

LE PALUDISME À L'ÈRE DE LA SANTÉ GLOBALE, ENTRE RETOUR DES VELLÉITÉS D'ÉLIMINATION ET PERMANENCE DES BRICOLAGES POPULAIRES

Carine Baxterres *, Émilienne Anago **, Audrey Hémadou ***,
Adolphe Kpatchavi ****, Jean-Yves Le Hesran *****

L'ÉMERGENCE DE LA SANTÉ GLOBALE

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. 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, 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 une focalisation sur les

* Anthropologue, chargée de recherche à l’IRD, MERIT, IRD, université de Paris & LPED, IRD, Aix-Marseille Univ, Marseille, France.

** Étudiante en master de sociologie-anthropologie, département de sociologie et anthropologie, université Abomey-Calavi, Bénin.

*** Étudiante en master de sociologie-anthropologie, département de sociologie et anthropologie, université Abomey-Calavi, Bénin.

**** Socio-anthropologue, professeur, département de sociologie et anthropologie, université Abomey-Calavi, Bénin.

***** Épidémiologiste, directeur de recherche à l’IRD, MERIT, IRD, université de Paris, Paris, France.

infections tropicales) et de la santé publique (qui a émergé en Occident au milieu du XIX^e siècle et met l'accent sur la prévention). Il précise :

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 : 1994)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 *et al.*, 2015). 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 pouvoir et les questions économiques (le marché de la *santé globale*) revêtent une importance singulière (Almeida *et al.*, 2013 ; Biehl & Petryna, 2013 ; Nguyen, 2012 ; Fassin, 2012). L'émergence de cette *arène politique* 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 en 15 ans à la mise au point d'un traitement efficace, puis en 15 années supplémentaires à l'atteinte d'un niveau significatif d'accès aux soins en Afrique (Brauman *et al.*, 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 ; Nguyen, 2014). Le Fonds mondial est né en 2002 sous l'impulsion du secrétaire général des Nations unies, Kofi Annan, qui voulait créer un mécanisme de financement global pour lutter contre la pandémie de sida. L'année suivante, le plan d'action américain (*President's Emergency Plan For Aids Relief* ou PEPFAR) a été lancé. La Banque mondiale, elle, avait démarré son programme multi-pays de lutte contre le sida en 2000. Émergent aussi à cette époque, et autour de la lutte contre le sida, des fondations internationales dont deux occupent aujourd'hui une place prédominante en *santé globale* : la Fondation Bill & Melinda Gates en 2000 et la Fondation Clinton en 1997 (Eboko, 2015)².

¹ À 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 : 1995)

² Avant cela, dès le début du XX^e siècle, la Fondation Rockefeller s'était investie de manière importante dans le champ de la santé internationale, notamment dans la lutte contre le paludisme.

Cette *coalition transnationale* s'est élargie du sida 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 dans l'agenda international de la santé et à les repositionner dans les agendas nationaux (Eboko, 2015 : 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 » (Lascombes & Le Galès, 2004 : 22), 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 pour *President's 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, est confrontée dans les années 1990 à des difficultés budgétaires et institutionnelles liées au poids croissant de puissants acteurs dans le champ de la santé, notamment la Banque mondiale (Brown *et al.*, 2006). Elle se repositionne comme planificateur stratégique des initiatives en santé globale, expression qu'elle aurait ainsi contribué à promouvoir, coordonnant les partenariats multiples entre les différents types d'acteurs. Ainsi, Roll Back Malaria (RBM)³ est 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 *et al.*, 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 [de] la surexposition aux pouvoirs des organisations internationales dans la mise en œuvre ou aux réformes structurelles inhérentes aux politiques publiques sectorielles.

(Eboko, 2015 : 49)

C'est dans ce contexte spécifique de l'émergence de l'arène de la santé globale que la question de l'élimination du paludisme est revenue dans l'agenda des politiques de prise en charge de cette pathologie.

³ Ce consortium a été créé par l'OMS avec la Banque mondiale, le PNUD et l'UNICEF. Voir : <http://www.rollbackmalaria.org/> (consulté le 5 décembre 2018).

PROPOS, MÉTHODE ET CONTEXTE DE L'ÉTUDE

Nous allons, dans ce chapitre, tenter d'apprécier les conséquences de cette « mise sur agenda » de l'élimination du paludisme 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 PNLP (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 que l'entité biomédicale *paludisme* s'associe différemment et de longue date à des entités nosologiques populaires (Baxterres, 2013 ; Bonnet, 1986 ; Faye, 2012 ; Kpatchavi, 2011), nous tenterons d'exposer comment ces politiques globales et nationales sont vécues 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 km au nord-ouest de Cotonou, à proximité de la ville de Comè. Des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de trente mères de familles (15 à Cotonou, 15 dans le Mono) ayant des enfants de moins de cinq ans. Nous nous sommes également entretenus avec les pères ainsi qu'avec toute personne (grand-mère, grande sœur, etc.) qui s'avérait 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 quatre à huit mois (selon les cas). 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

⁴ Globalmed (2014-2019), « 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 Baxterres et a reçu un financement de l'European Research Council dans le cadre du 7^e programme cadre de l'Union européenne (FP7/2007-2013) / ERC grant agreement n° 337372. Il a obtenu des autorisations éthiques au Bénin (CER ISBA), au Ghana (GHS ERC), au Cambodge (NECHR) et en France (CCDE IRD).

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 santé mentionnés par les familles lors des entretiens. Les données ont été analysées manuellement par tri thématique.

UNE HISTOIRE DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME PLEINE DE REBONDISSEMENTS

En 1955, un programme international d'éradication du paludisme est lancé par l'OMS, constituant le fer de lance de cette organisation à ses débuts. Il est principalement basé sur l'utilisation à grande échelle par aspersions et pulvérisations massives d'un insecticide très prometteur, le DDT⁵ (Brown *et al.*, 2006 ; Cueto, 2013 ; Trigg & Kondrachine, 1998). Mais ce programme d'éradication rencontre de nombreuses difficultés sur le terrain (coût des opérations très élevé, développement de résistances à l'insecticide chez les moustiques, réticences 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 d'*éradication*⁶, il ne porte pas 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 est ainsi abandonnée à la fin des années 1960 et il est alors plutôt question de *contrôle de l'endémie*, c'est-à-dire de limitation de la morbidité et de 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 (chloroquine, sulfadoxine-pyriméthamine ou SP, méfloquine), la situation s'est détériorée, à tel point qu'au début des années

⁵ Dichlorodiphényltrichloroéthane, organochloré dont les propriétés insecticides et acaricides ont été découvertes à la fin des années 1930.

⁶ 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 ». Voir : <http://www.who.int/malaria/areas/elimination/overview/fr/>, consulté le 5 décembre 2018.

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 subsaharienne (Trigg & Kondrachine, 1998).

À partir du milieu 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 est 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 est créé le Roll Back Malaria (RBM) dont il a déjà été question, et en 1999 apparaît Medicines 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 de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme 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 sont disponibles : les Combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA) (Cueto, 2013 ; Le Marcis *et al.*, 2013)⁷. Entre 1997 et 2002, les dépenses internationales dans la lutte contre le paludisme passent de 67 à 130 millions de dollars US, puis à 1,5 milliard de dollars US en 2007 après le lancement de l'investissement du Fonds mondial (Cueto, 2013).

C'est dans ce contexte que les velléités non plus d'*éradication* comme dans les années 1950-1960 mais d'*élimination* du paludisme reviennent peu à peu sur le devant de la scène, 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

⁷ La recommandation par l'OMS d'utiliser contre le paludisme ces médicaments, issus d'une plante (*l'Artemisia annua*) employée de manière ancestrale en Chine, 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 2006 à l'Afrique, continent le plus touché par la maladie (Balkan & Corty, 2009). Avant cela, dès 2004, le Fonds mondial s'était mis à promouvoir l'utilisation des CTA sur ce continent.

donnée. Pour un pays, l'élimination de la maladie est le but ultime de la lutte antipaludique.

(OMS, 2018)⁸

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 tuberculose⁹. Elle entend pour 2015 « avoir maîtrisé le paludisme et commencé à inverser la tendance actuelle ». On est encore ici dans le champ sémantique du *contrôle*. La déclaration avait été précédée en avril 2015 à Abuja par le Sommet africain pour faire reculer le paludisme, au cours duquel les chefs d'État 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 en matière de mortalité et de morbidité depuis le début des années 2000, et malgré certaines critiques (sur lesquelles nous reviendrons dans la partie suivante), la communauté internationale investie dans la *santé globale* déclare début 2016, à travers les Objectifs de développement durable (ODD), viser 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 2030¹⁰.

Nous allons voir à présent comment ces changements de politiques sanitaires se sont traduits ces dernières années au Bénin, à travers les activités du Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP).

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 n° 6 concernant le paludisme ainsi que ceux de la déclaration d'Abuja¹¹. Pour cela, les autorités sanitaires élaborent depuis 2001 des plans stratégiques quinquennaux, qui constituent le cadre de référence pour tous les acteurs et partenaires impliqués dans la lutte contre le paludisme. Le principal objectif est de réduire d'ici 2015 de 75 % le

⁸ Source : <http://www.who.int/malaria/areas/elimination/overview/fr/> (consulté le 5 décembre 2018).

⁹ Source : http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/fr/ (consulté le 5 décembre 2018).

¹⁰ Source : <https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/2015/11/24/le-paludisme-doit-etre-elimine-dici-a-2030/> (consulté le 3 janvier 2019).

¹¹ 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 le 5 décembre 2018).

nombre de cas de paludisme rapportés par les structures sanitaires publiques par rapport à ceux déclarés en 2000, et de maintenir ce taux jusqu'en 2018 (PNLP & ministère de la Santé, 2014).

Les stratégies de lutte affichées sont basées sur le renforcement de méthodes de prévention multiples d'une part et sur l'amélioration de l'accès précoce et correct au diagnostic et au traitement du paludisme d'autre part, au travers des actions suivantes :

- accès universel aux Moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MIILD). Il y a eu deux distributions massives de moustiquaires à l'échelle de l'ensemble du pays, en 2011 et en 2014, avec plus de six 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 des 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 PNLP y est dédié. Dans ce cadre, plusieurs activités de formation sont menées en direction des élus locaux et des leaders d'opinion pour le suivi et l'évaluation des différentes stratégies. Des séances de sensibilisation sont conduites dans les établissements scolaires et les entreprises. Des activités de *mobilisation sociale* ont lieu au niveau *communautaire*, notamment à travers la célébration de la Journée mondiale de lutte contre le paludisme, qui a lieu depuis 2007 le 25 avril de chaque année. En ce qui concerne ses Partenaires techniques et financiers (PTF), le PNLP a bénéficié à travers son plan stratégique quinquennal 2011-2015, du soutien du Fonds mondial, de la Banque mondiale, de la PMI, de l'UNICEF, de la Fondation Bill & Melinda Gates, de l'OMS et de l'État béninois. Le montant de leur appui a représenté environ 182 millions d'euros.

Malgré ces différentes activités, le rapport 2014 du PNLP souligne que le Bénin a des difficultés à atteindre les objectifs fixés initialement. 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 cinq ans souffrant de paludisme reçus en consultation externe ont été traités avec les CTA. Ainsi, plutôt qu'une amélioration, on constate 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 cinq 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 l'absence de 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, et la faible disponibilité des données du secteur privé (PNLP & ministère de la Santé, 2014).

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 pays¹². Ainsi, les personnels du PNLP ont dû dans un premier temps tenter de comprendre la faible appropriation des stratégies par les populations. Ils ont constaté notamment que les moustiquaires étaient appréciées diversement 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 CTA), ainsi que la mise en oeuvre de la gratuité pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans, ont largement compliqué le travail de communication. Enfin, la mise en place de la lutte, qui devait en milieu rural s'appuyer sur le travail volontaire de *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 inapplicable en pratique, a été nécessaire.

Ainsi au Bénin, comme dans d'autres pays (Amzat, 2011), malgré les nombreuses actions menées, les OMD n'ont pas été atteints en 2015. Les difficultés, probables, avaient été pressenties plusieurs années auparavant. Le Secrétariat général des Nations unies avait décidé, en 2007, de mettre en place un groupe de réflexion sur le retard pris dans les pays. En 2015, l'OMS estimait encore à 214 millions le nombre de cas d'infections palustres dans le monde et à 472 000 le nombre de décès, pour la plupart des enfants africains âgés de moins de cinq ans¹³. 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 inéquitables dans la plupart des pays du Sud. Nombre d'entre eux souffrent d'un grave manque de personnel qualifié (ENDA

¹² Entretien conduit dans le cadre du programme Globalmed par Jessica Pourraz, doctorante Globalmed (Cotonou, décembre 2014).

¹³ Source : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs094/fr/> (consulté le 5 décembre 2018).

Tiers Monde, 2011). Les actions phares qui ont mobilisé 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 essentiellement par des objets et des techniques. À ce sujet, Cueto (2013) signale à propos 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.

(Cueto, 2013 : 44)

Ceci rappelle, selon cet auteur, les stratégies de l'époque antérieure, notamment celles basées sur le DDT.

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-élimination*¹⁴, 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 ce que ces politiques de lutte ont produit sur les perceptions et pratiques des individus au Bénin.

DES DISCOURS QUI CHANGENT MAIS DES PRATIQUES TOUJOURS CONTRAINTES

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 Sénégal de *sibidu* et de *sumaan ndiig*, au Bénin d'*atikessi* et de *hwevó* et au Burkina Faso de *koom*, de *weogo* et de *sagba*, et dans ces différents pays également de *palu* (Baxterres, 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 proches.

¹⁴ 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 pour la lecture en microscopie de tous les patients fébriles soupçonnés d'être des cas de paludisme 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.

Au Bénin, une étude 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 dans les perceptions profanes à des troubles qui recouvrent, pour une bonne partie d'entre eux, les premiers symptômes du paludisme décrits par les médecins (fièvre, courbatures, maux de tête, frissons). Ces troubles définis de manière émique recoupent aussi 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, mauvaise forme, urines foncées). Enfin ils peuvent inclure d'autres troubles que les médecins n'évoquent pas en cas de paludisme (toux, gêne respiratoire, encombrement nasal, maux des yeux, confusion, manque de dynamisme). Un seul des signes qui viennent d'être évoqués pouvait être, à lui seul, une expression du *palu* (Baxterres, 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 avions alors montré que les attributs de l'entité biomédicale *paludisme* influençaient 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 valeur étiologique paraissait avoir été véhiculée en partie par les savoirs biomédicaux en matière non seulement de paludisme mais aussi, 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 s'étonnaient par exemple 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, des changements significatifs apparaissent à Cotonou et dans le département du Mono en une dizaine d'années, par rapport à l'étude précédente, 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 tendent à le rapprocher de l'entité biomédicale paludisme. Ceci est surtout perceptible à Cotonou, où le terme *palu* désigne à

présent quasi exclusivement des maux de tête, de la fièvre, des vomissements, des maux de corps, des frissons (avoir froid), la perte d'appétit et la couleur jaune des yeux et de l'urine¹⁵. 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 ça qui donne le palu. Hwevó, il semble que ce sont les tracasseries. Les tracasseries, être en train de faire des allers-retours 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 pé dah) et du *hwecivoè* (en langue sahouè), qui signifient tous deux « soleil », du *tanvio* qui veut dire « bouche » ou « salive amère » en langue pé dah, et d'*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, brûlant, argent » en langue fon, fréquemment traduite 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.

¹⁵ En cas de paludisme, l'éclatement des globules rouges parasités libère des pigments qui colorent les urines et les conjonctives.

Hwecivio asì¹⁶ là, c'est ce qui fait sortir zozò et dont nous avons parlé. Hwecivio asú là, fait qu'on a les yeux jaunes, 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.

(Émile, 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.

(Ambroisine, mère de famille « démunie », Cotonou, février 2015)

La quasi-totalité des personnes interrogées dans le Mono ainsi que six mères de famille cotonaises 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 passer 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 liés au *palu* apparaissent très fortement influencés par les professionnels de santé et les actions de sensibilisation réalisées par le PNLP. Cela transparaît 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 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.

(Benoïte, mère de famille « intermédiaire », département du Mono, octobre 2014)

¹⁶ La gravité est ici associée au caractère masculin, *asì* voulant dire « épouse, femelle » et *asú* « époux, mari, mâle ».

À ce sujet, nous avons appris au cours de notre étude que, au début des années 2000, le PNLP a tenté d'influer les perceptions des populations en matière de paludisme en créant une nouvelle entité, *zànsúkpézòn* — littéralement « nuit » (*zàn*), « mouche » (*súkpé*), « maladie » (*zòn*), autrement dit « la maladie du moustique » —, à laquelle ses agents se référaient durant les sensibilisations qu'ils réalisaient¹⁷. Bien que cette entité linguistique 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 dans le sud du Bénin à travers certains entretiens réalisés avec des soignants et des enseignants¹⁸, 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 pas avoir réellement changé. Une exception à ce constat, que nous étayerons ensuite, peut être décrite 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 tisanes¹⁹ mais aussi de médicaments pharmaceutiques, à travers notamment le fameux couple *chloro-para* (chloroquine-paracétamol) 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 enquêté (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*²⁰ 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.

¹⁷ Source : entretien mentionné précédemment avec un agent du PNLP.

¹⁸ 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 (2018) de 2011 à 2013 (communication personnelle).

¹⁹ 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.

²⁰ Terme générique en langue fon qui désigne globalement les médecins, infirmiers, professionnels de la santé et, par extension, toute personne portant une blouse blanche.

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 socio-économique, 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 antipyrrétiques (le paracétamol est très consommé), des antihelminthiques, des anti-inflammatoires et même quelquefois des antibiotiques. La chloroquine n'est 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 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 pas réellement changé. Dans les deux contextes d'étude et quel que soit le statut socio-économique 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 fréquemment 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 & Nyato, 2010 ; Kangwana *et al.*, 2011 ; ACTwatch²¹), qu'en cas de

²¹ ACTwatch menait jusqu'à récemment des études majoritairement quantitatives sur la distribution et la consommation des CTA dans dix pays où le paludisme est endémique, dont le Bénin : www.actwatch.info (consulté le 5 décembre 2018).

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 CFA, soit 20 à 90 centimes d'euros par traitement, en fonction des dosages) mises à disposition *via* le PNLP et ses PTF ne sont disponibles que dans les centres de santé publics, à la suite d'une consultation biomédicale. En pharmacie, les CTA proposées à travers une cinquantaine de marques sont plus onéreuses (de 900 à 5 700 francs CFA, soit 1,4 à 8,5 euros). Les CTA subventionnées dans les pays anglophones proches du Bénin, tels le Nigeria et le Ghana (Baxterres *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 achetées²². 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 cinq des quinze familles interrogées).

Lorsque, 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 en premier lieu publique (centres de santé de commune, d'arrondissement, hôpital de zone) et les individus se voient généralement proposer des CTA en cas de paludisme simple²³. Mais quelques centres de santé privés et confessionnels sont également implantés. À Cotonou, ceux-ci 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 (Baxterres, 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 fait du caractère lucratif des techniques biomédicales très populaires que

²² Nous discuterons plus amplement sur cette question de la distribution pharmaceutique et des défis auxquels fait face aujourd'hui le système pharmaceutique des pays francophones d'Afrique de l'Ouest, dans des publications ultérieures issues du programme Globalmed. Voir d'ores et déjà à ce sujet : Mahamé et Baxterres (2015).

²³ D'après nos études, le fait que le traitement du paludisme soit gratuit pour les enfants de moins de cinq 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.

nous venons d'évoquer, même des soignants ont 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 Nigeria, le Bénin et le Togo n'ont pas les mêmes palu. Au Togo, c'est le (Plasmodium) malariae, au Bénin le falciparum et au Nigeria 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 artéméthér 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.

RETOUR À LA CASE DÉPART ?

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 subsaharienne ? 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 ; Olivier de Sardan *et al.*, 2017). Elles recréent des programmes verticaux de contrôle de maladies spécifiques et rejettent les approches horizontales plus larges (Cueto, 2013).

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 exclue, comme dans les années 1950 ?

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ALMEIDA C., EBOKO F., MOATTI J.-P., 2013. « Editorial (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, 42-51
- BALKAN S., CORTY J.-F., 2009. « Paludisme : les résistances traitées par une médiation Sud-Sud ». In : J.-H. BRADOL, C. VIDAL (dir.), *Innovations médicales en situations humanitaires. Le travail de Médecins Sans Frontières*, Paris, L'Harmattan, p. 135-154
- 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 ». In : M. BADJI, A. DESCLAUX (dir.), *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, 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, 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, 62-72
- CUETO M., 2013. « A Return to the Magic Bullet? ». In : J.G. BIEHL, A. PETRYNA (dir.), *When People Come First*, STU-Student edition, Princeton University Press, 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.
- EGROT M., BAXERRES C., HOUNGNIHIN R., 2018, « Quand les moustiquaires poussent l'anthropologie à repenser l'innovation et l'acceptabilité dans le champ de la santé ». In : C. HAXAIRE, B. MOUTAUD, C. FARNARIER (dir.), *L'innovation en santé. Technologies, organisations, changements*, Presses universitaires de Rennes, Rennes, p. 23-40
- ENDA TIERS MONDE, 2011. *Rapport annuel 2010, OMD + 10. Quel bilan ?*, secrétariat exécutif, 84 p.
- FASSIN D., 2012. « That obscure object of global health ». In : M.C. Inhorn, E.A. Wentzell (dir.), *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, 91-112

- HÉMADOU 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, 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 », *PLoS Medicine*, 8, 5
- KOPLAN J.P., BOND T.C., MERSON M.H., REDDY K.S., RODRIGUEZ M.H., SEWANKAMBO N.K., WASSERHET J.N., 2009. « Towards a common definition of global health », *The Lancet*, 373, 9679, 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*, Cotonou, Éditions Ablodè.
- LASCOUMES P., LE GALÈS P., 2004. « L'action publique saisie par les instruments ». In : P. LASCOUMES, P. LE GALÈS (dir.), *Gouverner par les instruments*, Paris, Presses de Sciences Po.
- 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, 1-19
- MAHAMÉ S., BAXERRES C., 2015. « Distribution grossiste du médicament en Afrique : fonctionnement, commerce et automédication. Regards croisés Bénin-Ghana », *Actes des rencontres francophones Nord/Sud de l'automédication et de ses déterminants*, Cotonou, IRD, UAC, UN.
- NGUYEN V.-K., 2012, « Anthropology and Global Health ». In : T. SCHRECKER (ed.), *Globalization of Health*, Ashgate Publishing, Farnham, p. 79-96
- NGUYEN V.-K., 2015. « La santé mondiale et l'éradication du sida ». In : M. WIEVIORKA, L. LÉVI-STRAUSS, G. LIEPPE (dir.), *Penser global : Internationalisation et globalisation des sciences humaines et sociales*, Paris, Éditions de la Maison des sciences de l'homme, 211-217, en ligne.
- OLIVIER DE SARDAN J.-P., DIARRA A., MOHA M., 2017. « Travelling models and the challenge of pragmatic contexts and practical norms: the case of maternal health », *Health Research Policy and Systems*, 15, suppl. 1, 71-138
- PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME (PNLP), MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 2014. *Rapport annuel PNLP 2014*, Cotonou.
- TRIGG P.I., KONDACHINE A.V., 1998. « Commentary: malaria control in the 1990s », *Bulletin of the World Health Organization*, 76, 1, 11-16
- VILHÉM 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, université de Bordeaux.

Baxterres Carine, Anago E., Hémadou A.,
Kpatchavi A., Le Hesran Jean-Yves.

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

In Desclaux Alice (ed.), Diarra A. (ed.),
Musso S. (ed.). Guérir en Afrique :
promesses et transformations.

Paris (FRA) : L'Harmattan, 2021, 275-293.
(Anthropologies et Médecines). ISBN 978-
2-343-22048-2