d'ordre est « Vivre avec le paludisme sans en mourir » (PNLP, 2006), l'introduction progressive de la bithérapie à base d'artémisinine en remplacement de la chloroquine est poursuivie et une volonté d'introduire les TDR en commençant par une recherche opérationnelle sur les conditions de leur utilisation est

exprimée. Ce plan consacre la volonté d'éradication de l'usage de la chloroquine à domicile et prévoit la formation des agents de santé. Le plan 2006-2010 consacre également le retour de l'aspersion domiciliaire systématique, en conformité avec les recommandations de l'OMS et souligne la nécessité d'informer la décision par la recherche. Sur le terrain, alors que l'introduction de l'amodiaquine avait fait l'objet d'une importante campagne de communication (spots télévisées, campagne d'IEC locales), le passage de l'Artesunate Amodiaquine au Coartem ne fait pas l'objet d'informations auprès des populations. Celles-ci se contentent comme nombre de responsables politiques d'ailleurs de l'expression générique ACT.

Troisième plan stratégique

22 Le plan stratégique 2011-2015 de lutte contre le paludisme au Sénégal est quant à lui résolument engagé vers l'accélération du contrôle du paludisme en vue de sa pré-élimination, d'où sa vision d'un « *Sénégal émergent sans paludisme.* » (PNLP, 2010) Reconnaisant la complexité des faciès de l'épidémie au Sénégal (une typologie en quatre strates est proposée reflétant une situation d'endémicité faible (strate I), moyenne (strate II), de transmission plus élevée (strate III) et un faciès urbain plus hétérogène (région de Dakar, strate IV), des mesures relatives à ces quatre situations sont proposées : « Cette stratification permet la sélection de mesures plus adaptées à chaque strate. Ainsi les districts de la strate I bénéficieront en plus de l'accès universel, d'activités spécifiques à la stratégie de pré – élimination c'est à dire la recherche active des cas et la détection précoce des recrudescences des cas et des épidémies. Les districts des strates II et III feront l'objet d'activités de renforcement du contrôle avec notamment la réalisation et le maintien de l'accès universel aux interventions efficaces. Dans la strate IV, des activités de lutte anti larvaire viendront s'ajouter à celles mises en œuvre dans les autres strates. » (PNLP, 2010, p. 33) Il s'agit globalement dans ce programme de s'inscrire en synergie avec les OMD et notamment les objectifs concernant la santé de la mère et de l'enfant en s'appuyant sur la décentralisation et en favorisant une meilleure gouvernance des systèmes de santé. Le contrôle des vecteurs de l'épidémie est dès lors central dans ce plan : cela passe notamment par la généralisation de l'usage des Moustiquaires imprégnées, la réduction des gîtes larvaires et l'aspersion domiciliaire. Ainsi malgré un changement de paradigme annoncé, les manifestations concrètes du nouveau programme font écho aux premiers plans de lutte (distribution de moustiquaires, traitement des gîtes larvaires et aspersion domiciliaire).

23 Le regard rétrospectif porté sur la lutte contre le paludisme au Sénégal et la consultation des documents directeurs des récents plans quadriennaux permet d'identifier les différents temps de son histoire. Durant la période précoloniale, la lutte contre le paludisme reflète initialement une politique de distinction et de ségrégation. A l'incomparabilité des corps africains et européens se substitue ensuite l'idée d'une transformation possible du premier. La sensibilité des individus africains au paludisme nouvellement reconnue apparaît dès lors comme le marqueur d'un processus de civilisation en cours, mais également comme un frein au développement et suscite le développement de nouvelles politiques sanitaires. Depuis lors, on est passé d'un projet d'éradication totale du paludisme basée sur action quasi militaire et sur la confiance envers des produits (Chloroquine, DTT) à une reconnaissance des limites de ce projet et à une approche pragmatique consistant à « vivre avec ». L'introduction de nouvelles molécules apportant une réponse au développement de résistances thérapeutiques, de nouvelles pratiques de diagnostics et le constat d'une transition épidémiologique en cours donnent un nouvel élan à l'espoir d'une éradication totale. La disparition du paludisme reste encore un marqueur du développement du pays, comme en témoigne le slogan du dernier plan quadriennal : « un Sénégal émergent sans paludisme. » L'absence de paludisme apparaît là encore comme résultat et condition d'un état de développement. Aussi, l'analyse des politiques de santé publique ne peut faire l'économie d'une analyse de ses enjeux symboliques. Au cœur des outils comme des symboles de la lutte contre le paludisme, figure la moustiquaire. Après avoir analysé la dimension symbolique de la moustiquaire dans la lutte contre le paludisme au Sénégal, on verra comment les acteurs de la santé (responsables régionaux de programme ou

acteurs de la santé sur le terrain) engagés quotidiennement dans la réalisation des programmes de lutte (parce qu'ils organisent des séances d'information et d'éducation communautaire – IEC – traitent des accès palustres ou distribuent des moustiquaires...) perçoivent l'évolution de ces politiques et comment ils pensent l'articulation de leur activité professionnelle avec l'évolution des programmes.

La dimension symbolique de la lutte

- 24 S'il est un objet qui incarne la lutte contre le paludisme dans la région d'Oussouye, c'est bien la moustiquaire. Et cela se vérifie dans l'ensemble de la sous-région. Elle est présente dans les centres de santé sur les affiches incitant les femmes enceintes à s'y abriter avec leur nouveau-né, elle fait l'objet de séances d'Information Education et Communication (IEC) menées par les matrones auprès des femmes, par les agents d'Organisation Communautaires de Base mettant en œuvre les programmes des Organisations Non Gouvernementales, et suscite l'organisation de distributions massives dans les familles généralement à l'approche de la saison des pluies. A cette occasion, au-delà des représentants de l'Etat, chefferies traditionnelles, autorités religieuses sont mobilisés dans la distribution. La moustiquaire est un objet du pouvoir. En Casamance, l'ONG américaine Africare est massivement impliquée dans la lutte contre le paludisme. Son action dans ce domaine se déploie dans plusieurs pays d'Afrique francophone, anglophone et lusophone⁸. Africare a développé une expertise importante concernant les différentes mesures qui relèvent de la politique officielle de lutte définie à l'échelle nationale : le traitement préventif intermittent, les ACT, les TDR et les moustiquaires. Les interventions de cette ONG dans la lutte contre le paludisme s'inscrivent dans le programme STAMP (2003-2006) et le PMI (President's Malaria Initiative), programme initié par le président George W. Bush en 2005. Elles se singularisent par leur focalisation sur les moustiquaires imprégnées, à travers des activités comme celles réalisées par AJAEDO. L'ONG travaille avec les OCB pour promouvoir et renforcer la disponibilité et l'accès à ces outils préventifs, en dehors des structures de santé. En dehors de la contractualisation avec des OCB, elle a formé des relais dans les villages environnants, qui sont chargés de développer des causeries sur la façon d'utiliser et de bien prendre soin des moustiquaires, sur l'importance des moustiquaires pour la prévention du paludisme. Les distributeurs communautaires et les points de prestation de services (maternités, accoucheuses traditionnelles, tradipraticiens etc.) sont également ciblés par la sensibilisation.
- 25 Cette focalisation d'Africare sur les moustiquaires imprégnées correspond à une des orientations de l'USAID dans le cadre du PMI, qui valorise la promotion et la distribution de plus d'un million de moustiquaires imprégnées longue durée, surtout en faveur des femmes enceintes et enfants de moins cinq ans. Cette préoccupation est également visible dans les interventions de l'Etat, elles aussi orientées par les visions des bailleurs qui financent la lutte contre le paludisme. Par exemple, dans le cadre du nouveau plan stratégique 2010-2015, le Sénégal insiste (comme beaucoup de pays africains) sur la couverture universelle en moustiquaires imprégnées, grâce à un important financement obtenu dans le cadre du Fonds Mondial (Round 10). Si l'Etat et les collectivités locales semblent absents dans le travail « technique » et promotionnel de la lutte contre le paludisme, leur présence s'incarne cependant à travers les moustiquaires. Dès lors celles-ci au-delà de leur fonction d'outils de la lutte sont investies d'une forte dimension politique. Les maires et présidents de communautés rurales procèdent en effet à des distributions de MILDA, qui leur permettent d'aller à la conquête et d'entretenir leur électorat. Le don de moustiquaire témoigne de l'investissement des acteurs dans la santé des populations, il permet d'entretenir des rapports clientélistes, et parfois de compléter un revenu. Lors de notre présence sur le terrain en avril 2012, une distribution de moustiquaire était en cours de préparation dans le cadre du projet de « couverture universelle » en moustiquaires imprégnées. Cette distribution supposait le recensement exhaustif des lieux de couchage, un recensement confié aux autorités locales. Leur implication dans le recensement valant dès lors crédit du don de la moustiquaire. Dans d'autres cas, l'accès aux moustiquaires à bas-prix est confié à des individus recrutées localement (AIS, volontaires de la croix rouge sénégalaise) à qui l'on permet de s'assurer

une rémunération (de l'ordre de 500 francs cfa par moustiquaire vendu 2000 francs cfa). Le revenu assuré garantissant ainsi l'engagement de l'individu dans la vente. La distribution des moustiquaires, comme une ressource politique ou comme une ressource financière convoitée (par exemple par un service d'hygiène regrettant que leur distribution ne leur soit pas confiée) s'inscrit à la fois dans le cadre de pratiques d'établissement de pratiques clientélistes et comme un outil classique de la lutte contre le paludisme. Chez les acteurs, cette distribution ne fait pas l'objet d'une rationalisation articulée à un programme global de prévention et de prise en charge du paludisme. Les acteurs qui se mobilisent dans ce secteur négligent ainsi le pendant thérapeutique qui l'accompagne dans l'esprit des concepteurs des plans de lutte. De fait, lorsque les politiques à l'échelon local sont interrogés (Président de Commune Rurale, agents de la préfecture, Médecin Chef), tous mentionnent la distribution de moustiquaire comme témoignage de leur engagement. Les ONG ne sont pas en reste qui soit approvisionnent soit communiquent sur le sujet. Mais leur articulation à l'offre d'ACT est peu mentionnée, voir totalement ignorée⁹.

26 Dans la même logique, les pratiques de saupoudrage de produits chimiques détruisant les gîtes de moustique font l'objet également d'un fort investissement du politique. Ainsi le secrétaire de la préfecture d'Oussouye, s'il ne connaissait pas le nom des ACT aujourd'hui utilisés, ni les développements récents de prophylaxie (passage au Co-artem), était cependant en mesure de décrire les campagnes de saupoudrage et appelait de ses vœux leur renouvellement. L'insistance sur les campagnes de saupoudrage était également le fait du service d'hygiène du district médical d'Oussouye. La distribution de moustiquaires ou le saupoudrage sont doublement efficaces. Tout d'abord ils représentent pour tous les acteurs une réponse pragmatique à la présence des moustiques qui caractérise la Casamance humide et verte. Ensuite ils permettent également une mise en scène de l'action des autorités pour le bien-être des populations et sont donc politiquement pertinents.

27 Alors que les ACT et les TDR participent également de l'arsenal des outils mobilisés pour la lutte, ceux-ci ne font donc pas l'objet d'un fort investissement politique. La moustiquaire apparaît comme un support de communication plus efficace que les molécules ce qui conduit en termes de communication à une désarticulation des programmes de lutte.

Rechercher dans les pratiques actuelles les différentes strates de la lutte contre le paludisme

28 Les mesures et stratégies de lutte contre le paludisme que nous venons d'évoquer concernent de manière équivalente toutes les régions. La reconnaissance de quatre strates différentes dans le faciès épidémiologique sénégalais n'a pas d'incidence sur la mise en place de ces mesures. La reconnaissance de multiples profils épidémiologiques ne va pas de pair avec celle de contextes politiques, économiques et cognitifs. Pourtant, les différentes analyses de l'histoire de la lutte contre le paludisme soulignent avec raison la dépendance des politiques de lutte vis-à-vis des facteurs socio-économiques, de ceux liés à l'organisation des structures de santé, aux formations des personnels, aux profils épidémiques contrastés entre zones d'un même pays (Gruénais, 2003 ; Ndoye & Poutrain, 2004 ; Gruénais, Ndoye, & Bado, 2006). En outre, la longue durée de la lutte contre le paludisme et la multiplicité des messages diffusés, comme des politiques mises en place et de leurs traductions sur le terrain invite à se poser la question de la lecture faite de ces politiques par les soignants et les populations. Plutôt que d'évaluer leur capacité à « comprendre les messages » en raison de « freins culturels » il convient de se poser la question de la possibilité d'une compréhension de ces dernières tant elles se sont succédées rapidement et sans cohérence apparente du point de vue des personnes concernées (patients comme acteurs de santé au premier échelon des soins). Comme l'écrit Marc-Eric Gruénais : « Découvertes scientifiques, recommandations internationales, pragmatisme imposé par le niveau de développement et de performance des systèmes de santé nationaux et locaux, soit trois registres qui ressortissent à des dynamiques distinctes et qui viennent informer les décisions, s'adressent, au bout de la chaîne à des personnels de santé qui prescrivent et qui en actes, doivent faire la synthèse de toutes ces informations qu'ils ont à confronter à leurs expériences professionnelles. » (Gruénais, 2003, p. 274) La longue

durée des politiques de santé, la succession des plans quadriennaux fondés sur l'avancée des connaissances scientifiques (autant en termes de traitement que d'une meilleure appréciation épidémiologique) se confondent dans l'esprit des agents de santé comme des populations. Pas de coupures radicales entre pratiques d'aujourd'hui et pratiques du passé mais sédimentation que l'on peut observer dans le discours et certaines pratiques. En outre, face à la succession des modifications de protocole et de politiques et au peu de visibilité des logiques qui les sous-tendent, l'expérience des acteurs paraît une valeur sûre à laquelle s'accrocher, ce qui favorise le développement de résistances au changement. On retrouve ici le phénomène décrit aux États-Unis au 20^{ème} siècle, lorsque des médecins mettaient en avant leur expérience et la connaissance de leurs patients pour résister à la mise en place de ce qui allait devenir les essais cliniques randomisés comme gold standard de l'administration de la preuve d'une thérapie (Marks, 1999).

La lutte comme continuité

- 29 Alors que le programme actuel de lutte contre le paludisme vise aujourd'hui l'éradication de la maladie, confortée en cela par l'observation d'une transition épidémiologique en cours, l'action des acteurs engagés au quotidien dans la lutte contre le paludisme s'inscrit dans la longue durée. La permanence de la lutte est confortée par « l'air de famille » des moyens mis en avant dans les programmes successifs (médicament, moustiquaire, aspersion) quand bien même ces programmes reposent sur une appréciation scientifique différente de l'épidémie et visent des objectifs distincts. En témoigne la façon dont les acteurs expriment la nature de leur mission. Lors d'un entretien avec la directrice de l'IEC de la région médicale de Ziguinchor, celle-ci présentait la nature des messages dont elle est chargée d'organiser la diffusion. Elle rappelait l'importance de la moustiquaire en mentionnant le slogan qui caractérisait le programme de 2005 « Vivre avec le palu, sans en mourir », alors même que le programme actuel vise l'éradication et professe : « Un Sénégal émergent sans paludisme. » La persistance dans le discours de la directrice de l'IEC d'un slogan associé à un programme précédent se comprend au regard de la durée de son engagement dans le domaine. Sa présence souligne le fait que les directives des nouveaux programmes ne rencontrent pas un terrain vierge mais viennent recouvrir un ensemble de savoirs et de pratiques issues de programmes et d'expériences précédents. Ces connaissances et ces usages constituent un assemblage à partir duquel les acteurs pensent et construisent leur action.
- 30 Ce chevauchement des mémoires est ainsi perceptible dans les pratiques de certains agents qui conservent dans la pharmacie de leurs cases de santé des produits ne faisant pourtant plus partie de l'offre médicamenteuse officielle (nous avons ainsi observé dans une case de santé aux confins du district sanitaire d'Oussouye la présence d'Artesunate-amodiaquine alors que le Co-artem était officiellement retenue depuis quatre mois). La coprésence de divers protocoles thérapeutiques est en outre accentuée par le manque de supervision effective ou bien par l'organisation au sein de certains centres de santé du district sanitaire d'Oussouye (cas de Mlomp et de Djembereng) d'un essai clinique concernant Artesunate-amodiaquine et modifiant de facto, et sans consentement préalable des populations concernées, le protocole national de prise en charge au profit d'un intérêt privé. Les affiches présentes dans les centres de santé, ou dans les locaux de la région médicale rappellent la succession des programmes, leur slogan et protocoles de prise en charge associés. Parfois une affiche récente en masque une plus ancienne qui n'apparaît qu'à la faveur d'un courant d'air venant soulever un angle non punaisé, parfois elles sont simplement juxtaposées. Nous avons également constaté dans un centre de santé périphérique d'Oussouye l'affichage d'un protocole de prise en charge périmé et l'absence du protocole actualisé. Ces affiches signalent plus qu'elles informent réellement. Leur affichage réglementaire est respecté mais elles restent peu mobilisées. Elles sont aussi la trace de l'enchaînement rapide de différents protocoles thérapeutiques, comme de leur coprésence. Cette succession de recommandations rend difficile leur appropriation précise par les politiques, les populations mais également par les agents de santé situés à la base de la pyramide des soins. Il est ainsi difficile de recueillir auprès de ces derniers un historique précis de l'évolution de l'offre des produits antipaludéens. Les noms des médicaments ne

sont pas véritablement connus : si les agents connaissent les ACT, leur évolution et la logique du changement de produit (passage de l'artésunate-amodiaquine au co-artem) n'est pas totalement maîtrisée. Cette évolution ne fit pas l'objet, comme lors de l'introduction des ACT et de l'artésunate-amodiaquine, d'un séminaire régional et de messages radiophoniques. Un agent de santé se rappelle seulement avoir été informé lors d'une réunion avec son médecin chef de district.

- 31 A l'assemblage des slogans et des pratiques de la part des agents de santé répondent les savoirs idiosyncratiques des populations. Ainsi cette femme interrogée à Mlomp produit un discours dans lequel elle propose une lecture de l'évolution des protocoles de prise en charge à partir de son expérience personnelle, et témoigne du maintien, quoique transformé, de pratiques autrefois recommandées dans la lutte contre le paludisme. Cette femme, enquêtrice temporaire à Mlomp dans le cadre d'un observatoire populationnel habitait auparavant à Ziguinchor où elle était salariée. Elle revint vivre à Mlomp pour s'occuper de son père mourant. Elle rapporte que lorsqu'elle habitait encore à Ziguinchor, elle donnait systématiquement de la chloroquine à ses enfants en début de saison des pluies. Il est important de noter que la chloroquinisation a reposé sur des campagnes coercitives comme l'illustrent les pratiques décrites pour le dispensaire confessionnel de Mlomp dans les années 75 par les démographes français de l'INED (Institut National d'Etudes Démographiques) dans un document retraçant le développement de l'observatoire de population qu'ils gèrent dans ce village : « Face à la fréquence des consultations de nuit pour paludisme, et afin d'obliger les familles à détenir de la chloroquine à domicile, toute consultation pour un syndrome fébrile était refusée si l'enfant n'avait pas reçu auparavant à domicile un traitement présomptif par chloroquine, ou si ses parents refusaient l'achat immédiat d'une provision conséquente de ce produit. D'après le récit des infirmières, la "guerre de la chloroquine" fut particulièrement difficile et éprouvante : parents systématiquement refoulés s'ils se présentaient au dispensaire sans l'argent nécessaire à l'achat de chloroquine, enfants traités clandestinement, tension avec une partie des villageois. Au bout d'une année environ la possession de chloroquine à domicile était généralisée, et les consultations de nuit beaucoup moins fréquentes » (Pison, Gabadinho, & Enel, 2001, p. 75). Aujourd'hui sans revenus, elle explique avoir cessé la chloroquinisation, faute de moyens. Elle donne cependant à ses enfants du paracétamol et de l'efferalgan pour soigner ce qui lui semble un cas de paludisme, car explique-t-elle le paludisme est souvent pris pour de la fatigue.
- 32 Le traitement présomptif des cas de fièvre (officiellement abandonné depuis 2006) sous-tend la pratique abandonnée « faute de moyens », pour autant les nouveaux protocoles ne sont pas complètement ignorés et l'introduction des TDRs permettant d'éviter le sur-diagnostic du paludisme conforte ce qu'elle savait déjà : ce qu'on appelle paludisme n'est bien souvent qu'une simple fièvre et cela justifie finalement son utilisation d'antipyrétiques.
- 33 Si l'on observe les pratiques des professionnels de santé et que l'on prête attention à la façon dont ils les pensent ou si l'on s'intéresse à la façon dont les individus se soignent ou pensent leurs soins, discours et pratiques rendent compte de l'enchevêtrement de différentes strates de politiques. C'est ce dont témoignent slogans, rationalités, pratiques désarticulés de leurs paradigmes scientifiques initiaux. Sortis de leur environnement primaire de cohérence, ils trouvent une cohérence renouvelée en s'assemblant aux idiosyncrasies locales comme aux réalités économiques et politiques.
- 34 Dès le plan stratégique de 2001-2005, la diversité des profils épidémiologiques au Sénégal est reconnu (et donc l'intérêt d'une coopération avec les scientifiques) mais ce n'est que dans le plan 2006-2010 que la nécessité de proposer des politiques fondées sur des recherches opérationnelles est véritablement soulignée. Comme on l'a vu cette posture se traduit dans le plan actuel de lutte par des actions ciblées en fonction des profils identifiés. Pour autant, le contexte politique particulier de chaque région ne fait cependant pas l'objet d'une réflexion ou d'une action spécifique (Programme National de Lutte contre le Paludisme, 2001). La longue durée des politiques de lutte, et la sédimentation des pratiques et des messages ne sont pas non plus prise en compte.

Donner du sens aux politiques de santé

35 La longue durée de la lutte contre le paludisme se caractérise par l'introduction à un rythme soutenu de nouveaux programmes de lutte contre le paludisme, par les modifications fréquentes de protocole et par une absence de communication sur l'évolution des connaissances entomologiques, épidémiologiques et thérapeutiques qui les justifient. Dans ce contexte, il n'est pas étonnant que les recommandations basées sur l'évidence médicale (*evidence based medicine* et *evidence based policy*) rencontrent des réticences du côté des professionnels de santé. Ces derniers opposent à une évidence médicale jamais définitive, leur propre expérience fondée sur un savoir acquis après des années d'exercice. Ces politiques ne s'appliquent pas sur un terrain vierge : les recommandations d'aujourd'hui font échos en effet à des politiques précédentes (comme c'est le cas pour l'aspersion intra-domiciliaire ou la mobilisation des communautés dans la lutte), recommandations pourtant inscrites dans des paradigmes de lutte différents. Mémoires des professionnels, savoirs idiosyncratiques des populations, succession des programmes se rencontrent et forment la réalité cognitive dans laquelle s'inscrit la lutte. Oublier cela c'est ne tenir compte ni de l'histoire des politiques de santé, ni des contextes politiques dans lesquelles elles sont déployées. « En fait, tout fonctionne comme si le fait d'avoir conçu des mesures d'intervention à partir de relations théoriques de causalité était considéré comme suffisant pour garantir l'effet de ces mesures. Ces constats et les débats qui les accompagnent invitent au renouvellement des approches de l'évaluation pour évaluer l'impact effectif de l'intervention publique indépendamment des schémas de causalité qui la sous-tendent. » (Laurent, et al., 2009, p. 867) Le PNLP en identifiant quatre strates dans le profil épidémiologique du paludisme au Sénégal reconnaît le problème que pose l'application d'une politique de lutte uniforme à des régions qui ont de l'épidémie une expérience singulière. L'application d'une politique basée sur le contexte nécessite également d'aller plus loin dans la reconnaissance de la spécificité des territoires et d'en saisir l'expérience non plus seulement comme situation épidémiologique mais comme réalité historique et politique. Ce faisant, on évite le raccourcissement de l'histoire propre à l'écriture d'une histoire des politiques de santé « par le haut », on reconnaît la dimension symbolique de la lutte et ses enjeux politiques. Il ne s'agit pas là d'annuler ces dimensions, mais en les reconnaissant de penser également la nécessaire « domestication » des politiques par les populations, l'intérêt de l'explication continue des actions et l'importance de l'accompagnement des personnels de santé sur le terrain plutôt que la réalisation de supervision formelle.

Bibliographie

- BADO, J.-P., 2007, La traque du paludisme en Afrique. Leçons d'hier perspectives d'aujourd'hui. *Enjeux*. Bulletin d'analyse géopolitique de l'Afrique centrale, 1er trimestre 2007, 40-45.
- BLACK, N., 2001, Evidence based policy: proceed with care. *British Medical Journal*, 323, 275-278.
- BRADLEY, D. J., 1992, Malaria: old infections, changing epidemiology. *Health Transition Review*, 2, supplementary issue, 137-152.
- CALLON, M., 1986, Éléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins pêcheurs dans la baie de Saint Brieuc. *L'année sociologique*, 36, 169-208.
- CALLON, M, LASCOUMES, P., BARTHE, Y., 2001, *Agir dans un monde incertain. Essai sur la démocratie technique*. Paris, Seuil, 2001.
- DOZON, J.-P., 1985, Quand les Pastorien traquaient la maladie du sommeil. *Sciences sociales et santé*, 3, 27-56.
- FASSIN, D., 2006, Quand les corps se souviennent. Expérience et politiques du sida en Afrique du sud. Paris, La Découverte.
- FAYE, S., 2012, Responsabiliser les relais communautaires pour le traitement préventif intermittent saisonnier du paludisme (TPI) : enjeux, modalités, défis. *Autrepart*, I, 60, 129-146.
- FINTZ, M., 2006, Les métamorphoses du gouvernement du parasitisme en Afrique. Insecticides, frontières et civilisation dans la lutte antipaludique (1930-1962). *Politix*, 19, 74, 149-171.

- GAYE, O., DIENG, Y., FAYE, B., NDIAYE, D., SECK, I., SOKHNA, C., 2007, *Rapport de l'étude de faisabilité des tests de diagnostic rapide (TDR) du paludisme au Sénégal*. Dakar, Département de parasitologie, UCAD/SLAP, PNL, Fonds Mondial.
- GRUENAI, M.-E., 2003, Personnels de santé et populations face à l'expérience ordinaire des fièvres en Afrique subsaharienne. *Médecine Tropicale*, 63, 3, 271-275.
- GRUENAI, M.-E., NDOYE, T., BADO, J.-P., 2006, Le paludisme, maladie mal soignée. *Géopolitique africaine*, 21, 139-149.
- LAURENT, C., BAUDRY, J., BERRIET-SOLLIEC, M., KIRSCH, M., PERRAUD, D., BONNAFOUS, P., et al., 2009, Pourquoi s'intéresser à la notion d' « evidence-based policy » ? *Revue Tiers Monde*, 4, 200, 853-873.
- MARKS, H., 1999, *La médecine des preuves. Histoire et anthropologie des essais cliniques (1900-1990)*. Paris, Synthélabo-Les empêcheurs de penser en rond.
- MUNIER, A., DIALLO, A., SOKHNA, C., & CHIPPAUX, J., 2009, Evaluation d'un test de diagnostic rapide du paludisme dans les postes de santé ruraux au Sénégal. *Médecine tropicale*, 69, 496-500.
- NDOYE, T., POUTRAIN, V., 2004, L'évolution des savoirs et des pratiques médicales : l'exemple de la lutte contre le paludisme au Sénégal. *Autrepart*, 29, 81-98.
- PACKARD, R. M., 1989, *White Plague, Black Labor. Tuberculosis and the Political Economy of Health and Disease in South Africa*. Berkeley – Los Angeles, University of California Press.
- PERREY, C., GIAMI, A., ROCHEI de CAMARGO, K., de OLIVEIRA MENDONÇA, A., 2012, De la recherche scientifique à la recommandation de santé publique : la circoncision masculine dans le champ de la prévention du VIH. *Sciences Sociales et santé*, 30, 1, 5-38.
- PISON, G., GABADINHO, A., ENEL, C., 2001, MLOMP (Sénégal). Niveaux et tendances démographiques 1985-2000. *Dossiers et Recherches*, Paris, INED, 103.
- POUTRAIN, V., ADJAGBE, A., HANE, F., KONAN, B. C., NDOYE, T., 2005, Systèmes de santé et programmes de lutte contre la tuberculose et le paludisme en Côte d'Ivoire et au Sénégal, In VIDAL, L., ed., *Les professionnels de santé en Afrique de l'Ouest. Entre savoirs et pratiques*, Paris, L'Harmattan, 45-81.
- Programme National de Lutte contre le Paludisme, 2001, *Plan stratégique pour faire reculer le paludisme au Sénégal 2001 – 2005*, Dakar, Sénégal : Ministère de la santé, direction de la santé, service national des grandes endémies.
- Programme National de Lutte contre le Paludisme, 2006, *Plan stratégique de lutte contre le paludisme 2006-2010*, Dakar, Sénégal : Ministère de la santé et de la prévention, Direction de la santé, Division de la lutte contre la maladie.
- Programme national de lutte contre le paludisme, 2010, *Plan stratégique national 2011– 2015*, Dakar, Sénégal : Ministère de la santé et de la prévention, Direction de la santé, Division de la lutte contre la maladie.
- REVEL, J., 1989, L'histoire au ras du sol. (préface), In LEVI G., *Le pouvoir au village, histoire d'un exorciste dans le piémont du XVIIème siècle*, Paris, Gallimard, I-XXXIII.
- TRAPE, J.-F., PISON, G., PREZIOSI, M.-P., ENEL, C., DESGREGES du LOU, A., DELAUNAY, V., et al., 1998., Impact of chloroquine resistance on malaria mortality. *Comptes Rendus de l'Académie des Sciences - Series III - Sciences de la Vie*, 321, 8, 689-697.

Notes

1 Ces travaux s'inscrivent dans le programme « Lutter contre le paludisme. Analyse pluridisciplinaire des enjeux (contraintes et opportunités) relatifs à l'introduction des ACT (Artemisinin-based combination therapy, combinaisons à base d'artémisinine) au Sénégal » codirigé par Frédéric Le Marcis (IRD – ENS-Lyon), Pascal Millet (U. Bordeaux Segalen) & Sylvain Faye (U Cheikh Anta Diop). Il est financé par la Région aquitaine.

2 « Le pauvre », in Simmel G. *Sociologie. Etudes sur les formes de la socialisation*, Paris, PUF, 1999, [1^{ère} ed. 1908]

3 Celles-ci consiste en l'assèchement des gîtes larvaires et en l'épandage de mazout pour étouffer les larves sur les zones humides non asséchables en zone urbaine.

4 Traduction des auteurs.

5 Ziguinchor et la Basse Casamance ne deviennent sites sentinelles de l'UNICEF et du Plan National de Lutte contre le Paludisme que récemment.

6 Le financement sera cependant interrompu en 2004 à la suite d'une évaluation négative concernant l'usage des fonds octroyés par le fond mondial au PNLP sénégalais. A la suite de cette déconvenue, le PNLP sénégalais est renforcé et le financement du fond reprend pour le plan 2006-2010.

7 Des essais cliniques sont initiés au Sénégal depuis 2000 pour tester cette stratégie chez l'enfant, sous des formes différentes : le TPI chez le nourrisson (TPI couplé au Programme Elargi de vaccination), chez l'enfant de moins de cinq ans (TPI saisonnier).

8 Cf. <http://www.africare.org/our-work/what-we-do/health/Malaria.php#Malaria>, consulté le 14/08/2012

9 Cela traduit les canaux de distribution différents des ACT et des moustiquaires imprégnées. Les premiers sont distribués directement par le Programme National de Lutte contre le Paludisme à la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement. De ce fait ces produits sont plus contrôlés que les moustiquaires qui elles peuvent faire plus facilement l'objet d'un investissement de la part des autorités locales.

Pour citer cet article

Référence électronique

Frédéric LE MARCIS, Sylvain Landry FAYE, Fatoumata Bintou SAMB, Mouhamed BADJI et Cédric LEVEQUE, « Les points aveugles de la lutte contre le paludisme en Casamance », *Face à face* [En ligne], 12 | 2013, mis en ligne le 21 octobre 2013, consulté le 05 juin 2015. URL : <http://faceface.revues.org/805>

À propos des auteurs

Frédéric LE MARCIS

IRD – UMR 912 SEESTIM & Ecole Normale Supérieure de Lyon, frederic.lemarcis@ird.fr

Sylvain Landry FAYE

Département de Sociologie, FLSH Université Cheikh Anta Diop, DAKAR

Fatoumata Bintou SAMB

Doctorant, Département de Sociologie, FLSH Université Cheikh Anta Diop, DAKAR

Mouhamed BADJI

Doctorant, Département de Sociologie, FLSH Université Cheikh Anta Diop, DAKAR

Cédric LEVEQUE

Doctorant, Département d'anthropologie, Université Bordeaux Segalen

Droits d'auteur

Tous droits réservés

Résumés

In Senegal, malaria control policies have known tremendous change. Both introductions of Rapid Test and Artemisinin combined Therapy have transformed the way programs have been thought and implemented. More and more, these programs refer to Evidence Based Medicine to justify their modification. In this context, this paper highlights the blind spots of malaria control policies in Casamance. Building on the history of Malaria control policies in Senegal and on fieldwork carried out in Casamance, it aims to show the little visibility of policy paradigm evolution on the ground and to analyse the assemblage of knowledge and practices referring to different set of policies. Evidence based policies appear blind to the historical and political contexts. Population's idiosyncrasies and practices, health professional's experiences and political dimensions of malaria control practices call for a better recognition of the historical and political dimension of health policies.

Au Sénégal, les politiques de lutte contre le paludisme ont connu de nombreux changements. L'introduction des tests de diagnostic rapide, comme celle des thérapies à base de combinaison

d'artémisinine ont transformé la façon dont les programmes ont été pensés et mis en place. De plus en plus, ces programmes font référence à l'Evidence Based Medicine pour justifier leur modification. Dans ce contexte, cet article souligne les points aveugles des politiques de lutte contre la malaria en Casamance. A partir de l'histoire des politiques de lutte contre la malaria en Casamance, et sur une ethnographie menée en Casamance, il s'agit de montrer le peu de visibilité de l'évolution des paradigmes sous-tendant les politiques sur le terrain et d'analyser l'assemblage de savoir et de pratiques renvoyant à des politiques différentes. Les politiques basées sur l'évidence apparaissent insensibles aux contextes politiques et historiques. Les idiosyncrasies et les pratiques des populations, l'expérience des professionnels de santé et les dimensions politiciennes des activités de lutte contre le paludisme appellent à une reconnaissance des dimensions historiques et politiques des politiques de santé.

Entrées d'index

Keywords : paludisme Casamance politiques de santé malaria Casamance health policies

Frédéric LE MARCIS, Sylvain Landry FAYE, Fatoumata Bintou SAMB,
Mouhamed BADJI et Cédric LEVEQUE

Les points aveugles de la lutte contre le paludisme en Casamance

Avertissement

Le contenu de ce site relève de la législation française sur la propriété intellectuelle et est la propriété exclusive de l'éditeur.

Les œuvres figurant sur ce site peuvent être consultées et reproduites sur un support papier ou numérique sous réserve qu'elles soient strictement réservées à un usage soit personnel, soit scientifique ou pédagogique excluant toute exploitation commerciale. La reproduction devra obligatoirement mentionner l'éditeur, le nom de la revue, l'auteur et la référence du document.

Toute autre reproduction est interdite sauf accord préalable de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France.

revues.org

Revues.org est un portail de revues en sciences humaines et sociales développé par le Cléo, Centre pour l'édition électronique ouverte (CNRS, EHESS, UP, UAPV).

Référence électronique

Frédéric LE MARCIS, Sylvain Landry FAYE, Fatoumata Bintou SAMB, Mouhamed BADJI et Cédric LEVEQUE, « Les points aveugles de la lutte contre le paludisme en Casamance », *Face à face* [En ligne], 12 | 2013, mis en ligne le 21 octobre 2013, consulté le 05 juin 2015. URL : <http://faceaface.revues.org/805>

Éditeur : IRD - INSERM - Université de la Méditerranée Aix-Marseille

<http://faceaface.revues.org>

<http://www.revues.org>

Document accessible en ligne sur :

<http://faceaface.revues.org/805>

Document généré automatiquement le 05 juin 2015.

Tous droits réservés