



HAL
open science

Paludisme du retour : une anthropologie du risque palustre chez les voyageurs migrants originaires d'Afrique subsaharienne de Bordeaux

Césarine Sambou

► **To cite this version:**

Césarine Sambou. Paludisme du retour : une anthropologie du risque palustre chez les voyageurs migrants originaires d'Afrique subsaharienne de Bordeaux. Sociologie. Université de Bordeaux, 2018. Français. NNT : 2018BORD0215 . tel-02388499

HAL Id: tel-02388499

<https://theses.hal.science/tel-02388499>

Submitted on 2 Dec 2019

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

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

THÈSE PRÉSENTÉE
POUR OBTENIR LE GRADE DE

**DOCTEUR DE
L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX**

École doctorale Sociétés, Politiques, Santé Publique
Spécialité Anthropologie Sociale- Ethnologie

Par **Césarine SAMBOU**

**PALUDISME DU RETOUR. UNE ANTHROPOLOGIE DU RISQUE
PALUSTRE CHEZ LES VOYAGEURS MIGRANTS ORIGINAIRES
D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE DE BORDEAUX**

Sous la direction de **Marc-Éric GRUÉNAIS**

Soutenue le 20 novembre 2018

Membres du jury :

Marc-Éric GRUÉNAIS, Professeur- Université de Bordeaux, *directeur de thèse*
Daniel BLEY, Anthropologue Biologiste- DR CNRS, *rapporteur et président du jury*
Dominique PÉCAUD, Professeur- Université de Nantes, *rapporteur*
Laurence KOTOBI, Maître de conférences HDR- Université de Bordeaux, *examinatrice*

Unité de recherche
UMR 5115 CNRS-Les Afriques dans le Monde (LAM)
Institut d'Études Politiques de Bordeaux
11 allée Ausone- Domaine universitaire
33607 Pessac Cedex



Titre :

Le paludisme du retour. Une anthropologie du risque palustre chez les voyageurs migrants originaires d'Afrique subsaharienne de Bordeaux.

Résumé :

La France est le pays industrialisé le plus touché par le paludisme d'importation avec environ 4735 de cas importés et répertoriés en 2016. Les voyageurs migrants, originaires des pays où sévit le paludisme et résidant en France, représentent 82,2 % des cas d'infections palustres. Cette thèse cherche principalement à analyser la question du recours à la prévention du risque palustre auprès des voyageurs migrants originaires des pays d'Afrique Subsaharienne de Bordeaux. À partir d'observations directes et d'entretiens individuels avec différents acteurs, cette recherche montre une hétérogénéité des situations d'exposition au risque palustre lors du retour temporaire au pays d'origine. Ce risque dépend des situations expérientielles, et socio-économiques, ainsi que des charges qu'il est supposé y assumer. Lorsque ces charges sont importantes, le voyageur migrant a tendance à hiérarchiser les risques, avec une non-priorisation du palustre au profit du risque de « *toubabisation* », socialement moins accepté. La non-priorisation du risque de paludisme est accentuée par une perception banalisante, ordinaire et quotidienne du paludisme en contexte de migration et par le non-remboursement de la chimioprophylaxie par la Caisse Nationale Assurance Maladie. Ce travail montre que le non recours à la chimioprophylaxie est influencé par l'absence d'expérience du paludisme en France et de paludisme grave dans le pays d'origine. Souvent, il faut que l'expérience de cette maladie soit vécue et perçue dans le pays d'accueil pour qu'elle induise un changement de perception et donc, un recours futur à la prévention. Sur le plan thérapeutique, cette thèse met en évidence des retards de diagnostic du paludisme en médecine générale. Ces retards sont causés par l'absence d'association de la « fièvre du retour » et des symptômes associés à un accès palustre, et par son « exotisme » en France. À ce titre, cette recherche apporte une contribution aux réflexions dans les champs de l'anthropologie de la santé et de l'anthropologie du risque lié au voyage avec comme exemple les voyageurs migrants exposés au risque palustre.

Mots-clés : Risque – paludisme – prévention – retour temporaire – voyageurs migrants – fièvre du retour - Afrique Subsaharienne – Bordeaux

Title:

Malaria of return. An anthropology of malaria risk among migrant travelers from sub-Saharan Africa in Bordeaux.

Summary:

France is the industrialized country most assigned by import malaria with around 4735 imported and registered cases in 2016. Migrant travelers from malaria-affected countries residing in France account for 82.2% of all malaria cases. malaria infections. This thesis mainly seeks to analyze the issue of the use of malaria risk prevention among migrant travelers from sub-Saharan African countries in Bordeaux. Based on direct observations and individual interviews with different actors, this research shows the heterogeneity of situations of exposure to malaria risk during temporary return to the country of origin. This risk depends on the experiential and socio-economic situations, as well as the burdens it is supposed to assume. When these burdens are significant, the migrant traveler tends to prioritize the risks, with a non-prioritization of malaria control in favor of the risk of “toubabisation”, socially less accepted. The non-prioritization of the risk of malaria is accentuated by a banal, ordinary and daily perception of malaria in the context of migration and by the non-reimbursement of chemoprophylaxis by the National Health Insurance Fund. This work shows that the non-use of chemoprophylaxis is influenced by the lack of experience of malaria in France and severe malaria in the country of origin. Often, the experience of this disease must be experienced and perceived in the host country to induce a change of perception and therefore a future use of prevention. Therapeutically, this thesis highlights delayed diagnosis of malaria in general practice. These delays are caused by the lack of association of the “return fever” and symptoms associated with malaria, and by its “exoticism” in France. As such, this research contributes to reflections in the fields of anthropology of health and anthropology of travel risk, with the example of migrant travelers exposed to malaria risk.

Keywords: Risk - malaria - prevention - temporary return - migrant travelers – Fever of return- Sub-Saharan Africa – Bordeaux

DÉDICACE

À ma mère pour tout.... Cette thèse lui est dédiée.

REMERCIEMENTS

Cette thèse aurait difficilement vu le jour sans l'aide de plusieurs personnes. Je ne peux les citer toutes.

Je tiens tout d'abord à témoigner ma gratitude et ma reconnaissance à mon directeur de thèse le professeur Marc-Éric Gruénais pour avoir rendu possible ce travail grâce à ses conseils, ses critiques, sa patience, sa compréhension et sa réactivité. Il a su jouer son rôle de directeur et au-delà en me soutenant à chaque instant. Son apport a été inestimable dans la réalisation de ce travail. À lui, je dis « merci pour cet appui et pour cette confiance ».

Je remercie tous les chercheurs qui ont participé de diverses manières à l'éclosion de cette thèse. Il s'agit en premier lieu de Daniel Bley, de Frédéric Le Marcis et de Denis Malvy pour avoir suivi l'évolution de ce travail en tant que membres de mon comité de thèse. Je n'oublie pas leurs précieux conseils dans le comité de suivi de la thèse. Je remercie ensuite les membres du jury Daniel Bley, Dominique Pécaud et Laurence Kotobi d'avoir accepté de participer au jury de la soutenance. Enfin, aux chercheurs Sylvain Landry Faye, Béatrice Jacques et Annick Tijou-Traoré pour m'avoir guidée, motivée et soutenue par des orientations et des critiques qui m'ont aidé à structurer ma réflexion. Une mention spéciale à Ramatou Ouédraogo, qui en plus de m'avoir « coachée » scientifiquement, a su m'épauler et me « mater » durant certains passages à vide.

Je souhaite remercier toutes celles et ceux sans lesquels le travail de « terrain » n'aurait pas été possible. Je pense à l'équipe médical de Santé-Voyage et du service des maladies tropicales du CHU de Bordeaux. C'est l'occasion pour moi de dire un grand merci à Matthieu Mechain, à Thierry Pistone, à Catherine Receveur et à Alexandre Duvignaud. Je remercie également toutes les personnes qui ont accepté de participer à cette recherche.

J'ai pu bénéficier de l'appui technique, administratif et financier du LAM, de l'école doctorale SP2 et du secrétariat du département d'anthropologie de l'université de Bordeaux. Merci aux représentants de ces structures. Il s'agit notamment de Céline Thiriot, de Ghislaine Laflaquière, d'Aline Costet et d'Isabelle Gobatto et de Dorothee Ben Raal.

Je voudrais aussi dire merci à mes collègues et amis docteurs et doctorants George Rouamba, Ana Carla Rocha de Oliveira, Clara Lemonnier, à Aurélia Desplain, à Zakia

Frappin et à Alizéta Ouédraogo pour leur soutien sans faille. Un merci particulier à Marie Schnitzler, à Alexandra Clavé-Mercier et à Madeleine Gomba pour leur relecture.

Je remercie enfin très chaleureusement mes ami (e)s qui m'ont accompagné, de près ou de loin, dans cette aventure : Fatoumata Binta Samb, Célestin Kabatou, Marilyne Bina, Aziz Perier, Seynabou Ndong, Sadani Gazi, Mame Abdoulaye Sall, Aboubacar Sidiki Konaté, Milia Salomon. Merci pour votre soutien, vos encouragements, votre patience, votre compréhension, bref votre amitié qui m'a rendu plus forte et m'a permis d'avancer.

Pour terminer ma gratitude va à toute ma famille, qui m'a soutenu tout au long de ce travail en me prodiguant le réconfort et l'amour. A ma mère, à mon père, je transmets mes remerciements pour leur patience devant des « études interminables », que le seigneur le tout puissant fasse que je puisse toujours bénéficier de vos bénédictions et conseils. Ma reconnaissance va également à ma tante Jaonna Diatta Roupy, à son époux Pierre Roupy qui ont toujours su m'accompagner financièrement, ainsi qu'à mes sœurs Tatiana et Corine et à mes cousines Coumba Mballo, Désiré Sagna et Oumy Diop pour leur soutien.

À la famille Lenne, je dis toute ma gratitude et ma chance de vous avoir dans ma vie. Puissent Pierre André Lenne, Ramatou Ouédraogou-Lenne et leur fils Yanis Lenne, recevoir toute ma reconnaissance et mes remerciements. Merci et encore merci pour votre soutien inestimable, ô combien important pour surmonter les difficultés.

SOMMAIRE

DÉDICACE.....	<u>5</u>
REMERCIEMENTS	<u>6</u>
SOMMAIRE	<u>8</u>
SIGLES ET ABREVIATIONS	<u>11</u>
LISTES DES FIGURES.....	<u>13</u>
LISTES DES TABLEAUX.....	<u>13</u>
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	<u>14</u>
ANTHROPOLOGIE DES RISQUES LIÉS À LA MIGRATION ET AUX VOYAGES	<u>19</u>
SITUATION DU PALUDISME EN FRANCE	<u>35</u>
PROBLÉMATISATION DE LA RECHERCHE	<u>50</u>
CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL	<u>58</u>
STRUCTURATION DE LA THÈSE.....	<u>69</u>
CHAPITRE 1 : Méthodologie et présentation du contexte de l'étude.....	<u>71</u>
Introduction	<u>71</u>
1.1. INTÉGRATION DE L'ANTHROPOLOGUE AU SEIN D'UNE STRUCTURE SANITAIRE : SANTÉ- VOYAGE ET LE SMIT.....	<u>72</u>
1.2. STRATÉGIES D'ENQUÊTE À L'EXTÉRIEUR DES STRUCTURES HOSPITALIÈRES	<u>75</u>
1.3. MÉTHODES ET TECHNIQUES MOBILISÉES	<u>80</u>
1.4. PRÉSENTATION DES ENQUÊTÉS	<u>83</u>
Conclusion.....	<u>87</u>
CHAPITRE 2 : Situations lors du retour temporaire au pays d'origine.....	<u>89</u>
Introduction	<u>89</u>
2.1. LA MIGRATION ASSOCIÉE À LA RÉUSSITE	<u>90</u>
2.2. LES ATTENTES DE LA FAMILLE NON-MIGRANTE	<u>93</u>
2.3. LA NÉCESSITÉ DE SE PRÉPARER POUR AVOIR LES MOYENS DE FAIRE FACE AUX DEMANDES.....	<u>99</u>
2.4. L'AMBIVALENCE AUTOUR DE LA « TOUBABISATION »	<u>101</u>
2.5. LA PLACE DE LA SANTÉ DANS LES INTERACTIONS AVEC LA FAMILLE	<u>108</u>
2.6. PLACE DES PRÉOCCUPATIONS DE SANTÉ LORS DU RETOUR TEMPORAIRE	<u>110</u>
2.7. DES STRATÉGIES D'ÉVITEMENT DU RISQUE PALUSTRE : SAISONNALITÉ ET RÉSIDENCE <u>121</u>	
Conclusion.....	<u>126</u>
CHAPITRE 3 : Voyageurs migrants face à la prévention du risque palustre : connaissances, perceptions et recours.....	<u>127</u>
Introduction	<u>127</u>
3.1. Construits sociaux autour du risque palustre et/ou du paludisme	<u>128</u>
3.1.1. CONNAISSANCES GÉNÉRALES SUR LE PALUDISME	<u>129</u>
3.1.2. LES CONNAISSANCES SUR L'ÉTIOLOGIE DU PALUDISME	<u>140</u>
3.1.3. CRISTALLISATION DES REPRÉSENTATIONS SOCIALES DU PALUDISME EN CONTEXTE DE MIGRATION	<u>145</u>

3.2. Les perceptions du risque palustre	<u>147</u>
3.2.1. BANALISATION ET/OU MINIMISATION DU RISQUE PALUSTRE	<u>147</u>
3.2.2. LA QUOTIDIENNETÉ DU RISQUE PALUSTRE	<u>152</u>
3.2.3. LA PERCEPTION FATALISTE DU RISQUE PALUSTRE.....	<u>154</u>
3.3. Conceptions de la prévention du risque de paludisme	<u>155</u>
3.4. Les barrières à l'utilisation de la chimioprophylaxie : le frein économique et le rapport différencié au médicament	<u>158</u>
3.4.1. LE FACTEUR ÉCONOMIQUE.....	<u>158</u>
3.4.2. LE RAPPORT AU MÉDICAMENT	<u>165</u>
3.5. Les limites des stratégies préventives	<u>169</u>
Conclusion.....	<u>175</u>
CHAPITRE 4 : L'expérience du paludisme grave comme événement significatif dans le recours à la prévention du risque palustre	<u>177</u>
Introduction	<u>177</u>
4.1. Les expériences du paludisme.....	<u>177</u>
4.1.1. L'EXPÉRIENCE INDIVIDUELLE ET CORPORELLE	<u>178</u>
4.1.2. L'EXPÉRIENCE À TRAVERS LES AUTRES.....	<u>178</u>
4.2. Les temporalités de l'expérience vécue et perçue du paludisme	<u>179</u>
4.2.1. ÉVALUER, DÉFINIR ET APPRÉCIER LA GRAVITÉ DU PALUDISME	<u>180</u>
4.2.2. L'EXPÉRIENCE PASSÉE DU PALUDISME.....	<u>181</u>
4.2.3. EXPÉRIENCE DU PALUDISME EN FRANCE.....	<u>198</u>
4.3. Des comportements ambivalents.....	<u>202</u>
4.3.1. L'EXPÉRIENCE COMME MOTEUR DE CHANGEMENT DE COMPORTEMENTS PRÉVENTIFS	<u>202</u>
4.4. Quand l'expérience des parents fait de la prévention du risque de paludisme pédiatrique une priorité	<u>208</u>
4.4.1. LORSQUE LE FAIT D'ÊTRE PARENT ENCOURAGE LE RECOURS À LA PRÉVENTION DU PALUDISME	<u>209</u>
4.4.2. LES PARENTS ACCEPTENT PLUS FACILEMENT D'ACHETER LA CHIMIOPROPHYLAXIE QUE POUR LEURS ENFANTS.....	<u>211</u>
4.4.3. FAMILLE MIXTE ET RECOURS À LA PRÉVENTION.....	<u>216</u>
Conclusion.....	<u>219</u>
CHAPITRE 5 : Acteurs de santé : rôle et mobilisation dans la prévention et la prise en charge du paludisme	<u>220</u>
Introduction	<u>220</u>
5.1. Rôle et place du médecin généraliste dans le système de soin.....	<u>221</u>
5.2. Médecine générale dans la prévention et la prise en charge du paludisme.....	<u>225</u>
5.2.1. LES DIFFICULTÉS DU MÉDECIN TRAITANT DANS LA PRÉVENTION DU PALUDISME D'IMPORTATION.....	<u>225</u>
5.2.2. PARCOURS DE PRISE EN CHARGE EN CAS D'IMPORTATION DU PALUDISME	<u>231</u>
5.2.3. QUELQUES FACTEURS EXPLICATIFS	<u>243</u>

5.3. Le retard de diagnostic et thérapeutique	<u>254</u>
5.3.1. LORSQUE LA CONSULTATION INITIALE EN MÉDECINE GÉNÉRALE APPARAÎT COMME UN DES FACTEURS RALENTISSANT LA PRISE EN CHARGE.....	<u>254</u>
5.3.2. L’AUTOMÉDICATION COMME FACTEUR QUI RETARDE LE DIAGNOSTIC ET LA PRISE EN CHARGE	<u>258</u>
5.4. Le Pharmacien d’officine : quelle place dans la lutte contre le paludisme d’importation ?	<u>261</u>
5.4.1. LE CONSEIL AUX VOYAGEURS SUR LES MALADIES TROPICALES N’EST PAS UNE ACTIVITÉ QUOTIDIENNE.....	<u>264</u>
5.4.2. CONSEIL ET INFORMATION ASSOCIÉS À L’ORDONNANCE.....	<u>264</u>
5.4.3. QUAND LE PHARMACIEN D’OFFICINE CONSEILLE SPONTANÉMENT D’AUTRES PRODUITS COMPLÉMENTAIRES	<u>266</u>
5.4.4. SUBSTITUTION DE PRODUITS PRESCRITS PAR LE MÉDECIN	<u>268</u>
Conclusion.....	<u>272</u>
CONCLUSION GÉNÉRALE	<u>274</u>
ARBITRER ENTRE RISQUES IDENTITAIRE ET PALUSTRE.....	<u>274</u>
LA MÉDICALISATION DE LA PRÉVENTION EN QUESTION ?.....	<u>276</u>
LE PALUDISME : UNE MALADIE DIFFICILE À DIAGNOSTIQUER EN MÉDECINE DE VILLE.....	<u>277</u>
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	<u>280</u>
Annexe 1 : Présentation du quartier Saïge	<u>316</u>
Annexe 2 : Description des enquêtés	<u>318</u>
Annexe 3 : Fiche d’informations voyageurs à Santé-Voyage sur le paludisme.....	<u>324</u>
Annexe 4 : Questionnaire Santé-Voyage destiné aux voyageurs.....	<u>325</u>
TABLES DES MATIÈRES	<u>329</u>

SIGLES ET ABREVIATIONS

- ABESS** : Association Bordelaise des Étudiants et Stagiaires Sénégalais
- AESF** : Association des Étudiants Sénégalais en France
- ANSM** : Agence National de Sécurité des Médicaments et des produits de santé
- ARS** : Agence Régionale de Santé
- ASTI** : Associations de Solidarité avec les Travailleurs Immigrés
- CDC** : Centers for Disease Control and Prevention
- CEC** : Commission Européenne de la Consommation
- CHU** : Centre Hospitalier Universitaire
- CIRE** : Cellule d'Intervention en Région
- CMVI** : Comité des Maladies liées aux Voyages et des maladies d'Importation
- CNAM** : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
- CNRCP** : Centre National de Référence de la Chimiosensibilité du Paludisme.
- CNREPIA** : Centre National de Référence et d'Épidémiologie du Paludisme d'Importation et Autochtone
- CNRP** : Centre National de Référence du Paludisme
- CPP** : Comité de Protection des Personnes
- CROUS** : Centre Régionale des Œuvres Universitaires
- CTA** : Combinaison Thérapeutique d'Artémisinine
- CUB** : Communauté Urbaine de Bordeaux
- DASS** : Direction des Affaires Sociales et Sanitaires
- DDT** : Dichlorodiphényltrichloréthane
- DMP** : Dossier Médical Personnalisé
- DPC** : Développement Professionnel Continu.
- EBM** : Evidence Based Medecine
- HAS** : Haute Autorité de Santé
- HBM** : Health Belief Model
- HCSP** : Haut Conseil de Santé Publique
- INPES** : Institut Nationale de Prévention et d'Éducation à la Santé
- INSEE** : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
- InVS** : Institut Veille Sanitaire.
- IRBA** : Institut de Recherche Biomédicale des Armées
- IRD** : Institut de Recherche pour le Développement

IST : Infection Sexuellement Transmissible

LMDE : La Mutuelle Des Étudiants

MII : Moustiquaires Imprégnées d’Insecticides

MILD : Moustiquaires Imprégnées d’insecticides à Longue Durée

MILDA : Moustiquaires Imprégnées d’insecticides à Longue Durée d’Action

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économique

OFII : Office Français de l’Immigration et de l’Intégration

OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONG : Organisation Non-Gouvernemental

ONU : Organisation des Nations Unies

PCR : Réaction en Chaîne par Polymérase

PIB : Produit Intérieur Brut

PID : Pulvérisation Intra-Domiciliaire

PNLP : Programme National de Lutte contre le Paludisme

PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement

PTME : Prévention de la Transmission Mère-Enfant

RBM : Roll Back Malaria

RCA : République Centrafricaine

RDC : République Démocratique du Congo

SAMU : Service d’Aide d’Urgence Médicale

SIDA : Le Syndrome d’Immunodéficience Acquise

SIUMPPS : Service Interuniversitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé

SIUMPS : Service Interuniversitaire de Médecine Préventive et de Santé des Étudiants

SMIT : Service des Maladies Infectieuses et Tropicales

SPILF : Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française

TDR : Test de Diagnostic Rapide

TPI : Traitement Préventif Intermittent

UE : Union Européenne

UNICEF : Fond des Nations Unies pour l’Enfance

USAID: US Agency for International Development

UTSF : Union des Travailleurs sénégalais de France

VIH: Virus de l’Immunodéficience Humaine

WONCA: World Organization of National Colleges and Academies of family doctors

LISTES DES FIGURES

Figure 1: Schéma idéal de la prévention du paludisme.....	51
Figure 3: Affichage sur la dengue et le chikungunya, photo prise à Santé-Voyage	56
Figure 2: Affichage sur la protection des moustiques pour les voyageurs à destination des Antilles françaises ; photo prise à l'aéroport de Mérignac	56
Figure 4: Conceptualisation de l'hypothèse générale	68
Figure 5 : Circuit de prévention	226
Figure 6 : Arbre décisionnel ; conduite à tenir devant une fièvre au retour de voyage en pays tropical. cf. Rault et Martinez, 2011.....	233
Figure 7 : Parcours de prise en charge en cas de « fièvre du retour »	255

LISTES DES TABLEAUX

Tableau 1: Prix des médicaments en fonction de la durée du séjour pour un adulte	158
Tableau 2 : Modalités de prise de la prophylaxie recommandée pour les séjours dans les pays du groupe 3 pour adulte.....	159
Tableau 3 : Différence de prix de la Malarone et de son générique entre les pharmacies.....	269
Tableau 4 : Principales caractéristiques sociodémographiques des voyageurs migrants.....	318
Tableau 5: Caractéristiques sociodémographiques des patients impaludés	321
Tableau 6: Caractéristiques sociodémographiques des acteurs de santé.....	322

INTRODUCTION GÉNÉRALE

En février 2013, j'obtiens un stage dans le cadre de mon master 2 à l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD) au Burkina Faso. Ce stage, effectué afin de valider le diplôme de Master 2 intitulé « Soins, Éthique et Santé¹ », avait pour objectif d'étudier la question des femmes perdues de vue dans les programmes de Prévention de la Transmission Mère-enfant (PTME) du VIH à Ouahigouya (Burkina Faso).

Le stage a débuté le 18 février et s'est terminé le 31 mars 2013. Deux semaines avant le départ, je reçois un message de la part de mon maître de stage qui indique les mesures sanitaires à prendre pour tous les travailleurs de l'IRD qui doivent se rendre au Burkina Faso. Parmi ces mesures figure la prévention contre le risque de paludisme. Le mail stipule précisément qu'il est recommandé d'être à jour au niveau vaccinal et de prendre une chimioprophylaxie contre le paludisme.

Le mercredi 6 février 2013, je contacte par téléphone l'Espace Santé Étudiants de l'université de Bordeaux (anciennement appelé le Service Interuniversitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé [SIUMPPS]) pour prendre un rendez-vous auprès d'un des médecins généralistes. Au téléphone, une secrétaire me répond et me demande l'objet de la consultation. Je lui réponds que je voulais une ordonnance pour une chimioprophylaxie contre le paludisme. Ce motif semblait être nouveau pour la secrétaire qui murmura : *« C'est rare comme motif de consultation. Je ne vois rien qui correspond à ça dans la liste déroulante. Je suis un peu embêtée parce qu'il faut que je choisisse le motif de la consultation, sinon je ne pourrais pas vous donner un rendez-vous ! »*. Les minutes passent et la secrétaire n'a toujours pas trouvé de solution. Pour l'aider à choisir - car l'attente devenait un peu longue -, je lui réexplique que je dois effectuer un stage au Burkina Faso et qu'il est recommandé de se prémunir contre le paludisme. Ainsi, je souhaite obtenir un rendez-vous auprès d'un médecin généraliste, n'importe lequel, afin qu'il me prescrive un traitement pour prévenir le risque palustre. Avec ces précisions, elle réussit à choisir un motif que j'ignore et me donne un rendez-vous pour le mercredi 13 février 2013.

¹ Ce diplôme est proposé par le département de philosophie de l'université Bordeaux Montaigne. L'objectif de cette formation est de préparer les étudiants aux métiers de la formation, de la médiation et de l'encadrement dans les domaines du soin et de la santé. Ouvert en 2005 (sous le nom de « Philosophie pratique : Vie humaine et médecine »), il s'est donné pour ambition de répondre à ces nouveaux besoins de formation par une articulation rigoureuse entre les pratiques des professions de santé et les savoirs universitaires issus des Sciences humaines et du Droit.

Le mercredi 13 février 2013, je me rends au rendez-vous à l'Espace Santé Étudiants de Bordeaux. Au cours de la consultation, le médecin généraliste me demande les raisons de ma visite. Je l'informe que je dois partir au Burkina Faso pour mon stage de Master 2 pour une durée d'un mois et demi. Pour ce faire, j'ai besoin d'un traitement préventif contre le paludisme. Tout comme la secrétaire, le médecin généraliste paraît également surpris. Aussitôt, il me pose des questions sur mes origines. Je lui précise que je suis née et que j'ai grandi au Sénégal. Sa réplique est très étonnante : « *C'est bizarre ! Tu es née et tu as grandi au Sénégal et tu veux une prévention contre le paludisme ? C'est rare de rencontrer des étudiants africains comme toi qui viennent ici pour la prévention du paludisme.* »

À la sortie de la consultation, deux questions m'interpellent. Comment est-ce possible que ce motif soit rare et étranger à la secrétaire et au médecin généraliste dans une structure dédiée à la prévention et qui accueille beaucoup d'étudiants étrangers ? Les voyageurs qui sont nés et ont grandi en Afrique se préoccupent-ils de la prévention du risque palustre ? À partir de ces questions, j'ai décidé de continuer² sur cette thématique en thèse, mais en élargissant le terrain.

Cette anecdote renvoie aux enjeux de la prévention du risque de paludisme auprès des voyageurs en général et des voyageurs originaires des pays d'endémicité palustre en particulier. En France métropolitaine, les cas de paludisme sont observés de façon quasi exclusive chez des personnes de retour de pays où la transmission du paludisme est active, comme en Afrique subsaharienne (Camus, Caumes, 2017). Au niveau mondial, les populations d'Afrique de l'Ouest supportent une part disproportionnée de la charge mondiale du paludisme. En 2016, l'OMS estime le nombre de cas de paludisme dans 91 pays à 216 millions, soit une hausse de 5 millions de cas par rapport à 2015. Près de 90 % des cas de paludisme et 91 % des décès dus à cette maladie sont survenus en Afrique subsaharienne (OMS, 2017).

Le développement des transports et la forte circulation des personnes et des biens du Sud vers le Nord et du Nord vers le Sud, liés en partie à la mondialisation favorisent la propagation et la dynamique des maladies dans le monde. Les voyages internationaux ont facilité l'importation de maladies qui étaient autrefois considérées dans les pays riches uniquement comme des « maladies d'ailleurs » ou des « maladies exotiques ». C'est le cas

²J'avais déjà travaillé sur le paludisme d'importation dans le cadre de mon Master 1. Mon mémoire portait sur « Le rôle des représentations sociales du paludisme sur l'acceptabilité de sa prévention chez les étudiants africains originaires d'Afrique de l'Ouest de Bordeaux. » Ce mémoire ciblait uniquement la population migrante étudiante.

notamment des infections transmises par les moustiques ou les tiques comme le paludisme, l'encéphalite du Nil occidental, le chikungunya, la dengue et le Zika. Le contrôle de ces maladies à transmission vectorielle, dont le paludisme dans les pays du Nord en général et en France en particulier, est un enjeu majeur de santé publique humaine et animale (Fontenille et al., 2009). Cet enjeu est d'autant plus important concernant le paludisme qui a touché 4735 voyageurs en 2016, faisant ainsi de la France le pays industrialisé le plus touché par le paludisme du retour (Camus, Caumes, 2017).

Pour prévenir le paludisme, deux types d'actions existent : une protection mécanique pour limiter le contact entre l'homme et le moustique (moustiquaire imprégnée d'insecticide, répulsifs cutanés, port de vêtements longs couvrant les bras et les jambes) et un traitement prophylactique. Cependant, on relève dans certains travaux réalisés en Europe et en France que ces mesures sont insuffisamment respectées et suivies par les voyageurs VFR (*Visiting Friends and relatives*)³ qui retournent temporairement dans leur pays d'origine (Gachot, 2004 ; Pistone et al, 2007 ; Develoux, 2012 ; Seringe et al., 2011 ; Mascarello et al., 2009 ; Smith et al., 2008). Les raisons évoquées sont nombreuses. L'aspect économique est au premier plan, notamment à cause du prix de la chimioprophylaxie et de son non-remboursement par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM). D'autres auteurs (Pistone et al., 2007 ; Develoux et al., 2012 ; Morgan, Figueroa-Munoz, 2005) évoquaient, en plus de l'argument économique, l'insuffisance de la perception du risque de contracter l'infection et la négligence pour expliquer le faible pourcentage d'utilisation de la chimioprophylaxie chez cette catégorie de voyageurs. Certaines recherches (Seringe et al., 2011 ; Behrens et al., 2015) montrent que les messages de prévention destinés à ce groupe de voyageurs, en particulier à destination de l'Afrique de l'Ouest, passent peu ou mal. Par conséquent, ils importent régulièrement cette maladie lors de leur retour en France, comme le démontrent les données épidémiologiques. En effet, les voyageurs migrants originaires des pays impaludés d'Afrique de l'Ouest représentent 82,2 % de l'ensemble des cas de paludisme importés et répertoriés en France métropolitaine en 2016 (Camus, Caumes, 2017). Notre recherche ambitionne d'appréhender les logiques qui sous-tendent le recours limité à la

³ Le terme « VFR » est différemment utilisé dans la littérature, ce qui rend sa définition difficile. Généralement, ce terme fait référence à un individu voyageant dans un pays en voie de développement, dans sa région d'origine ou celle de sa famille pour visiter les amis ou les proches, ou pour rester dans la maison familiale. Dans le cadre de cette étude, les voyageurs VRF sont essentiellement des migrants. Ainsi, les voyageurs VFR sont synonymes de voyageurs migrants ou de voyageurs d'origine africaine car dans tous les cas, le but du retour temporaire au pays d'origine est de rendre visite à des amis ou à des parents, même s'il existe d'autres raisons qui peuvent motiver le retour temporaire comme par exemple, des raisons professionnelles.

prévention du risque palustre chez les voyageurs migrants originaires d'Afrique subsaharienne à la suite des études qui ont été menées jusqu'ici sur la question.

Les voyageurs migrants originaires d'Afrique subsaharienne réalisent régulièrement des va-et-vient entre le pays d'immigration et le pays d'origine. Chaque année, 50 à 80 millions de personnes voyagent des pays caractérisés par un produit intérieur brut (PIB) élevé vers des pays à PIB bas ; et parmi ces voyageurs, 25 à 40 % sont des voyageurs migrants qui retournent dans leur pays d'origine pour rendre visite à leurs proches (Fenner et al., 2007 ; Leder, et al., 2006). Le retour temporaire en tant qu'objet d'étude est peu abordé dans l'étude des migrations de retour en Afrique (Flahaux, Eggerickx, Schoumaker, 2017 ; Flahaux, 2013 ; Daum, 2002 ; Ammassari, 2004 ; Akesson, Eriksson-baaz, 2015 ; Quiminal, 2002). Les recherches (Riccio, 2006 ; Mondain, 2017) qui abordent la question du retour temporaire sont très ciblées, d'où mon ambition d'étudier le phénomène du retour temporaire en général, et en particulier les principales préoccupations des voyageurs migrants originaires d'Afrique subsaharienne quand ils retournent temporairement dans leurs pays d'origine. Parmi ces préoccupations, quelle place occupent la santé et la prévention du risque palustre ?

Si le paludisme a fait dans beaucoup de pays tropicaux l'objet d'un nombre important d'études en sciences sociales, en France, aucune étude socio-anthropologique n'est à ce jour réalisée sur cette maladie. Des études ont été faites sur le paludisme en France, mais elles portent généralement sur les aspects médicaux, cliniques, épidémiologiques, thérapeutiques et quelques fois économiques. Elles laissent de côté les dimensions sociales, culturelles et expérientielles de la maladie. Or ces dimensions de la maladie, dont la perception même est sociale tout autant que biologique, sont particulièrement importantes en ce qu'elles mettent en porte-à-faux les discours portant sur la responsabilisation des individus. Comme le souligne Didier Fassin (1996a), en négligeant l'ordre culturel, les discours et les campagnes de santé publique aboutissent paradoxalement à renforcer les écarts par l'incidence qu'ils ont sur les comportements des classes défavorisées, qui s'y montrent les plus sensibles. La présente recherche s'inscrit, en partie, dans ce cadre. Autrement dit, comment les voyageurs originaires d'Afrique de l'Ouest perçoivent le risque palustre ? Continuent-ils, en contexte migratoire, d'avoir une perception du paludisme très différente de celle des acteurs de santé publique ainsi que cela avait été révélé par différents travaux (Ndoye, 2009 ; Faye, 2009 ; Gruénais, 2003) ?

L'étonnement du médecin généraliste face à moi, Africaine, née et ayant grandi en Afrique, laisse entrevoir une méconnaissance de la prévention antipaludique. Ainsi, il m'a paru légitime et justifié d'étudier le rôle de la médecine de premier recours dans la prévention et la prise en charge du paludisme. Car, au-delà des questions d'accès, de recours aux soins, et de représentations, la prise en charge médicale du paludisme demeure intéressante. En se référant à l'organisation du système de soins et dans le cadre des soins de premiers recours, le médecin généraliste demeure le premier acteur de santé vers lequel la plupart des voyageurs se tournent pour obtenir une chimioprophylaxie ou un diagnostic en cas de fièvre au retour. Mais les travaux menés en Europe et en France en particulier montraient que les médecins généralistes rencontrent des difficultés à donner des informations précises sur la prévention du paludisme (Huneau, 2008 ; Pin 2004 ; Narbouh 2012) et à diagnostiquer le paludisme du retour (Pistone et al., 2010a ; Catania et al., 2013 ; Delvert, 2014 ; SFILP, 2014 ; Tatem et al., 2017). Dans les pays où le paludisme est endémique, notamment au Sénégal, Tidiane Ndoye (2009) qui a analysé les interactions entre les malades, les accompagnants, les soignants et les décideurs dans la prise en charge du paludisme, montrait que « *les affirmations relatives à la simplicité du diagnostic de l'accès palustre, qu'on peut recueillir auprès des malades et des soignants, se délitent dès qu'on s'intéresse de plus près aux pratiques quotidiennes et aux difficultés rencontrées.* » (Ndoye, 2009 : 17) D'où l'intérêt pour moi de décrire puis analyser le rôle des médecins généralistes dans la prévention, le diagnostic et la prise en charge thérapeutique du paludisme du retour.

La multiplication des angles de vue (social, culturel, économique et expérientiel) sur la prévention du paludisme et la prise en compte des activités socio-professionnelles qui entourent sa prise en charge permettent de mieux cerner les contours de cette recherche. Ainsi, cette thèse s'inscrit dans une anthropologie de la santé et en particulier une anthropologie des risques, en prenant comme exemple les voyageurs migrants originaires d'Afrique subsaharienne exposés au risque palustre.

Anthropologie des risques liés à la migration et aux voyages

La mobilité peut générer des risques sanitaires pour les voyageurs, notamment les voyageurs migrants. L'appréhension de ces risques nécessite une lecture des vulnérabilités dès le départ du pays d'origine, durant le parcours migratoire et lors du retour temporaire au pays d'origine. Avant de parler de l'exposition aux risques sanitaires, il me semble important de faire un état des lieux de la santé des migrants en France à partir de l'étude de la relation entre la santé et la migration.

État de santé des migrants⁴ dans la littérature française

En France, la « santé des migrants » a été longtemps ignorée par l'anthropologie française (Sakoyan, Musso et Mulo, 2011). Pour Marguerite Cognet et collaborateurs (2012), ce sont les démographes et les économistes de la santé qui sont les premiers à publier des analyses statistiques sur la question. Les données statistiques mettaient en évidence des écarts significatifs entre les taux de mortalité, les états de santé subjectifs et objectifs des migrants et ceux des individus nés français en France. C'est seulement vers les années 2000 que Didier Fassin propose de repenser les enjeux de santé autour de l'immigration (Fassin, 2000a). C'est sous son l'impulsion que les travaux de beaucoup de sociologues et d'anthropologues ont pu apporter des éclairages complémentaires sur l'étude des processus qui conduisent à ces écarts. À cette période, c'est par le prisme des inégalités sociales et économiques et des discriminations que les questions de santé des migrants ou des minorités ont été préférentiellement abordées (Fassin, 2000a). En outre, l'appréhension de la santé des personnes migrantes était soumise en France à ce que Fassin (Fassin, 2001a) appelle *le paradoxe de l'universalisme français*. Le dogme de l'universalisme français a pour conséquence « *d'éviter de produire des données permettant de lire des disparités dont les immigrés et les étrangers sont victimes face aux soins, à la maladie, à la mort, et a fortiori d'en débattre publiquement* ». En acte, ce paradoxe se traduit explicitement par deux politiques :

⁴ Le migrant, selon la définition de l'ONU, est une personne née dans un pays et qui vit dans un autre pays pour une durée supérieure à un an, quelles qu'en soient les raisons. C'est une catégorie générale à laquelle appartiennent notamment les réfugiés, mais aussi les étudiants étrangers ou les travailleurs venus d'autres pays, par exemple. Lorsqu'on parle de migrants dans cette étude, on fait référence à une personne résidant en France depuis au moins douze mois, née dans un pays étranger. Cette personne peut avoir la nationalité française ou celle de son pays d'origine, ou encore les deux, mais aussi qui a la possibilité de retourner temporairement dans son pays d'origine sans être inquiété. Ce type de migrant se différencie du migrant réfugié dont le retour dans son pays d'origine peut être dangereux.

- La *politique de la méconnaissance* qui évite de produire des données permettant de lire des disparités dont les étrangers sont victimes face aux soins. Ce non-dit autour de ces disparités révèle un refoulement de la question de l'immigration. Ce refoulement opère probablement de manière plus singulièrement efficace dans le domaine de la santé.
- La *politique de la reconnaissance* qui tente de reconnaître la santé comme l'un des seuls espaces de légitimité dans lesquels les immigrés peuvent s'inscrire et comme un principe d'égalité des droits. En effet, l'accès aux soins médicaux et à la protection sociale obéit au principe d'égalité des droits. Ainsi, les étrangers qui ont un statut juridique légal peuvent bénéficier de l'aide médicale du droit commun et/ou de l'aide médicale hospitalière. Ceux qui sont en situation irrégulière peuvent eux aussi bénéficier d'une autorisation provisoire de séjour pour raison médicale ou à titre humanitaire. Cependant, cette autorisation doit être attestée par une expertise médicale d'une présence de maladie grave et ne pouvant pas être soignée dans le pays d'origine.

À partir de ces deux points, la santé jouit d'un régime de légitimité privilégié dans la société et on reconnaît ainsi à l'immigré le droit de se soigner comme l'édicte le droit fondamental.

Actuellement, les études en sciences sociales en France ayant pour objet la santé des migrants prennent en considération dans leur analyse le phénomène constaté depuis plusieurs années par leurs collègues anglo-saxons, connu sous le nom de *healthy immigrant effect* (Gushulak 2007 ; McDonald, Kennedy 2004). Ce phénomène soulignait que les migrants, à leur arrivée dans leur pays de destination, présentaient des états de santé meilleurs que ceux de la population générale. Il reflète deux facettes peu documentées des migrations. Premièrement, les candidats à la migration seraient ceux qui présentent un meilleur état de santé au départ. Deuxièmement, les politiques migratoires ont, ces dernières décennies, produit cet effet de sélection en imposant des critères très restrictifs à l'immigration. Cependant, ce *healthy immigrant effect* est très limité dans le temps et s'efface au fil de la durée du séjour en raison des conditions de vie pénibles réservées aux migrants : discriminations dans l'accès aux droits, dont le droit à la santé, mauvaises conditions d'habitat, conditions de travail difficiles, etc. C'est alors que les travaux sur la santé des migrants ont commencé à plaider pour que soient prises en compte les conditions pré-migratoires, les conditions mêmes de la migration et les conditions post-migratoires comme

déterminantes de la santé des migrants. L'approche par ce « triptyque » a permis de sortir du spectre des mécanismes de diffusion épidémique.

Aujourd'hui, beaucoup de travaux sur cette thématique ont été réalisés en France (Berchet et Jusot, 2012 ; Curtis et Hoyez, 2012 ; Carde, 2007 ; Cognet, Hoyez, et Poiret, 2012 ; Fassin, 2001a ; Fassin, 2001b). En témoignent aussi plusieurs numéros de la revue *Anthropologie & santé*, notamment le numéro 3 (Sakoyan, Musso et Mulo, 2011) qui a pris pour objet la santé et la mobilité dans un contexte de globalisation. L'ensemble de ces travaux convergent pour donner les constats suivants :

- ✓ Il y a une persistance des inégalités de santé et d'accès aux soins entre les migrants et les non-migrants et entre groupes de migrants ;
- ✓ Les migrants ont des logiques qui leur sont propres dans le domaine de la santé et l'explication ne se limite pas au seul argument culturel. Par exemple, dans le cas des affections psychiques, Philippe Dewitte avait montré que « *le malade étranger ne peut plus être cet étrange malade dont la culture d'origine expliquerait toutes les affections en particulier psychiques* » (Dewitte, 2000 : 1) ;
- ✓ Les migrants sont les cibles de représentations négatives relatives au risque épidémique qu'ils feraient courir aux populations des pays d'accueil (Curtis et Hoyez, 2012). Les récentes épidémies d'Ebola, du Zika, du chikungunya et de la dengue en sont de parfaits exemples.

D'après Caroline Berchet et Florence Jusot, la situation en matière de santé des migrants est devenue « *un enjeu de santé publique en raison de la fragilisation économique et sociale que peuvent connaître certains d'entre eux, et participe à la détérioration de leur état de santé* » (Berchet, Jusot, 2012 : 17). La littérature récente existante en France sur la santé des migrants (Berchet et Jusot, 2012 ; Cognet, Hoyez, Poiret, 2012 ; Hoyez, 2011) a montré que l'état de santé des personnes étrangères est devenu de plus en plus mauvais, pire que celui des Français, et leur recours aux soins est fondamentalement différent de celui des autochtones. Une synthèse des travaux français portant sur l'état de santé et le recours aux soins des migrants depuis une trentaine d'années a montré l'existence de disparités à plusieurs niveaux : le recours aux soins, l'accès aux mesures de prévention et la santé selon l'origine entre les populations française et immigrée (Berchet, Jusot, 2012). D'autres auteurs (Carde, 2011 ; Hamel, Moisy, 2011 ; Comiti, Patureau, 2005) ont mis en exergue les difficultés

d'accès aux soins que rencontrent les personnes migrantes en France. Pour eux, les difficultés rencontrées sont d'ordres économiques (l'avance et la participation des soins par le patient en médecine de ville) et culturels (problème de langue, ainsi que d'interprétation de la maladie et des symptômes). Le fait de ne pas maîtriser la langue du pays d'accueil et les représentations culturelles des maladies et des soins peuvent, par ailleurs, brouiller la communication entre médecin et patient. En conséquence, il peut en résulter une mauvaise interprétation des symptômes par les professionnels de santé. Ces derniers établissent donc des diagnostics erronés et prodiguent des traitements inappropriés (Carde, 2011). S'ajoutent, selon Vincent-Pierre Comiti et Jacqueline Patureau, « *les difficultés administratives en raison de la complexité des réglementations et du système de santé lui-même, juridique du fait de la précarité du statut ou de l'absence du statut de ces personnes, et enfin, organisationnel à l'intérieur des services de santé eux-mêmes.* » (Comiti, Patureau, 2005 : 131).

Néanmoins, la littérature a également montré que l'état de santé des migrants et les pathologies auxquelles ils peuvent être confrontés diffèrent selon le pays d'origine et selon le statut socio-économique (Carde, 2011, Dourgnon et al., 2008). Pour Paul Dourgnon et collaborateurs, après ajustement de l'origine sur leur situation socio-économique, les immigrés d'Europe du Nord déclarent moins souvent un mauvais état de santé que les Français nés en France, alors que les immigrés d'Europe du Sud et du Maghreb en déclarent plus souvent. Sur le plan épidémiologique, la population migrante africaine peut présenter des taux de morbidité supérieurs à ceux de la population autochtone et des pathologies spécifiques. C'est le cas notamment du paludisme dit d'importation (CNRP, 2013), de la drépanocytose analysée par Doris Bonnet (Bonnet, 2005), de la tuberculose et du VIH (Fassin, 1999 ; Fassin, 2001b ; Singy et Guex, 2008).

La vulnérabilité des migrants face à ces maladies est influencée par plusieurs facteurs et mécanismes d'après Laurent Gétaz et collaborateurs (2014). Le premier mécanisme est lié à l'exposition aux maladies infectieuses et parasitaires dans le pays d'origine avant la migration. Le deuxième mécanisme est lié à l'exposition lors de voyages dans le pays d'origine pour rendre visite aux proches (VFR, *visiting friends and relatives*). Un troisième mécanisme découle des conditions de vie à l'origine de risques sanitaires spécifiques chez les migrants.

Exposition à des maladies avant la migration

La présence des maladies infectieuses (par exemple, le VIH et la tuberculose) et parasitaires (comme le paludisme) chez les migrants est liée à la prévalence dans les pays d'origine, où ces personnes ont passé une partie de leur vie. Chez ces migrants, l'infection est généralement contractée dans le pays d'origine avant le processus migratoire (Gétaz et al., 2014). D'autres auteurs (Bowman, Murray, 1990 ; Singy, Guex, 2008) ont évoqué le contexte infectieux des pays d'origine pour justifier la prévalence élevée du VIH chez les migrants originaires des pays d'Afrique subsaharienne dans les pays riches. Pour ces chercheurs, les personnes issues de la migration sont un segment de la population particulièrement touchée par le VIH dans les pays dits riches, et la migration originaires d'Afrique subsaharienne supporte le fardeau le plus important de l'épidémie. Toutefois, pour ces auteurs, la prévalence élevée du VIH chez les migrants d'Afrique subsaharienne ne signifie pas pour autant qu'ils adoptent plus de comportements à risque que les autres. D'après leurs études, c'est parce que ces migrants viennent du continent qui est le plus touché par le VIH et qui est le moins outillé pour lutter efficacement contre la maladie. De plus, la plupart des migrants d'origine subsaharienne ont découvert leur séropositivité dans le pays d'accueil.

Concernant le paludisme, les migrants peuvent arriver dans le pays d'accueil avec des infections palustres asymptomatiques et la prévalence de cas pourrait augmenter avec l'accroissement de l'immigration (D'Ortenzio et al., 2008). Pour ces auteurs, c'est probablement leur immunité qui prévient les symptômes cliniques pendant quelques mois. Mais en l'absence de réinfections, leur immunité diminuerait et les symptômes se manifesteraient. Dans certains cas, les infections de *Plasmodium falciparum* peuvent ne pas être la cause de la maladie lorsque les patients viennent à l'hôpital. D'autres chercheurs (D'Ortenzio et al., 2008 ; Develoux et al., 2012) avaient constaté que les infections prolongées dues à *Plasmodium falciparum* survenaient généralement chez les primo-arrivants et les femmes enceintes. En effet, les primo-arrivants constituent une part importante de la population migrante touchée par le paludisme. Le Centre National de Référence du Paludisme (CNRP) mentionnait dans son rapport d'activité de 2016 que les sujets d'origine africaine étaient toujours majoritaires dans la distribution des cas de paludisme importés, et la plupart étaient des primo-arrivants (CNRP, 2017).

Toutefois, les primo-arrivants constituent une population à part parmi les migrants présentant un accès palustre (Develoux et al., 2012). Ils présentent rarement d'accès graves,

on peut observer chez eux des infections à *Plasmodium falciparum* plus de deux mois après qu'ils aient quitté la zone endémique.

Depuis longtemps, on distingue trois types de maladies chez les migrants : a) les pathologies d'importation qui correspondent aux maladies parasitaires, mais aussi héréditaires et inexistantes dans les pays du Nord, que l'émigré emporte avec lui ; b) les pathologies d'acquisition qui reflètent les conditions environnementales nouvelles dans lesquelles l'immigré se trouve désormais inséré et qui favorisent le développement de maladies infectieuses, cardiovasculaires, etc. ; c) les pathologies d'adaptation qui traduisent les difficultés rencontrées dans la confrontation avec la société d'accueil, comme les troubles psychiques (Fassin, 2000a). Par conséquent, cette classification constitue d'une part, le corps du migrant en vecteur et récepteur passif de maladies ; et d'autre part elle a contribué à forger le raisonnement de certains professionnels de santé, et à considérer les migrants comme un « groupe à risque » pour les autres (du point de vue de la santé publique) et pour eux-mêmes (du fait d'une impossible intégration) (Fassin, 2000a ; Dewitte, 2000). À cela, s'ajoutent les effets négatifs des représentations sociales dépréciatives vis-à-vis des immigrés, en particulier en France où sévit, chez certains professionnels de santé, l'image de « l'immigré profiteur » (Rouand, Hoyez, 2011) ou encore de « l'immigré porteur de maladie » (Fassin, 2000 a), ce qui peut avoir un impact sur les conditions de prise en charge. En outre, cette classification et l'exposition du migrant à des maladies infectieuses et parasitaires avant la migration ont concouru à considérer le migrant, d'après l'anthropologue Didier Fassin (Fassin, 2000a), comme un porteur de risque qui a besoin d'une prise en charge particulière du fait de sa présumée différence. En effet, les immigrés entrent souvent dans la catégorie de « population à risques » parce qu'ils sont souvent considérés comme des groupes socio-économiques les plus défavorisés.

Cette question de la différence se pose avec force à l'hôpital. La rencontre entre soignant d'ici et patients d'ailleurs n'est pas toujours facile. L'accueil de l'altérité et l'ouverture à la différence constituent un dilemme auquel les professionnels de santé se confrontent. L'anthropologue Laurence Kotobi a consacré un article sur ce sujet en s'intéressant au processus de catégorisation des patients par les professionnels des institutions de soins. Son travail a montré, à partir de l'exemple du VIH, comment la culture étaye la construction de leurs discours sur la différence et comment, dans le sens commun et plus particulièrement chez les professionnels socio-sanitaires, le fait « *d'être africain signifie, être*

porteur potentiel du sida» (Kotobi, 2000 : 64). En effet, les professionnels de santé construisent les catégories de risque sur des bases culturelles, individuelles et sociales souvent mal explicitées et révélatrices de dérives culturalistes pouvant avoir des conséquences sur la qualité de la prise en charge. D'après Laurence Kotobi, cette construction sociale tant collective qu'individuelle et cette représentation ont pour effet d'enfermer le patient africain dans une image d'altérité culturelle. Les recherches d'explication à propos de la genèse et de la propagation de la maladie, qu'elles aient été le fait de la science ou de la rumeur, ont partout mis en cause, selon des modalités plus ou moins explicites et violentes, des malades « venus d'ailleurs » comme porteurs de l'infection et les phénomènes migratoires comme « facteurs de transmission », conduisant à des formes diverses de stigmatisation ou d'exclusion (Farmer, 1992 ; Fassin, 1996) et des contrôles sanitaires.

Les dispositifs de contrôle sanitaire des migrants ne datent pas d'hier. Historiquement, le contrôle des primo-arrivants sur le sol français n'est pas une chose nouvelle. Elle date de la période postcoloniale. Les premiers examens médicaux pour les ouvriers migrants d'après-guerre étaient considérés comme un véritable examen de passage (Guillou, 2009). En effet, jusqu'au début des années 1970, le droit au séjour en France dépend de la « robustesse et de la santé des corps ». Cela rendrait leur présence en France légitime. Toutefois, cet « examen de passage » qui leur permettait de séjourner en France et de travailler légalement continue toujours d'exister, mais sous autre forme.

Aujourd'hui, les mesures actuelles de contrôle et la santé des migrants sont devenues un objet politique (Décosse, 2008) et le contrôle sanitaire des personnes à leur arrivée est un impératif. Dans un contexte où le champ de la santé des migrants est travaillé par une « tension fondamentale » entre deux valeurs - « légitimité de la santé » d'une part, et « illégitimité de l'immigration », d'autre part (Fassin, 1999) -, les politiques migratoires manient la notion de risque pour la santé publique à des fins de contrôle de l'arrivée des populations. Ainsi, des dispositifs de contrôles sont mis en place pour réduire les risques sur la santé publique des pays d'accueil. En arrière-plan demeure également l'idée que c'est de l'extérieur que vient le péril. Ainsi, le contrôle sanitaire est, au même titre que les autres institutions de surveillance des frontières, un instrument de protection contre ce péril (Wluczka, 2007). Mais cette pratique n'est pas un moyen clair et assumé de ne recevoir parmi les migrants que ceux dont l'état de santé ne peut pas mettre en danger la population du pays d'accueil. En outre, cette mise en danger n'est pas cantonnée au strict plan sanitaire, mais peut

être étendue à la sphère économique en mettant en avant le coût induit pour toute la collectivité par le traitement médical des personnes (Wluczka, 2007).

Les politiques développées à l'encontre des migrants dans chaque pays au sein des rapports sanitaires globalisés, délimitent ce qu'il est convenu d'appeler les « géopolitiques du care » (Musso et al, 2012). Elles permettent la reconnaissance de l'autre en fonction des enjeux politiques et sanitaires. Ainsi, beaucoup de pays ont mis en place des programmes de santé spécifiques destinés aux migrants et des programmes de contrôle sanitaire des nouveaux arrivants.

L'OMS recommande vivement que des contrôles de santé soient faits. Cela doit comporter le dépistage des maladies transmissibles et non transmissibles, tout en respectant les droits et la dignité des migrants. Aux États-Unis, le CDC (Centers for Disease Control and Prevention) détaille précisément l'examen physique, l'entretien psychologique, le dépistage des hépatites virales, du VIH, des parasitoses digestives, du paludisme, de la tuberculose, des maladies sexuellement transmissibles, des problèmes de nutrition et de l'intoxication au plomb, ainsi que la vérification des vaccins à jour qui doivent être réalisés chez tous les primo-arrivants (CDC, 2015).

Dans le contexte français, les migrants sont soumis dès leur arrivée à une visite médicale obligatoire pour l'octroi de la carte de séjour. L'article 6 de l'ordonnance n° 45-2658 du 2 novembre 1945 relative aux conditions d'entrée et de séjour des étrangers en France impose à tout étranger sollicitant la délivrance d'une première carte de séjour temporaire de fournir un certificat médical. L'Office Migration International (OMI) inscrit en 1988 comme obligatoire un examen clinique et un dépistage de la tuberculose au moment de la présentation de son dossier par le migrant. Il est ajouté dans l'arrêté du 11 janvier 2006 modifié que la visite médicale obligatoire de l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII) est imposée à l'ensemble des étrangers admis à séjourner en France pour une durée supérieure à 3 mois (Atoun et al., 2005).

Ce contrôle vise à répondre, premièrement, aux risques individuels pris ou encourus par les migrants lors de leurs parcours migratoires (risques de dégradation de l'état de santé en lien avec les conditions de migration) et, deuxièmement, aux risques collectifs qui peuvent intervenir (risques induits par l'arrivée de migrants ou encore risques pour la santé publique dans le pays d'accueil).

Lors de cette visite médicale, des examens médicaux et paramédicaux à but préventif comprenant notamment une radiographie pulmonaire, un contrôle poids-taille-vue, un test tuberculinique et un test de glycémie pour le diabète doivent être réalisés. Pour les bénéficiaires du regroupement familial, un examen clinique général et une radiographie des poumons sont effectués. On vérifie également le statut vaccinal des enfants. L'objectif de ces examens est de détecter tout problème de santé puis, au besoin, d'orienter la personne vers un centre de soins pour un bilan et une prise en charge et ensuite, d'informer le migrant sur les facteurs de risques en matière de santé. Par exemple, il arrive que les tests soient positifs et que les enfants ne soient pas vaccinés. Dans ce genre de cas, l'OFII oriente le migrant vers une structure spécialisée pour une prise en charge adéquate.

Cependant, ce contrôle médical se révèle lacunaire (Vauquiez, 2006). Aucun certificat médical précis n'est délivré. Il ne porte aucune indication sur l'état de santé de son titulaire. Le certificat établi par l'OFII pour un étudiant étranger, par exemple, ne comporte qu'une unique phrase : « *X remplit les conditions requises du point de vue sanitaire pour être autorisé à résider en France* ».

Ce certificat sera demandé au migrant par la préfecture lors du renouvellement du titre de séjour. Aussi, le test tuberculinique prévu par la réglementation n'est jamais fait. Seuls une radiographie pulmonaire et un test de vue sont réalisés. De plus, même si cette radiographie et ce test de vue sont normaux, cela ne signifie pas pour autant qu'il n'y ait pas de tuberculose ou d'autres maladies infectieuses importées comme le VIH. Alors que la plupart d'entre eux arrivent de pays dans lesquels l'état sanitaire général est préoccupant, notamment des pays d'Afrique subsaharienne où la couverture vaccinale est faible et les maladies graves comme le paludisme, le VIH ou encore les IST sont endémiques. D'un point de vue économique, cette visite est par ailleurs coûteuse (55 euros à la charge du migrant). Elle n'est réalisée au mieux que quinze jours après le dépôt de son dossier auprès de l'OFII par le migrant.

Dans le cadre des étudiants étrangers par exemple, ils ont droit à une deuxième visite médicale organisée souvent par le Service Interuniversitaire de Médecine Préventive et de Santé des Étudiants (SIUMPS). Au cours des premières années dans l'enseignement supérieur, l'étudiant devrait être convoqué pour une consultation préventive complète. Mais, d'après La Mutuelle Des Étudiants (LMDE), les SIUMPS peinent souvent à accomplir cette mission. Seuls 32% de l'ensemble des étudiants de licence en France l'ont réalisée, car les services universitaires préventifs souffrent d'un manque de moyens financiers (LMDE, 2011).

Avec la venue de l'épidémie Ebola, le contrôle sanitaire à l'arrivée est devenu beaucoup plus prégnant avec une surveillance de l'état de santé des migrants et/ou des voyageurs en provenance des pays touchés par le virus Ebola. Certains lieux stratégiques pour l'entrée des migrants et/ou voyageurs (ports, points de passage aux frontières, aéroports) avaient fait l'objet de mesures de santé publique particulières. En France, le ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes a mis à disposition des compagnies aériennes, notamment Air France qui assurait les dessertes aériennes directes avec les pays concernés, des dépliants d'information destinés aux passagers de vols directs voyageant entre la France et les zones à risque où sévissait Ebola. Outre l'information, des dispositifs de contrôle sanitaire de tous les passagers en provenance des zones affectées par l'épidémie Ebola ont été mis en place par les autorités sanitaires françaises dans les pays de départ et à l'arrivée en France. Au niveau des pays touchés, un contrôle sanitaire des voyageurs est réalisé par des soignants avant l'embarquement, dans les aéroports des pays à risque. Concrètement, les passagers doivent se soumettre à une prise de température pour obtenir leur carte d'embarquement. Ceux qui présentent un symptôme de fièvre ne peuvent pas embarquer tandis que les voyageurs doivent remplir un questionnaire, qui doit être supervisé par les autorités sanitaires locales. À l'arrivée sur le sol français, un second contrôle est mené à l'aéroport par la Croix-Rouge et la Protection civile. Ces passagers devront remplir à nouveau un questionnaire pour indiquer s'ils se sont rendus dans des zones à risques ou s'ils ont pu être en contact avec des personnes infectées. Leur température est prise. Au-delà de 38 degrés, le passager est considéré comme suspect et les équipes médicales devront alors le contrôler très régulièrement. Pour la ministre de la Santé de l'époque, ces mesures de prévention ont pour but de prendre en charge très rapidement tout cas suspect de retour d'un pays à risque, afin de pouvoir l'isoler au plus vite et le prendre en charge dans des conditions optimales.

En termes de santé publique, ce contrôle occupe une place importante. Il permet de minimiser le risque d'importer des maladies transmissibles, même si on peut dénoncer ses intentions « discriminantes ». L'internationalisation des flux de circulation des personnes constitue plus que jamais un facteur pouvant favoriser la propagation des maladies. À considérer les pathologies faisant l'objet de directives et pratiques particulières ciblant les migrants, on peut avoir l'impression que celles-ci sont dictées tout autant pour protéger les populations du pays d'accueil que les migrants.

Toutefois, le contrôle sanitaire effectif ne se fait que pour les pathologies infectieuses à forte charge symbolique comme la tuberculose, le virus Ebola, le VIH, etc. Le paludisme, dont le risque épidémique au Nord est devenu quasi nul, et qui touche essentiellement les migrants, fait l'objet d'une moindre mobilisation des décideurs de santé publique dans les pays d'accueil.

Les conditions de vie dans le pays d'accueil à l'origine de risques sanitaires spécifiques chez les migrants

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) dans son rapport annuel de 2008 sur la santé des migrants, les mouvements de populations d'une manière générale rendent les migrants plus vulnérables aux risques liés à la santé et les exposent à des dangers potentiels et à un stress accru liés aux déplacements (OMS, 2008). Lorsqu'ils sont coupés de leur pays d'origine, de leur milieu familial, en situation d'immigrés, les migrants peuvent présenter de problèmes de santé (Faye, 2011). Pour Virginie Migeot et collaborateurs (2006), la migration en elle-même (par le stress qu'elle peut susciter) est un facteur qui contribue à la dégradation de l'état de santé. En outre, les auteurs évoquent aussi les facteurs culturels et le manque de soutien social comme pouvant renforcer la dégradation de l'état de santé des migrants. Claudine Herzlich (2003) expliquait comment le réseau relationnel peut procurer un soutien capable de modérer le stress suscité par certains événements, tout en sachant que le stress a des conséquences directes sur l'état de santé. Socialement, le réseau relationnel fournit des ressources matérielles, informationnelles et émotionnelles, et il participe à la satisfaction de certains besoins sociaux comme l'estime de soi et le sentiment d'appartenance. En effet, selon elle, le « capital social » ou encore « le réseau social » a une influence sur la santé des personnes.

Les conditions de l'immigration, de travail et de logement les exposent non seulement à des risques sanitaires (déconnexion des services de santé), mais aussi à des risques sociaux.

Le travail sur le saturnisme infantile chez les familles d'origine sénégalaise et malienne vivant en région parisienne, décrit par Nadia Rezkallah et Alain Epelboin (Rezkallah, Epelboin, 1997), mérite d'être signalé en raison de l'articulation de ce qu'ils interprètent comme l'adaptation à un « nouvel écosystème » et les problèmes sociaux rencontrés par les familles à Paris. Les travaux qui suivront dans cette thématique (Fassin, 2003 ; Naudé, 2000) vont décrire le saturnisme comme une maladie sociale de l'immigration. Le symptôme est plus social que culturel. Ainsi, c'est du côté des conditions sociales d'existence des migrants que

l'analyse doit être conduite, plutôt que de celui de la culture et de « mauvaises pratiques » de ces personnes. L'existence de ce type de maladie chez les migrants résulte de la multiplication de plusieurs facteurs liés à leurs conditions d'existence dans le pays d'accueil et au contexte épidémiologique des régions d'origines. Les conditions de vie affectent considérablement les risques de contamination. D'après l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), la vulnérabilité des migrants face à ces pathologies est renforcée par une exposition particulière à la précarité sociale. Cette précarité s'explique par le phénomène de sélection lié à la migration (l'immigration en France est moins sélective et n'est plus motivée par l'emploi, mais plutôt par le regroupement familial) et par la situation économique des immigrés dans le pays d'accueil (INSEE, 2010). Elle s'accompagne de difficultés d'accès à une couverture sociale effective et, par-là, de difficultés d'accès au système sanitaire et d'une moindre consommation de soins (Comiti, Patureau, 2005). Une étude (Chauvin, Parizot, Labas, 2001), de même, a montré les relations entre le statut socio-économique, les conditions de vie et l'état de santé. Ils montrent clairement que la précarité s'accompagne d'un risque accru en termes de morbidité, particulièrement en ce qui concerne les maladies transmissibles.

Néanmoins, les risques de santé ne concernent pas uniquement les situations endurées par les migrants ayant expérimenté les conditions de migrations les plus rudes. Parallèlement, le statut administratif constitue également un facteur potentiel de risque. Par exemple, les personnes en situations irrégulières ou encore sans papiers ne peuvent pas disposer des mêmes possibilités d'accès aux soins. À long terme, l'évolution ou la progression du statut juridique peut avoir des effets délétères, comme le suivi de l'évolution de la maladie et de la prise en charge du traitement (Rouand, Hoyez, 2011), même s'il existe des dispositifs qui répondent pour la plupart à un impératif juridique (stipulé par l'Union européenne ou l'OMS) de garantir un accès à la santé à toute personne indépendamment de son origine nationale.

Exposition à des maladies lors du voyage dans le pays d'origine

La multiplication incontestable des déplacements ou des voyages a facilité la diffusion des risques pour la santé (Curtis, Hoyez, 2012) et des agents infectieux (Sakoyan, Musso, Mulot, 2011). Les voyageurs internationaux peuvent présenter différents risques pour la santé selon les caractéristiques du voyageur et du type de voyage. Ils sont parfois exposés à des changements soudains et importants d'altitude, d'hygrométrie, de température et de milieu microbien susceptibles d'avoir des répercussions sur leur santé (OMS, 2010). L'Organisation

mondiale de la Santé avait identifié plusieurs facteurs déterminant les risques encourus pour tout voyageur :

- le mode de transports ;
- la ou les destination (s) ;
- la durée du séjour et la saison ;
- le but du voyage ;
- les conditions d'hébergements et l'hygiène alimentaire ;
- le comportement du voyageur ;
- l'état de santé préalable du voyageur.

Les risques sanitaires peuvent être plus considérables dans les zones où les services médicaux sont peu développés. Il en va de même pour les personnes qui se rendent dans des pays où l'épidémiologie des maladies infectieuses et parasitaires est importante et qui restent longtemps dans des conditions proches des populations locales. C'est le cas notamment du paludisme : des études antérieures ont démontré que les résidents des pays occidentaux les plus touchés par le paludisme importé sont des voyageurs migrants d'origine africaine. Ces derniers se rendent dans leur pays d'origine afin de rendre visite à des amis ou parents (Leder et al., 2012 ; Behrens, Alexander, 2013 ; Pistone et al., 2007 ; Neave et al., 2010, Develoux et al., 2012 ; Boutin et al. 2005). En effet, le fardeau du paludisme importé en Europe est principalement imputable à ce type de voyageurs, faisant ainsi des voyageurs migrants originaires d'Afrique de l'Ouest le principal groupe à risque. Un article (Leder et al. 2012) qui a étudié les différentes maladies que les voyageurs VFR rencontraient lorsqu'ils retournaient dans leur pays d'origine montrait que les voyageurs d'origine africaine qui s'étaient rendus en Afrique subsaharienne avaient deux fois plus de risque d'importer un paludisme que les autres voyageurs VFR, et 18 fois plus que les touristes se rendant dans cette même région. Tous ces travaux (Behrens, Alexander, 2013 ; Pistone et al., 2007 ; Neave et al., 2010 ; Develoux et al., 2012 ; Leder et al., 2012 ; Behrens et al. 2015) s'accordent pour montrer que le faible recours à la chimioprophylaxie par ce groupe de voyageurs est l'un des principaux facteurs qui expliquent l'incidence élevée de la maladie chez les voyageurs VFR d'origine africaine.

Les raisons du faible recours au traitement préventif sont multiples et complexes. Elles sont généralement influencées par les croyances en matière de santé et par le contexte structurel, social, environnemental et économique dans lequel les décisions de prévention du paludisme sont prises.

Une étude qualitative basée sur cinq *focus groups* auprès de 44 volontaires originaires d’Afrique et vivant à Londres (Morgan, Figueroa-Munoz, 2005) justifiait le faible recours à la chimioprophylaxie par les différentes perceptions que ces enquêtés avaient de la maladie : le paludisme est perçu comme une maladie moins menaçante, banale et qui se traite facilement. En plus, leur étude évoquait la peur des effets secondaires, l’inefficacité des antipaludéens et le sentiment de ne pas être personnellement concerné par le risque palustre comme arguments les empêchant de prendre un traitement préventif. Une autre recherche (Schilthuis et al., 2007) le justifiait par le fait que les voyageurs VFR d’origine africaine pourraient, grâce à leur expérience, reconnaître plus efficacement et précocement que les autres types de voyageurs les symptômes de la maladie et s’automédiquer ou consulter rapidement un médecin pour obtenir un traitement médical. D’autres voyageurs VFR d’Afrique subsaharienne n’utilisaient pas les mesures de protection adéquates lors du retour temporaire au pays d’origine, car ils croyaient faussement que leur vaccin contre la fièvre jaune agissait également contre le paludisme (Pistone et al., 2007).

Comme l’avaient suggéré plusieurs études (Morgan, Figueroa-Munoz, 2005 ; Pistone et al. 2008 ; Bouchaud, 2005) le coût de la chimioprophylaxie est un facteur majeur limitant l’accès au traitement préventif. Le choix d’une chimioprophylaxie du paludisme recommandée pour les voyageurs d’Europe à destination de l’Afrique subsaharienne peut être limité parce que le coût financier est souvent perçu comme prohibitif (Bouchaud, 2005). Ainsi, le fait que la prophylaxie antipaludique ne soit pas remboursée par la Caisse Nationale d’Assurance Maladie (CNAM) aggrave la situation⁵.

Face à la surreprésentation de cas palustres chez les voyageurs VFR qui retournent temporairement dans leur pays d’origine et aux difficultés liées au recours à la prévention, des chercheurs britanniques (Behrens et al., 2015) se sont interrogés. Ils ont questionné la politique actuelle de lutte contre le paludisme auprès de cette catégorie de voyageurs au Royaume-Uni et se sont demandé si elle était réellement efficace ou si elle avait besoin d’un changement stratégique. À partir d’un examen des directives de prévention à l’époque et d’une comparaison des données disponibles sur les perceptions et les pratiques de prévention du paludisme chez les voyageurs VFR, Ron Behrens et collaborateurs (2015) ont montré

⁵ Néanmoins, une des molécules qui peut être prescrite pour prévenir les accès palustres, la doxycycline, est remboursée par la CNAM et peut être obtenue sur prescription d’un médecin généraliste dont la consultation est aussi remboursée.

qu'en effet, la politique à l'époque ne tenait pas compte du contexte épidémiologique et social du paludisme chez les voyageurs VFR. Les lignes directrices s'attachaient à essayer de changer la conscience du risque en utilisant des stratégies de communication pour le changement de comportement et accordaient que peu d'attention aux expériences vécues et au contexte socio-écologique dans lequel les voyageurs VFR prenaient leur décision. Pour Ron Behrens et collègues (2015), les recommandations de prévention du paludisme mettaient l'accent sur l'éducation des voyageurs. Par conséquent, les professionnels de la santé utilisaient des messages basés sur la menace personnelle du paludisme et faisaient la promotion des avantages de la chimioprophylaxie. Alors que pour les auteurs, la morbidité due au paludisme affecte de manière disproportionnée les voyageurs rendant visite à des amis et à des parents.

L'analyse des travaux portant sur les connaissances, attitudes et pratiques de prévention du paludisme et sur les perceptions chez les voyageurs VFR a également montré que ces derniers disposaient généralement d'une bonne connaissance de la maladie : les causes, le mode de transmission, les mesures de prévention et le traitement (Behrens, Alexander, 2013 ; Neave et al., 2010 ; Pistone et al., 2007 ; Scolari et al., 2002). Toutefois, en matière de connaissances, cette littérature suggère que cette connaissance diffère en fonction de l'origine du voyageur, de l'expérience des voyages et de la maladie. Ainsi, les voyageurs provenant des pays où le risque de paludisme est important et qui retournent régulièrement dans leur pays d'origine pour rendre visite à leurs parents et amis ont une meilleure connaissance du paludisme que les autres voyageurs. Au Royaume-Uni, les voyageurs ghanéens qui retournaient régulièrement au Ghana auprès de leurs familles et amis avaient une meilleure connaissance du paludisme que les voyageurs occasionnels britanniques qui se rendaient dans les pays à risque palustre. Ceux qui n'avaient jamais voyagé dans un pays où le paludisme était endémique avaient un score moyen de connaissance du paludisme nettement plus faible (58,6) que ceux qui avaient séjourné dans un pays où le risque d'importer un accès palustre est considérable (70, 7) (Behrens, Alexander, 2013). En France, une étude observationnelle par questionnaire réalisée auprès de 191 migrants d'origine africaine résidant à Paris (Pistone et al., 2007) avant le départ et au retour du voyage a révélé des résultats similaires. Les auteurs ont évalué les perceptions du risque de paludisme et les pratiques de la prophylaxie chez les voyageurs VFR d'origine africaine avant le départ, à la sortie d'une consultation préalable de voyage dans deux agences de voyages et dans deux cliniques de voyage, ainsi qu'au retour. Leurs résultats ont révélé qu'avant le départ, 87% reconnaissaient le pays à

visiter comme une destination à risque palustre, mais 49% se considéraient comme personnellement à risque. Au retour de voyage, cette perception diminuait en raison de l'absence du risque du paludisme en France. Une autre étude française (Bley et al., 2007) réalisée auprès de 103 voyageurs français à destination intertropicale consultant le centre de conseils aux voyageurs du CHU de Bordeaux a révélé que près de la moitié des personnes interrogées faisaient un lien entre les termes, « malaria » et « paludisme », mais seulement 37,9% savaient qu'il s'agissait des synonymes. En revanche, à la question : « Qu'est-ce que le paludisme ? », 61,2% des personnes interrogées parvenaient à donner une description partielle ou incomplète des symptômes, ou du mode de transmission de la maladie ; seulement 16,5% des réponses étaient compatibles avec un niveau de connaissance adéquat du paludisme. En matière de perception, cette étude avait montré l'existence dans le groupe de « voyageurs fréquents » d'un gradient inverse entre le niveau de connaissance et leur perception du risque de la maladie.

Cependant, la connaissance du paludisme, de son mode de transmission et des mesures de prévention et de la perception du risque ne signifient pas pour autant que le paludisme est perçu comme une menace sanitaire dont il faut impérativement se prémunir (Morgan, Figueroa-Munoz, 2005 ; Neave et al., 2014a ; Wieten et al., 2013), tout comme l'expérience de voyage et la qualité des conseils préalables ne garantissent pas l'utilisation d'une chimioprophylaxie (Behrens, Alexander, 2013). Car la majorité des voyageurs VFR qui sont originaires des pays d'endémie palustre sont conscients du risque potentiel de contracter la maladie lorsqu'ils se rendent dans leur pays natal (Behrens, Alexander, 2013 ; Neave et al., 2010). Ainsi, ne faut-il pas aller au-delà d'une approche basée sur le déficit de connaissances pour faire face au défaut de prévention et au fardeau du paludisme chez les voyageurs VFR ?

Le défi des études sur les connaissances, les comportements préventifs et les facteurs limitants le recours à la prévention du risque palustre est de recueillir les données auprès d'une population illustrative des situations possibles d'exposition et à ne pas se fier uniquement aux données de ceux qui demandent des conseils de santé avant le voyage ou des patients ayant contracté le paludisme après un voyage. Mais, les études citées ci-dessus et qui ont porté sur les voyageurs migrants d'origine africaine, plus exposés au risque de paludisme ont recruté leurs enquêtés dans les structures hospitalières spécialisées en conseils aux voyageurs ou de prise en charge du paludisme du retour, ou encore se sont concentrés sur les patients ayant des accès palustres. De plus, ces études sont pour la plupart menées par des cliniciens et des

épidémiologistes, et elles reposent essentiellement sur une démarche quantitative. Ces problèmes semblent avoir été évités dans l'étude réalisée à Londres (Morgan et Figueroa-Munoz, 2005). Cependant, aucune étude en France n'a pas encore réussi à lever ces problèmes. C'est dans cette perspective que j'ai décidé de fonder ma recherche sur une démarche qualitative et qui cible, en plus des voyageurs originaires d'Afrique en situation de consultation avant le voyage et en cas d'impaludation au retour, des Africains à leur domicile et qui n'avaient pas prévu de voyager.

D'après la Société de Pathologie Infectieuse de la Langue Française (SPILF) dans son dernier rapport publié en 2017, si le paludisme n'est plus endémique dans de nombreux pays industrialisés, il continue de poser des défis en matière de diagnostic et de prise en charge. En effet, des difficultés en termes de diagnostic et de prise en charge du paludisme en France ont été démontrées (Pistone et al., 2010a ; Narbough, 2012 ; Malvy, 2002 ; Parola, et al., 2005 ; Serigne et al., 2011 ; Develoux et al. 2012). Cette littérature a également indiqué des retards et des erreurs de diagnostic qui entraînaient une aggravation de l'infection palustre. Toutefois, cette littérature avait tendance à analyser uniquement la prise en charge du paludisme en milieu hospitalier. Les parcours pré-hospitaliers des patients sont rarement décrits dans ces études. La recherche de Michel Develoux et al. (2012), qui a analysé l'expérience de prise en charge du paludisme chez les migrants VFR, a mentionné qu'une consultation avait eu lieu préalablement chez un médecin de ville avant de se présenter aux urgences de l'hôpital Tenon, mais sans donner beaucoup plus de précisions. Or, en prenant en compte à la directive du médecin référent du système de santé français, la prise en charge du paludisme débute habituellement auprès des médecins généralistes. À cet égard, j'ambitionne de partir des parcours pré-hospitaliers des malades pris en charge au Service des Maladies Infectieuses et Tropicales du CHU de Bordeaux (site de l'hôpital Pellegrin), afin d'analyser du point de vue socio-anthropologique les logiques et pratiques thérapeutiques dans l'identification tardive du paludisme.

Situation du paludisme en France

Le paludisme est une maladie infectieuse potentiellement mortelle due à plusieurs espèces de parasites appartenant au genre *Plasmodium*. Le parasite est transmis à l'homme par la piqûre du moustique infecté, l'anophèle femelle. De toutes les maladies à transmission vectorielle, le paludisme reste l'un des fléaux majeurs. Le rapport « Le paludisme dans le monde de 2016 » de l'OMS fait état de progrès significatifs dans la lutte menée depuis des

années, tant en nombre d'épisodes palustres (216 millions en 2016 contre 237 millions en 2010) que de décès (445000 en 2016 contre 655000 en 2010). La plupart des cas (90%) sont enregistrés dans la région Afrique de l'OMS (OMS, 2017) soit une diminution de 37 % en Afrique. Les jeunes enfants de moins de 5 ans sont les principales victimes. Pour Nicole Vernazza-Licht et collaborateurs (2015), cette diminution de cas de paludisme en Afrique est attribuée aux actions conjointes de l'utilisation des Moustiquaires Imprégnées d'insecticides à Longue Durée d'Action (MILDA), du traitement préventif intermittent chez les femmes enceintes, aux associations médicamenteuses à base d'artémisinine et aux pulvérisations intradomiciliaires d'insecticides. Toutefois, l'émergence de la résistance du parasite aux produits utilisés pour soigner les malades (artémisinine) et du moustique aux insecticides utilisés pour imprégner les moustiquaires de lit (pyréthroides), le manque de financements internationaux et nationaux durables et prévisibles, les risques liés aux conflits des zones d'endémie et les schémas climatiques anormaux relevés dans plusieurs pays touchés par le paludisme pourraient fragiliser les progrès espérés dans les années à venir et empêcher l'éradication du paludisme dans le monde. Malgré la volonté affichée au niveau international et national et les progrès constatés, le paludisme reste un risque sanitaire majeur pour les populations vivant dans les zones endémiques, mais aussi pour les voyageurs à destination des pays d'endémicité palustre.

Dans les pays européens, en raison du nombre croissant de voyageurs, le paludisme reste un problème important (Malvy et al. 2006 ; Tatem et al., 2017), surtout en France où le nombre de cas s'accroît chaque année (Caumes, 2012). En France métropolitaine, 4735 cas de paludisme ont été importés et répertoriés en 2016. Les migrants originaires des pays où sévit le paludisme et résidant en France représentent 82,2% des cas lors de leur arrivée ou de leur retour en France (Caumes, Camus, 2017) après un séjour en zone endémique. Plus de la moitié sont les migrants issus de la première génération (CNRP, 2013). Le nombre de formes graves (302) est stable par rapport à 2015 (315). Cinq décès ont été déclarés, soit une létalité de 0,21% sur l'ensemble des cas et de 1,6% sur les formes graves (CNRP, 2017).

La contamination a eu lieu de façon prédominante sur le continent africain. Seuls changent les pays de provenance qui témoignent de l'histoire passée et récente des pays d'immigration ainsi que leur situation géographique. Les cas en provenance de la Côte d'Ivoire, du Sénégal, du Mali, de la République centrafricaine du Bénin et du Burkina Faso sont en légère baisse par rapport à 2015. En revanche, on constate une augmentation de plus

de 17 % des cas de paludisme importés en provenance de la République démocratique du Congo, de l'Angola, du Niger et de la Guinée.

On retrouve des différences de prévalence selon les grandes métropoles. Pour l'année 2016, la région Ile-de-France était la première région pour les cas de paludisme d'importation, avec près de 53% des cas déclarés. Suivent les régions du sud de la France : Pays de Loire avec 203 cas déclarés en 2016, Auvergne Rhône Alpes avec 171 cas, l'Occitanie avec 155 cas et la Nouvelle Aquitaine avec 135 cas en augmentation par rapport à 2015 (CNRP, 2017).

La surveillance et le risque de réémergence en France ?

Le paludisme, jusqu'au siècle dernier, était considéré comme une maladie provenant du « mauvais air » des marécages, d'où son appellation malaria, qui vient de l'italien *malaria*. Le paludisme était encore présent dans presque tous les pays au début du XIX^e siècle, y compris en Europe et en Amérique du Nord. En France, la fièvre souvent assimilée au paludisme restait une maladie dominante dans certaines régions : en Sologne, en Flandres, en Bourgogne, en Alsace, en Lorraine, dans les Landes, à Bordeaux, etc. Ces zones abritaient toutes des marais, des étangs qui constituaient des foyers d'insalubrités et rassemblaient les conditions favorables au développement du moustique vecteur (Derex, 2008). Ceux qui travaillaient au contact de la terre humide étaient plus exposés, notamment les jardiniers, les cultivateurs, les éleveurs, etc. Des épidémies de fièvres survenaient au fil des années un peu partout en France chez cette catégorie de travailleurs. Au Chartrons, aux portes de Bordeaux, l'épidémie a emporté près de 3000 personnes (Ponçon, 2008). En Alsace, le nombre de fiévreux soignés dans l'hôpital militaire représentait 75% des malades (Derex, 2008). Les enfants de moins de 5 ans dont les parents habitaient dans les localités d'étangs et de marais ont aussi été victimes des fièvres.

Face à la prédominance des fièvres intermittentes chez cette catégorie de travailleurs, les médecins s'accordent sur les mesures à prendre en leur faveur. Ils recommandaient aux travailleurs de purifier leurs vêtements de travail matin et soir à l'aide de fumée de vinaigre, de soufre et de résines. Les travailleurs eux-mêmes devaient se protéger des inhalations de fumée. À ces mesures, s'ajoutent les règles de propreté des rues et des maisons. Les rudes hivers de 1878 à 1880 détruisent les anophèles et leurs larves et cassent ainsi le cycle de la contamination (Derex, 2008).

C'est ainsi qu'à la fin du XIX^e siècle, une baisse des cas de fièvres fut notée. Les cas

qui existaient étaient plus localisés dans le Morbihan, le Marais breton, la Camargue, la Vendée, le lac de Grand-lieu et la Corse. Mais ces évolutions n'étaient pas linéaires. Pendant la Première Guerre mondiale, on note une recrudescence du paludisme, surtout dans les départements du Nord où existaient déjà des cas avant la guerre (Darriet, 2014). Viennent s'ajouter les foyers constitués par les troupes coloniales implantées en campagne. Le paludisme se manifesta également chez les réfugiés espagnols concentrés dans les camps des Pyrénées-Orientales. En outre, les jeunes rapatriés qui étaient incorporés dans l'armée allemande et qui avaient contracté le paludisme dans les Balkans le propagèrent dans la région d'Alsace. L'absence de médicaments, l'abandon de la lutte antipaludique, la mise en œuvre d'une thérapeutique insuffisante et l'apport massif des troupes infectées occasionnèrent fort logiquement une flambée importante (Derex, 2008).

Avant la Seconde Guerre mondiale, les médecins ont constaté une disparition des fièvres intermittentes, ce qui les a laissés perplexes. La littérature (Derex, 2008 ; Bauchamps, 1988 ; Darriet, 2014 ; Fanica, 2006) écrite sur la disparition des fièvres en France attribue cette disparition aux évolutions agronomiques, aux progrès économiques, à l'évolution psychologique, à l'assèchement des zones humides qui se sont produits au cours du XIX^e siècle, et à l'usage massif de la quinine. La quinine était à l'époque le médicament prisé des médecins et des pharmaciens (Fanica, 2006) pour soigner bon nombre de maux. Les mesures de prophylaxie se limitaient au traitement des fièvres par la quinine. Ainsi, l'usage abusif (utilisé pour bon nombre de maux et mélangé dans les apéritifs amers) de ce médicament a conduit à sa banalisation dans la seconde moitié du XIX^e siècle. Des mesures de lutte antivectorielle ont été adoptées, notamment l'assèchement des régions marécageuses où pondent les anophèles (Darriet, 2014). La diminution des zones humides, l'amélioration des réseaux routiers, l'extension de la technique moderne de drainage et le comblement de nombreuses mares situées à proximité des habitations ont eu également des conséquences sur la régression des cas de fièvre.

Si le paludisme n'est plus une maladie endémique en France et en Europe en général ; on constate parfois l'apparition de cas de paludisme autochtones⁶. Par exemple, en Italie, une fillette de 4 ans qui n'a jamais voyagé dans une zone endémique est décédée en septembre

⁶ C'est un paludisme transmis sur le territoire français métropolitain par piqûre d'anophèles autochtones ou importés. Cf Gentilini M. et Danis M. (1981) Le paludisme autochtone, Médecine et Maladies Infectieuses, vol. 11 (6), pp 356-362.

2017 d'un paludisme grave. En France métropolitaine, on dénombre 1 à 2 cas autochtones suspects chaque année, qui font suite à une transmission congénitale, une transfusion ou parfois des cas de « paludisme d'aéroport » (Fontenille et al, 2009). En 2006, un cas de paludisme à *Plasmodium vivax* importé en Corse a vraisemblablement donné lieu à une transmission autochtone (Armengaud, Legros, 2008). En 2016, Daniel Camus et Éric Caumes (2017) ont observé 2 cas de paludisme présumés autochtones (aéroportuaires ou cryptiques) en France métropolitaine. Une autre étude (Barré, 2007) avait montré la présence en Corse de vecteurs potentiellement compétents (*Anopheles maculipennis labranchiae*) à peu près partout en plaine, en particulier dans des zones anciennement paludogènes, à des densités qui peuvent être importantes par endroit. De plus, le risque théorique de circulation de paludisme, notamment le *Plasmodium vivax*, est considéré comme non négligeable et supérieur à celui identifié en Camargue (Barré, 2007).

La survenue de paludisme chez des sujets n'ayant pas voyagé pose la problématique du risque de réémergence du paludisme sur le sol français. Des travaux ont été menés pour évaluer le risque de réémergence du paludisme dans le Sud de la France à partir de cas importés (Ponçon, 2008 ; Ponçon et al., 2008). Un vecteur potentiel – *Anopheles Hyrcanus* – y a été identifié en raison de sa compétence, de son anthropophilie et de son abondance, dans un contexte fortement marqué par de profonds changements apportés à l'écologie de ce milieu par les activités humaines. Toutefois, dans la conclusion de ces travaux, les auteurs précisent que le risque de réémergence du paludisme dans le Sud de la France est à considérer comme minime en raison du faible nombre de cas importés dans la zone (Ponçon, 2008). Ce risque, aussi minime soit-il, peut devenir un problème à venir au niveau de la santé publique.

Depuis plusieurs années, l'OMS propose des recommandations pour prévenir le paludisme. D'après l'OMS, avant de se rendre dans des pays ou des régions d'endémie palustre, le voyageur doit consulter le centre national de lutte contre la maladie de leur pays, ou d'autres institutions qui conseillent les voyageurs, afin d'obtenir des informations sur les mesures préventives qu'il convient de prendre. Voici quelques mesures de prévention :

- 1) La protection contre les piqûres de moustique entre le coucher et le lever du soleil est la première ligne de défense contre le paludisme. Les mesures de protection consistent notamment à dormir sous une moustiquaire à imprégnation durable et à utiliser des vêtements protecteurs et des répulsifs anti-moustiques.

- 2) En fonction du risque de paludisme dans la zone où ils se rendent, les voyageurs internationaux devront peut-être aussi prendre un traitement préventif (chimio prophylaxie) avant, pendant et après leur voyage⁷.

Chaque pays membre se base sur ces recommandations pour définir lui aussi des recommandations spécifiques en fonction de sa situation sanitaire et de sa capacité économique à bien les mettre en œuvre. Les recommandations sanitaires pour les voyageurs français n'échappent pas à cette règle. Elles s'appuient sur les modifications épidémiologiques observées et s'enrichissent des recommandations régulièrement mises à jour par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ou d'autres instances nationales.

Au niveau national, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) fournit aux pouvoirs publics, en liaison avec les agences sanitaires, l'expertise nécessaire à la gestion des risques sanitaires ainsi qu'à l'évaluation des politiques et stratégies de prévention et de sécurité sanitaires. Pour prévenir le paludisme, le HCSP a mis en place un Comité des Maladies liées aux Voyages et des maladies d'Importations (CMVI). Celui-ci a principalement trois missions : 1) assurer la veille scientifique en matière de pathologies liées aux voyages ; 2) élaborer des recommandations pour les voyageurs en fonction des données épidémiologiques et des connaissances actualisées en matière de prévention ; 3) élaborer des recommandations pour éviter l'importation de maladies, dont le paludisme. Le CMVI, dans l'élaboration des recommandations destinées aux voyageurs en vue de limiter l'incidence du paludisme, tient compte des données du Centre National de Référence du Paludisme (CNRP), de l'Institut Veille Sanitaire (InVS), et de l'Agence Nationale de Sécurité des médicaments et des produits de santé (ANSM) pour les vaccins et les médicaments. Ainsi, avant de se rendre dans un pays à risque de paludisme, le CMVI recommande au voyageur de :

1. Consulter un médecin pour la prescription d'une prophylaxie préventive. Le choix du médicament varie en fonction de la résistance à la chloroquine qui était autrefois suffisante pour assurer la prévention chez le voyageur, mais aussi en fonction des caractéristiques propres au voyageur comme l'âge et le pays de destination (les pays impaludés sont classés en trois groupes selon le risque de paludisme, le niveau de résistance au *Plasmodium falciparum* et des

⁷ <http://www.who.int/malaria/travellers/fr/>

antécédents pathologiques). La majorité des pays d'Afrique subsaharienne sont classés dans le troisième groupe. Ce dernier regroupe les pays où la prévalence du paludisme est élevée. On y rencontre également une chloroquino-résistance et une multi-résistance à certains médicaments. Dans le troisième groupe, la prophylaxie contre le paludisme chez l'adulte se compose essentiellement de trois molécules : l'association Atovaquone-proguanil (Malarone©), la Méfloquine (Lariam©) et la Doxycycline ;

2. Prendre des précautions contre les piqûres de moustiques. Il est conseillé au voyageur de porter des vêtements longs et couvrants les bras, des pantalons et des chaussures fermées. En cas de risques importants, il faut utiliser des vêtements imprégnés d'insecticides. De plus, il est conseillé d'appliquer un produit répulsif sur les zones découvertes du corps et de dormir sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide ;
3. Consulter un médecin en urgence en cas de fièvre, même légère, de nausées, de maux de tête, de courbatures ou de fatigue au cours du séjour ou dans les mois qui suivent le retour. Le prélèvement d'un échantillon de sang est nécessaire pour confirmer le diagnostic. Toute fièvre au retour des tropiques doit être considérée a priori comme un paludisme jusqu'à preuve du contraire. Ceci constitue également un élément d'orientation pour le diagnostic.

Pour la surveillance du paludisme, c'est le Centre National de Référence du paludisme (CNRP) qui est chargé de cette mission, en plus d'évaluer les mesures de prévention, la chimio-sensibilité et d'identifier les groupes à risques (CNRP, 2017). Pour répondre à ces missions, le CNRP propose de s'organiser en deux pôles : un pôle « zones non endémiques » et un pôle « zones endémiques ». Dans le pôle des zones non endémiques, celui qui nous intéresse, c'est le laboratoire coordonnateur de Parasitologie de l'hôpital Bichat et les laboratoires associés, l'Institut de Recherche Biomédicale des Armées (IRBA) de Marseille et le laboratoire de Parasitologie de l'hôpital Pitié Salpêtrière (PSL) qui sont mobilisés pour la surveillance épidémiologique des cas importés en France métropolitaine, aux Antilles françaises et sur l'île de la Réunion. Quant au pôle des zones endémiques, c'est le laboratoire associé de Parasitologie de l'Institut Pasteur de la Guyane qui est mobilisé pour surveiller le paludisme en Guyane et au plateau des Guyanes dans son ensemble et sur l'île de Mayotte.

Le CNRP dispose de 85 correspondants hospitaliers réguliers ou de structures privées aux niveaux régional et départemental qui doivent relayer les informations sur la prévention et notifient les cas de paludisme au niveau national (CRNP, 2016). Ainsi, concernant les cas de paludismes diagnostiqués, le service qui s'occupe du traitement des patients ayant un accès palustre collecte anonymement et de façon systématique les informations qu'ils font remonter au CNRP. Les correspondants régionaux et départementaux recueillent aussi des informations sur l'état civil du malade, le pays fréquenté, sur les dates de séjours, sur les mesures de prévention (si elles ont été prises ou pas), les motifs principaux du voyage, les modes de vie sur place, la date du début des symptômes, le traitement administré, etc. En parallèle, ils expédient également les prélèvements sanguins des patients diagnostiqués pour que le CRNP et les laboratoires associés puissent apporter leur expertise parasitologique et faire de la recherche sur le paludisme. Le laboratoire de Bichat prend en charge l'ensemble des prélèvements sanguins en provenance du territoire métropolitain (à l'exception de ceux de la région PACA élargit, aux hôpitaux de Bordeaux, de Toulouse et de Montpellier, qui seront pris en charge par le laboratoire associé de l'Institut de Recherche Biomédicale des Armées (IRBA)), des Antilles et de l'île de la Réunion. Le laboratoire associé de la Pitié-Salpêtrière reçoit les isolats des accès palustres à *Plasmodium falciparum* dont la présentation clinique répond à des critères de gravité (OMS 2000) pour exploration spécifique. Le transfert de toutes ces informations au CNRP a pour but de permettre à celui-ci de faire de la surveillance et des recherches épidémiologiques et parasitologiques, en collaboration avec les établissements d'où proviennent les informations.

Au niveau départemental, ces recommandations de prévention visant à limiter l'incidence du paludisme chez les voyageurs sont mises en pratique par les professionnels de santé en médecine de ville, dans certains hôpitaux publics et dans les Centres de vaccinations internationales et de conseils aux voyageurs.

Le diagnostic des cas de paludisme d'importation se fait par la réalisation d'un test immunochromatographique antigénique, associé à une méthode de diagnostic microscopique : il s'agit, comme dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, des deux techniques classiques, en occurrence la goutte épaisse et le frottis sanguin. Pour le diagnostic du *Plasmodium Falciparum* chez les voyageurs provenant des zones d'endémie, les tests de diagnostic rapide (TDR) sont considérés comme étant plus performants en termes de sensibilité (SPILF, 2007). La PCR est également proposée depuis une quinzaine d'années

pour le diagnostic du paludisme lié aux différentes espèces plasmodiales. Même si elle demeure une technique promise à un grand avenir (plus sensible que l'examen microscopique et les tests rapides de recherche d'antigènes plasmodiaux), elle peinera cependant à remplacer les méthodes classiques du diagnostic du paludisme à *Plasmodium Falciparum* en laboratoire.

En ce qui concerne la prise en charge médicale, l'Atovaquone-proguanil (Malarone©) est recommandé en première ligne thérapeutique, suivie par la quinine et par l'artéméther-luméfantrine (Riamet©) en troisième ligne de traitement. La Combinaison Thérapeutique d'Artémisinine (CTA) est la seule utilisable en France. Les autres CTA (Artésunate-amodiaquine, Artésunate-méfloquine) ne sont pas disponibles en France. Elles sont jugées dispensables dans la mesure où il existe d'autres alternatives thérapeutiques. Elles le sont surtout en l'absence de transmission du parasite en France métropolitaine et donc de l'absence du risque de résistance, même si leur intérêt est majeur pour les zones dont la majorité des cas en France sont importés, c'est-à-dire l'Afrique subsaharienne. Certains antibiotiques (Clidamycine, Doxycycline, Azithromycine) sont également utilisés en association avec la quinine pour traiter le paludisme simple à *Plasmodium Falciparum*. Cependant, ils sont utilisables pour traiter le paludisme acquis dans les zones où une diminution à la sensibilité de la quinine est suspectée, ou pour diminuer la durée du traitement par la quinine pour le paludisme contacté en Afrique tropicale.

La situation à Bordeaux

À Bordeaux, 80 cas de paludisme sont notifiés chaque année et donnent souvent lieu à des hospitalisations. Plus de la moitié des personnes atteintes sont des migrants originaires des pays d'Afrique subsaharienne.

Pour lutter contre le paludisme, il existe des services au CHU de Bordeaux qui y sont dédiés : le service Santé-Voyage et le Service des Maladies Infectieuses et Tropicales (SMIT). Ces services sont orientés vers les « voyageurs ». Ils sont capables de prévenir et de résoudre les problèmes de santé du voyageur.

- Service Santé-voyage

Le service Santé-Voyage est l'unité fonctionnelle qui dépend du service interne des maladies tropicales du CHU de Bordeaux (Hôpital Saint-André). Il est le principal centre de consultations, de conseils et de vaccinations internationales pour les voyageurs de Bordeaux

et des alentours. L'histoire de Santé-Voyage est intimement liée à l'histoire des contrôles sanitaires aux frontières et à la médecine tropicale à Bordeaux. Auparavant, Santé-Voyage était situé sur les quais de Bordeaux pour vacciner les gens qui arrivaient et partaient des bateaux.

Bordeaux fut la ville du grand commerce du XVIII^e siècle, dont elle tire la plupart de ses beautés et quelques-unes de ses richesses. Le port et la ville de Bordeaux se sont développés avec l'augmentation de la flotte marchande et la progression des échanges commerciaux. Ils se sont également considérablement renforcés avec le commerce colonial. Le port occupait la deuxième place parmi les principaux ports négriers après Nantes, avec 419 expéditions de traite. Les expéditions maritimes militaires et commerciales dans un environnement sanitaire peu connu et dangereux ont favorisé la création de la médecine tropicale dont le but était de protéger les expéditions amenant des hommes immunologiquement « naïfs », non prémunis, au contact d'un environnement complexe, pathogène, mal connu et mortifère (Richard-Lenoble et al., 2013). Les corps expéditionnaires sont décimés par les maladies tropicales : la dysenterie, le paludisme et le choléra lors de la Campagne de Chine de 1859 à 1861 ; en 1878, l'épidémie de fièvre jaune à l'île de Gorée fait 220 victimes sur les 472 Européens qui y vivent et s'étendra à Saint-Louis et Bakel. En 1895, la Campagne de Madagascar entraînera la mort de 5736 soldats, dont 25 seulement au combat ! Devant les conséquences morbides et mortelles de ces nouvelles maladies sur les expéditions, une médecine navale va se constituer, d'abord militaire puis terrestre (Richard-Lenoble et al., 2013).

En 1890, l'École de santé Navale ouvre ses portes à Bordeaux : elle était chargée de former des médecins et des pharmaciens envoyés dans les colonies. Au service des civils et des militaires, le corps de Santé des Troupes coloniales s'installe en 1905 au Pharo à Marseille. Bordeaux et Marseille constituaient les centres névralgiques de la spécialisation en médecine tropicale (Poutrain et al., 2005). En 1903, dès la création du corps de santé colonial, l'accent était mis, en effet, sur la nécessité de compléter la formation reçue à l'université. Les étudiants de Bordeaux (plus tard ceux de Lyon) qui avaient choisi « la Coloniale » devaient suivre un stage de six mois à l'école du Pharo dont la mission était de donner une formation professionnelle spéciale, théorique et surtout pratique qui incombait au Corps de santé des troupes coloniales. « *Un programme professionnel et un sentiment de devoir inspireront les trois grands axes communs à toutes les filières du Pharo : se familiariser avec les*

particularités tropicales, privilégier une médecine collective et préventive (alors qu'en Europe, est privilégiée une médecine individuelle et curative) et savoir s'adapter au contexte biographique. » (Poutrain et al., 2005 : 46)

Santé-Voyage, vers les années 1980, était géré par la Direction des Affaires Sociales et Sanitaires (DASS) avant d'être repris par le CHU de Bordeaux sous l'égide de l'Agence Régionale de Santé (ARS). C'est alors que le service a quitté les quais pour être relocalisé à l'hôpital Saint André, pour devenir une des unités fonctionnelles du service de médecine interne et des maladies tropicales du CHU de Bordeaux. Le service Santé-Voyage se situe au sous-sol de l'hôpital Saint André. Cette unité est le centre de conseil de santé aux voyageurs et de vaccination internationale du centre hospitalier universitaire. Les voyageurs fréquentant ce centre regroupent des personnes se déplaçant pour motif touristique ou professionnel, des migrants souhaitant séjourner dans leur pays d'origine ou des candidats à l'expatriation (Bley et al., 2007). Santé-Voyage comprend :

- un responsable de service, professeur des universités ;
- un coordonnateur de service ;
- trois praticiens hospitaliers ;
- un assistant-spécialiste ;
- cinq praticiens attachés ;
- une secrétaire médicale ;
- deux agents administratifs chargés de l'accueil.

En 2014, ce centre de vaccinations internationales et de conseils aux voyageurs a réalisé environ 8160 consultations, dont 4435 pour la vaccination contre la fièvre jaune. L'effectif de voyageurs consultant le service Santé-Voyage est resté globalement stable ces cinq dernières années. La demande globale des voyageurs internationaux est relativement stable aussi entre 2013 et 2015 (Santé-Voyage, 2014). Cependant, il faut noter un recul sensible du nombre de voyageurs à destination de zones d'endémie palustre d'Afrique de l'Ouest et Centrale avec une compensation presque complète par une relocalisation vers l'Afrique de l'Est et Australe, l'Asie et l'Amérique latine. La désaffectation relative vis-à-vis de l'Afrique de l'Ouest et Centrale serait liée à trois facteurs : la crise économique touchant sensiblement les migrants africains retournant ponctuellement dans leurs pays, la crise sécuritaire liée au terrorisme djihadiste et la crise sanitaire liée à Ebola.

La mission principale du centre est d'assurer des consultations médicales de préparation au voyage international (tous les continents). Ces consultations comportent des prescriptions de prévention, de conseils et de vaccinations internationales requises suivant les antécédents de santé du voyageur, la zone, la saison et le type de voyage. Pour ce faire, les médecins spécialistes des voyages donnent des conseils sur mesure aux voyageurs avec ou sans pathologie, en tenant compte des caractéristiques individuelles. Les consultations sont organisées autour de trois points essentiels : l'hygiène générale (précautions universelles pour la prévention), les vaccinations internationales et la prévention du paludisme, de la dengue, du chikungunya, du zika, du mal aigu des montagnes, etc.

En tenant compte des principes généraux qui sous-tendent les mesures de prévention du paludisme d'importation, une brochure d'information intitulée « **Attention Paludisme** » est distribuée à chaque voyageur venu en consultation dans le service. Les principales informations se résument de la sorte : une brève définition du paludisme, le délai d'incubation minimum (7 jours), la caractéristique du paludisme par un symptôme essentiel et constant qu'est la fièvre, la fréquence, la dangerosité du *Plasmodium Falciparum* et sa résistance à certains médicaments antipaludiques, notamment la chloroquine. Ainsi, le choix du médicament antipaludique approprié est devenu délicat et doit se faire de manière variable et adaptée en fonction des régions visitées, et de la longueur du séjour et des lieux fréquentés. Cette brochure précise également que le *Plasmodium Falciparum* « ne peut pas perdurer plus de 6 mois (90% pas plus de 2 mois) dans l'organisme après le retour d'une zone infectée ». Dans cette perspective, il est important de se prémunir contre le paludisme en associant prophylaxie médicamenteuse, moustiquaires imprégnées et répulsif cutané le soir. Cette association offre « une protection de plus de 95% contre le paludisme et pas totale » ; il faut que le patient pense au paludisme en cas de fièvre pendant le voyage et dans les six mois suivant le retour, et donc à consulter au plus vite possible en informant le clinicien de son séjour en zone impaludée.

Le voyageur, au cours de la consultation de prévention, doit remplir une fiche d'informations : le pays de destination, la durée et les motifs du voyage, les conditions de séjours ou d'hébergement, les antécédents de voyage et l'état de santé du patient. Une partie de cette fiche est un quizz sur la perception des risques, notamment sur le principal risque lié au voyage en choisissant entre diarrhée, paludisme et insécurité. Toutes les autres questions (fermées) concernent exclusivement le paludisme. Elles portent sur : a) le(s) mode(s) de

transmission du paludisme (avec comme proposition de réponses : hygiène, moustique, soleil et pluie) ; b) le meilleur moyen d'éviter le paludisme (médicament/ moustiquaire/ répulsif) ; c) la disponibilité d'un vaccin efficace contre le paludisme ; d) le fait qu'on peut guérir d'un paludisme, la gravité du paludisme et le risque d'en mourir.

L'équipe médicale assure aussi des missions de santé publique, de prévention et de traitement dans le domaine de la médecine des voyages et de la santé internationale. Outre l'aspect médical, le centre mène régulièrement des activités de formations continues auprès des médecins généralistes qui en font la demande. Le but de ces formations est de les informer sur les mesures de prévention existantes, d'apporter des réponses pour certains problèmes récurrents (notamment rencontrés par les médecins généralistes à certaines manifestations cliniques des pathologies de retour de voyage) et pour les résistances aux traitements. Des informations peuvent aussi être fournies à la demande, ponctuellement et par téléphone. Chaque jour, le centre reçoit environ quinze appels de médecins généralistes.

Des réunions hebdomadaires destinées à toute l'équipe du service sont également organisées tous les mardis matin, afin de rendre compte des actualités épidémiologiques sur les pathologies tropicales rencontrées par les cliniciens du service au cours de la semaine. Elles ont aussi pour objectif d'homogénéiser les discours des médecins et de se mettre d'accord sur les grands principes de prise en charge et de prévention des maladies tropicales.

Financièrement, les données déclaratives montrent que le service Santé-Voyage fonctionne en partie par autofinancement. Il ne reçoit pas une dotation de la part de la sécurité sociale. Toutes ses activités qualifiées de subsidiaires (acteur de santé, Santé-Voyage) doivent être financées par les entrées (consultations, prix des vaccins, etc.). Les salaires des praticiens rattachés à Santé-Voyage sont compensés à 50 % par les entrées et le reste par le CHU puisqu'ils exercent aussi la moitié de leurs activités au CHU, plus précisément à la médecine tropicale. Près de 20% des recettes sont destinées au fonctionnement du service (électricité, salaire du personnel d'entretien, plateaux-repas, etc.).

- **Service des maladies infectieuses et tropicales (SMIT)**

Ce service assure la prise en charge des pathologies infectieuses et tropicales. Il est référent dans la prise en charge des infections de l'immunodépression (dont l'infection à VIH) et assure une activité de conseil en infectiologie. Le SMIT est structuré en deux unités conventionnelles d'hospitalisation (ailes 1 et 3) : une unité d'hospitalisation de jour et celle

des maladies tropicales et du voyageur. C'est dans cette dernière unité que sont pris en charge la majorité des cas de paludisme importés à Bordeaux et des alentours chez les adultes. Les cas de paludisme pédiatrique sont pris en charge au service de pédiatrie de l'hôpital Pellegrin.

Le SMIT participe à un réseau de surveillance des pathologies liées aux voyages de manière générale. Ce réseau est sous l'égide du CDC d'Atlanta (Center for Disease Control and Prevention) et de la Société internationale de la médecine du voyage. En tant que site géo-sentinel, il fait remonter de façon systématique des informations détaillées sur toutes les pathologies diagnostiquées ou restées à l'état de syndrome liées au voyage, notamment le paludisme. Ce sont des informations épidémiologiques et cliniques sur les méthodes qui ont permis de poser le diagnostic, sur les critères de gravité quand il y en a (il y a par exemple plusieurs items pour coder le paludisme en fonction des espèces et de la gravité) et sur la résistance à certains traitements. À ce niveau, les informations recueillies par le CDC d'Atlanta permettent de faire de la surveillance et éventuellement de lancer des alertes. Le cas échéant, le CDC d'Atlanta propose de mener des travaux de recherches collaboratives entre les différents sites de surveillance.

Le SMIT a une certaine notoriété dans le milieu médical de la région d'Aquitaine. La majorité des cas de paludisme leur sont adressés pour une prise en charge. Autrement dit, les patients admis dans les urgences ou en médecine de ville de Bordeaux et alentours y sont régulièrement transférés pour le traitement quand le diagnostic est posé ou quand on suspecte un paludisme.

Concernant les patients ayant un accès palustre simple, ils sont traités au SMIT. La plupart y sont hospitalisés pour une durée moyenne de trois jours en général. Dans le cas où le patient est jugé « fiable⁸ » par le clinicien et peut être revu rapidement, il arrive qu'il soit traité en ambulatoire et il est revu généralement à la fin du traitement, au troisième ou quatrième jour pour s'assurer de l'efficacité du traitement en question. Qu'ils soient hospitalisés ou non, tous les patients sont revus systématiquement au 28^e jour pour une visite de contrôle. Le but de cette

⁸ Il n'y a pas en France des critères validés autorisant ou non un traitement du paludisme en ambulatoire. Cette absence se traduit par les attitudes très diversifiées des concernés. Dans ce contexte d'étude, les critères sont plutôt subjectifs. Les médecins essaient de voir déjà si le patient a pris conscience du risque qu'il peut encourir ou si le traitement serait éventuellement bien pris et suivi. Ils prennent également en compte le fait que le patient ait pris ou non au préalable une chimioprophylaxie et l'éloignement du lieu de résidence du patient. Si le patient n'habite pas loin et aussi si le patient n'est pas seul et s'il peut être traité par voie orale (absence de trouble digestifs par exemple vomissements, diarrhée qui pourrait compromettre le traitement par voie orale). Il faut aussi qu'ils soient sûrs que le patient reviendra les voir quelques jours après. Les indications listées sont très subjectives et dépendent de l'appréciation du médecin et du profil de patient avec qui il a affaire.

consultation est de s'assurer de l'absence de rechute tardive.

Pour le traitement du paludisme simple, il existe deux solutions : une Combinaison Thérapeutique à base de dérivés de l'Artémisinine (CTA) et de l'Atovaquone-proguanil. En cas de vomissements, la quinine par voie intraveineuse est proposée.

La posologie des CTA est de trois comprimés par jour, en une prise unique, pendant trois jours consécutifs pour les adultes pesant plus de 40 kg. Concernant la l'Atovaquone-proguanil ou la Malarone, la prescription est de quatre comprimés par jour en une seule prise également pendant trois jours. En cas d'impossibilité de traiter par voie orale pour des raisons de vomissements ou de diarrhée importante, un recours initial à la quinine en perfusion intraveineuse est requis.

Ce service travaille en étroite collaboration avec le service de réanimation du CHU (site de l'hôpital Pellegrin) en fonction de la gravité du paludisme. Pour la prise en charge d'un paludisme grave en soins intensifs ou en réanimation, les professionnels de santé doivent prendre en compte un certain nombre de manifestations jugées pertinentes comme les défaillances neurologiques, respiratoires, cardio-circulatoires, mais aussi des convulsions répétées, l'ictère, l'acidose, l'hyper-parasitémie ou l'insuffisance rénale qui impose une épuration extrarénale. Un seul de ces signes de gravité est suffisant pour le diagnostic du paludisme aggravé, excepté le cas d'hyper-parasitémie, qui, isolé, n'est pas concluante.

Si le patient présente un seul de ces signes, il est directement admis au service de réanimation. Là-bas, le patient est traité avec l'Artésunate ou de la quinine en intraveineuse. Dès que l'état s'améliore et permet un traitement oral, le service des maladies infectieuses et tropicales prend le relais. La durée d'hospitalisation pour un paludisme compliqué est très longue comparée à une hospitalisation pour accès palustre simple et est très variable. Elle peut durer de deux à quatre semaines et parfois un peu plus.

Les formes graves de paludisme ont été essentiellement étudiées chez les sujets immuns en zone d'endémie. Ces complications s'observent en zone d'endémie palustre. C'est à partir de ces études que l'OMS a développé les critères de gravité en 1999, révisés en 2000 (Corne et al., 2004). La pertinence de ces critères chez les sujets non-immuns ou chez les semi-immuns est discutée dans la littérature. Pour Fabrice Bruneel et collaborateurs (1999), la définition de l'accès palustre grave donnée par l'OMS semble moins pertinente dans le cas du

paludisme dit d'importation qui touche souvent une population non-immune ou des migrants qui ont perdu leur semi-immunité naturelle.

En France, suite à la conférence de consensus sur la prise en charge du paludisme d'importation à *P. falciparum* de 1999, révisée en 2007, les critères de gravité ont été adaptés aux tableaux cliniques observés chez les patients et aux moyens des hôpitaux métropolitains. Les critères diagnostiques de paludisme grave, établis en 2007 sur le modèle de la définition du sepsis sévère et du choc septique, semblent être mieux adaptés que les critères de l'OMS, notamment la prise en charge de voyageurs non immuns dans un contexte de soins européens (Nau et al., 2011).

Dans le contexte bordelais, les voyageurs en général et ceux originaires des zones à risque palustre, notamment d'Afrique subsaharienne en particulier, disposent de structures dédiées à la prévention du paludisme et des spécialistes qui donnent des conseils individualisés. En plus, les mesures de prévention proposées par le Comité des Maladies liées aux Voyages et des maladies d'Importations (CMVI) peuvent réduire considérablement le risque d'importation du paludisme. Pourquoi, avec cet ensemble de dispositifs, il y a-t-il toujours autant de paludisme de retour chez les voyageurs migrants d'origine africaine, d'autant plus que dans les pays endémiques, il y a une tendance à la baisse ?

Problématisation de la recherche

Comme un séjour en zone tropicale expose à une infection potentiellement mortelle par *Plasmodium falciparum*, une adoption des recommandations destinées à réduire son incidence est nécessaire. Idéalement, le voyageur devrait respecter toutes les étapes de prévention pour éviter un accès palustre au retour comme le montre le schéma qui suit.

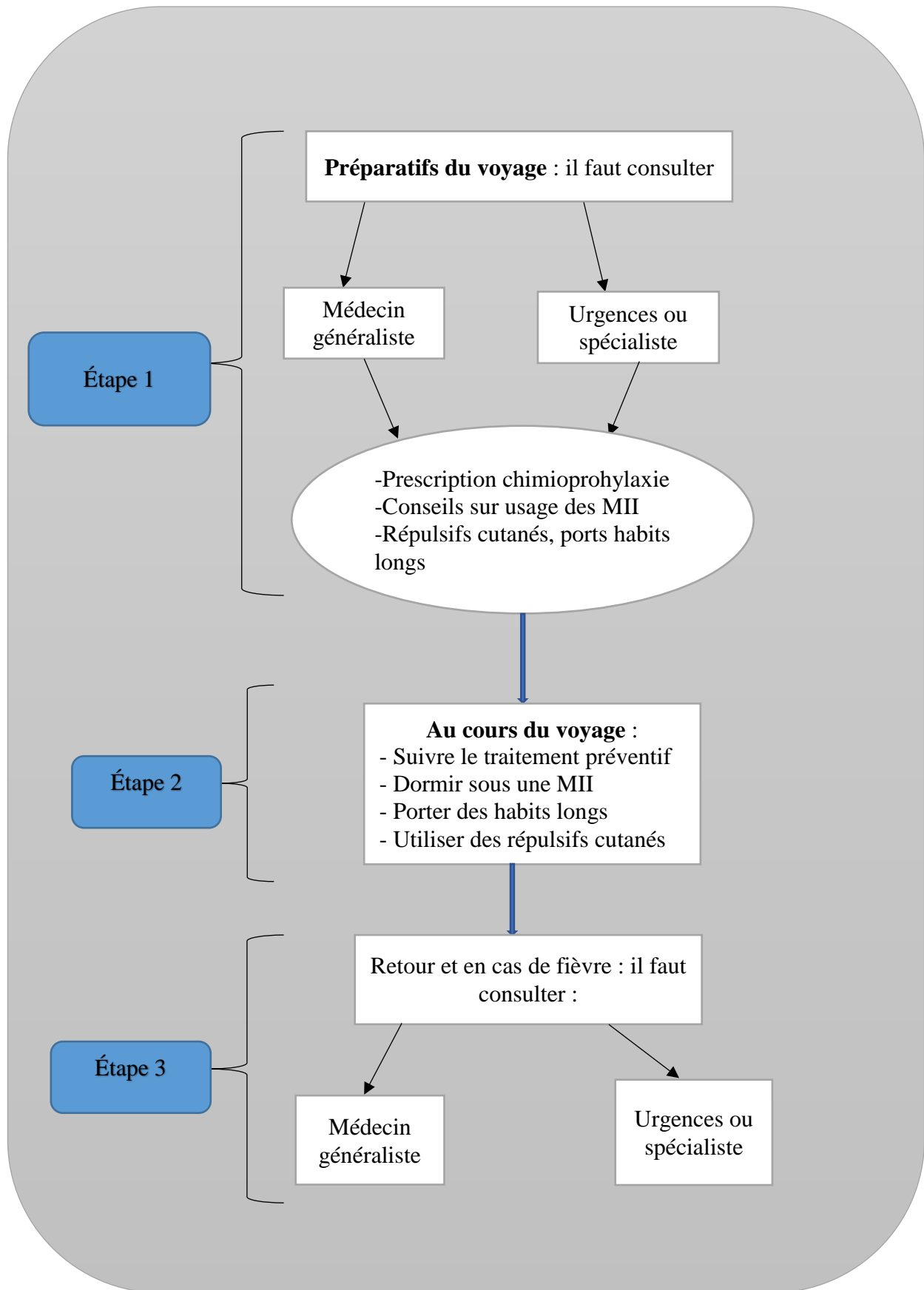


Figure 1: Schéma idéal de la prévention du paludisme

Pour tout le monde, l'ensemble de ces recommandations est très contraignant et difficile à respecter dans son intégralité, que l'on soit voyageur d'origine africaine ou non, comme l'indiquent les cas de paludisme chez des voyageurs non africains. Leur respect peut apparaître d'autant plus difficile que tout ceci a un coût et que la fièvre liée au paludisme constitue une situation « normale » pour les individus originaires des zones endémiques. De plus, cette politique de prévention du paludisme s'accorde parfois mal avec la situation économique et les caractéristiques individuelles des voyageurs migrants originaires des pays d'Afrique subsaharienne (Veisse, 2010 ; Behrens et al., 2015). Ainsi, comme le montre le médecin Bertrand Gachot et collaborateurs, « *les voyageurs les plus exposés notamment les Africains en situation d'immigration retournant dans leurs pays d'origine pour plusieurs mois, ne peuvent pas pour la plupart du temps dépenser des centaines d'euros de médicaments et de produits antipaludiques qui viennent s'ajouter aux vaccins et au prix du voyage.* » (Gachot, Bruneel, Pays, 2004 : 102). Pour ces auteurs, la plupart des voyageurs migrants originaires d'Afrique ne prennent pas de chimioprophylaxie, car ils n'ont pas suffisamment de moyens financiers pour se prémunir. Pour faciliter par exemple l'accès à cette prévention, il est primordial de surmonter les problèmes d'accès aux traitements préventifs (relatifs au prix des médicaments antipaludiques et des commodités comme les produits répulsifs et au non-remboursement du traitement préventif par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM)). Ainsi, le prix élevé de la chimioprophylaxie et son non-remboursement par la CNAM expliquent-ils à eux seuls le recours limité à la prévention du risque palustre ?

La plupart des voyageurs migrants d'origine africaine sont prêts à dépenser plusieurs centaines d'euros dans l'achat de cadeaux et pour satisfaire les attentes de la famille non-migrante restée au pays. Dans cette perspective, ceci pose la question de la hiérarchisation des priorités. D'où l'importance pour moi de comprendre comment le voyageur migrant originaire d'un pays d'Afrique subsaharienne organise ses conduites préventives dans un contexte où il est soumis à de fortes contraintes économiques et sociales, et quelles sont les dimensions qui prévalent dans la perception des risques et leur hiérarchisation.

En Afrique subsaharienne où le paludisme sévit le plus, des programmes mondiaux et nationaux de lutte contre le paludisme se sont succédé au fil des années, apportant à chaque fois de nouveaux messages de prévention qui viennent s'ajouter à ceux des programmes précédents. La succession de ces programmes fondée sur l'avancée des connaissances scientifiques se confond souvent dans l'esprit des professionnels de santé et des populations

(Le Marcis, et al., 2013). En effet, les voyageurs qui sont nés et ayant grandi en Afrique subsaharienne peuvent recevoir beaucoup d'informations (Gruénais, Ndoye, Babo, 2006) sur la prévention du paludisme par le biais des différents types de programmes de lutte contre le paludisme dans leurs pays d'origine. De plus, la multiplication des niveaux d'intervention (international, national et local) et des changements de protocoles de prise en charge ont rendu très complexe la lutte contre le paludisme (Develoux et al., 2012).

Ainsi, les directives destinées aux voyageurs, notamment aux voyageurs migrants d'origine africaine, en vue de limiter la survenue du paludisme ne sont pas nouvelles pour les voyageurs migrants eux-mêmes. Ils ont des savoirs et des pratiques fondés sur leurs expériences précédentes vis-à-vis du paludisme. De plus, chaque pays d'Afrique subsaharienne dispose d'un Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP). Donc, ces voyageurs migrants ont en général une connaissance de la prévention du paludisme. Leurs connaissances en la matière tournent essentiellement autour de l'usage de la moustiquaire imprégnée insecticide (MII). Ceci parce que les acteurs de la lutte contre le paludisme en Afrique concentrent leurs activités de prévention sur la promotion de l'usage de la moustiquaire imprégnée insecticide (MII), la pulvérisation intra-domiciliaire d'insecticide (PID), l'assainissement de l'environnement et l'élimination des gîtes larvaires, soit des activités de protection à l'échelle individuelle et collective (Faye et al., 2011). En effet, pour la prévention du paludisme en Afrique, la protection à partir de MII est un moyen largement privilégié depuis une décennie sous l'impulsion du programme Roll Back Malaria⁹. Les individus prennent également des initiatives individuelles pour se protéger du paludisme, notamment l'utilisation de grillage aux fenêtres et des aérosols d'insecticides (Vernazza-Licht, et al., 2015). Des techniques plus traditionnelles sont aussi pratiquées pour éviter le paludisme. Au Cameroun, on fait bouillir et boire des feuilles de thé quotidiennement pour prévenir le paludisme (Leke, Mbacham, Tallah, 2010), on fait des cures mensuelles préventives « d'ekouk » (Vernazza-Licht, et al., 2015). Au Sénégal, les mêmes procédés sont utilisés pour prévenir paludisme. Les parents préparent des fumigations des feuilles d'arbre à l'intérieur des chambres pour chasser les moustiques (Faye, Ndoye, Sokhna, 2007).

Même s'il y a des pratiques qui passent par le recours à des traitements

⁹ Cette initiative, Roll Back Malaria (faire reculer le paludisme) a été mis en place depuis 1998 par plusieurs organismes internationaux (OMS, UNICEF, PNUD, La banque mondiale), par les gouvernements des pays touchés par le paludisme, par des ONG, par des laboratoires pharmaceutiques et par des instituts de recherches et des universités. Elle a pour but de faciliter l'accès rapide au traitement et aux moyens de prévention.

prophylactiques comme le Traitement Préventif Intermittent (TPI) chez les femmes enceintes, le médicament est généralement utilisé dans le pays d'origine à des buts curatifs, ce qui pourrait rendre l'utilisation de la chimioprophylaxie difficile pour les voyageurs migrants qui sont originaires d'Afrique subsaharienne. Ceci suscite la réflexion autour de la question de la transparence des savoirs et des pratiques préventives antérieures sur le processus décisionnel de recourir à la prévention médicamenteuse priorisée en France. Autrement dit, les connaissances et pratiques de prévention acquises avant de venir en France transparaissent-elles dans le processus de choix préventif ? La recommandation en France d'une prophylaxie médicamenteuse s'ajoutant à l'usage des MII seulement disponible comme moyen de prévention contre le paludisme dans les pays du Sud pour la population générale ne donne-t-il pas la possibilité aux voyageurs migrants originaires des pays d'Afrique de l'Ouest de faire un choix entre médicaments et MII ? Comment les voyageurs migrants originaires d'Afrique de l'Ouest pensent et perçoivent la chimioprophylaxie largement préconisée en France ?

Le paludisme, cette maladie récurrente en Afrique (Ndoye, 2009 ; Vernazza-Licht, et al., 2015 ; Kouakou, 2013) a fait l'objet d'études qui cherchent à analyser les représentations et à comprendre les comportements populaires liés à elle, comme ce fut le cas dans beaucoup de pays africains, notamment au Burkina Faso (Bonnet, 1990), en Côte d'Ivoire (Kouakou, 2013), au Sénégal (Ndoye, 2009), etc. L'essentiel de ces travaux a montré que le paludisme est une pathologie dont les causes sont reliées à des systèmes de pensée plus large, qui dépassent la sphère biomédicale. Pour Tidiane Ndoye, *« le « sibiru » se donne comme une maladie englobante, un construit social autour d'une entité nosologique qui entre dans le quotidien des populations sénégalaises. Ainsi, le paludisme ou plutôt le « sibiru » des populations englobe et diffère à la fois de celui des médecins »* (Ndoye, 2009 : 88). Les populations africaines étudiées ont aussi des perceptions très contrastées et des modes de recours différents. En effet, le paludisme est considéré comme une maladie banale (Ndoye, 2009 ; Gruénais, 2003), mais en même temps grave chez les enfants (Faye, 2009 ; Kouakou, 2013). Pour d'autres auteurs, le paludisme reste aux yeux des certains Africains une fatalité : *« on ne peut rien faire, on vit avec... »* (Vernazza-Licht, et al., 2015 : 210). Ces représentations circulent de bouche à oreille ou encore rebondissent d'une culture à une autre. Dans cette perspective, existe-t-il un continuum des représentations sociales et culturelles du paludisme chez les voyageurs africains en contexte de migration ? L'expérience migratoire (séjour en France et va-et-vient entre la France et le pays d'origine) favorise-t-elle un changement de perceptions et par conséquent un recours à la prévention du risque palustre ?

Comment les voyageurs migrants d'origine africaine perçoivent-ils le risque du paludisme dans leur nouveau contexte ?

La perception subjective de la gravité d'une maladie constitue un déterminant important du recours aux soins. Pour l'anthropologue Raymond Massé (Massé, 1995), le recours à un médecin sans être malade (pour la prévention des maladies, des vaccins, des examens de routine, etc.) n'est pas mécanique. En réalité, la prévention d'une maladie dépend « *du seuil de tolérance plus élevé à divers symptômes ou dysfonctionnements* » (Massé, 1995 : 360). Autrement dit, pour rechercher une aide extérieure (aller voir un praticien par exemple), il faut au préalable que l'individu ou son entourage reconnaissent la présence de symptômes laissant sérieusement présager l'imminence d'un désordre physique ou psychologique. Ainsi, peut-on expliquer la faible fréquence des consultations préventives chez le généraliste (médecin traitant en l'occurrence) ou chez le spécialiste de la santé des voyages par la faible perception de la gravité du paludisme ?

Il a été observé par Olivier Bouchaud et collaborateurs (2006) que, par rapport aux voyageurs français, les voyageurs migrants originaires des pays d'endémie palustre avaient tendance à se juger non vulnérables au paludisme du fait de leur expérience de la maladie (Bouchaud et al., 2006). Or, l'OMS (2012) soulignait que les migrants venus des régions endémiques et leurs enfants qui vivent dans les zones exemptes de paludisme et qui retournent dans leur pays d'origine pour y rendre visite à des amis ou à la famille sont également exposés, car leur immunité a diminué ou disparu. De plus, ils sont très vulnérables à la maladie lorsqu'ils sont infectés. L'immunité humaine est un facteur important dans les zones à transmission modérée et intense. Elle se développe après des années d'exposition et contribue à la réduction du risque de la gravité de l'infection. Donc, les situations d'exposition du paludisme chez les voyageurs migrants retournant temporairement dans leur pays d'origine pour les vacances peuvent aussi être importantes, car après quelques années sans contact avec le parasite, les individus perdent leur immunité. Ainsi, quel est le rôle de l'expérience grave du paludisme sur le recours à sa prévention ?

On a constaté dans divers travaux collectifs (Bouchaud e al., 2006 ; Pistone et al., 2007 ; Pistone et al., 2010b) une faible sensibilisation sur la prévention du paludisme par rapport aux autres pathologies tropicales. L'information sur la prévention du paludisme pour les populations en partance dans les pays à risque palustre est quasi inexistante par rapport à d'autres pathologies également transmises par les moustiques. Ainsi, la dengue et le

chikungunya ont fait l'objet d'affiches dans les aéroports, au Service des maladies infectieuses et tropicales du CHU de Bordeaux (site Pellegrin) et à Santé-Voyage comme le montrent les images ci-dessous.



Figure 3: Affichage sur la protection des moustiques pour les voyageurs à destination des Antilles françaises ; photo prise à l'aéroport de Mérignac



Figure 2: Affichage sur la dengue et le chikungunya, photo prise à Santé-Voyage

Dans les lieux où ces photos ont été prises, aucune affiche n'évoque la prévention du paludisme. Par exemple à Santé-Voyage, il y a environ une vingtaine d'affiches, une seule concerne le paludisme et plus spécifiquement la journée mondiale du paludisme. Ceci témoigne de l'importance relative accordée au paludisme en France dans des lieux où on pourrait s'attendre à une information importante.

En plus, les informations relatives aux risques n'ont pas atteint des groupes plus spécifiques de la population dite à risque (SPILF, 2007 ; Behrens et al., 2015 ; Pistone et al., 2010a). En effet, pour la SPILF, la plupart des voyageurs méconnaissent la nécessité d'une chimioprophylaxie avant de se rendre dans un pays impaludé. La méconnaissance de l'existence en France des moyens de prévention du paludisme avant le voyage et les risques encourus peuvent avoir des conséquences sur la santé. Elle peut entraîner des retards de diagnostic ou thérapeutique et une létalité non négligeable constatés essentiellement parmi les voyageurs atteints de paludisme importé d'Afrique subsaharienne (Pistone, et al., 2010a).

Parmi les voyageurs recherchant des informations, des conseils et une prescription chimioprophylactique pour le paludisme avant de se rendre en zone tropicale, la plupart se tournent vers le médecin de famille ou encore le médecin généraliste. Ce dernier est souvent le premier interlocuteur en cas de conseils aux voyageurs. Il est donc important, voire indispensable, que le médecin généraliste soit capable de délivrer des informations précises et adaptées. Toutefois, certains travaux montrent des lacunes (Pin, 2004 ; Huneau, 2008, Drillhé, Delmont, Soulas, 2012). Dans le contexte marseillais, une étude réalisée auprès de 100 médecins généralistes va dans le même sens en montrant que 50% d'entre eux rencontrent des difficultés à apporter des conseils préventifs sur le paludisme lors des consultations aux voyageurs (Drillhé, Delmont, Soulas, 2012).

Le paludisme d'importation en France doit être évoqué devant un tableau classique de « fièvre du retour des tropiques ». Ceci pour faciliter un diagnostic rapide du paludisme. Cependant, les patients arrivent très tardivement à l'hôpital en raison de l'absence d'une prise en compte par le médecin du risque de paludisme face à une fièvre après un retour de zone d'endémie (Pistone, et al., 2010a). Des insuffisances dans la formation médicale continue en matière de paludisme sont également à noter. D'où l'intérêt pour cette recherche de connaître, dans le cadre spécifique du paludisme, l'apport du médecin généraliste et du pharmacien

d'officine dans la prévention et la prise en charge du paludisme. Les médecins généralistes ou les médecins traitants auxquels les voyageurs font appel, avant le voyage et en cas de fièvre au retour d'un voyage, sont-ils suffisamment bien formés et outillés pour bien informer, conseiller, diagnostiquer et traiter le paludisme ? Bien plus, de nos jours, internet permet à quiconque de trouver les informations dont il a besoin sur les risques sanitaires du pays de destination.

Cadre théorique et conceptuel

Plusieurs modèles théoriques ont tenté d'expliquer l'influence des variables sociales et cognitives sur le comportement de santé des individus en matière de santé et d'identifier les éléments qui les incitent au changement.

L'approche ethnologique ou culturelle de Mary Douglas sur le risque

Les prémisses de la théorie de l'analyse culturelle voient le jour à la fin des années 1960, dès l'apparition de la canonique « *De la souillure* » publiée pour la première fois en 1967 (Douglas, 2001). Une des thèses et méthodes de ce livre était de considérer les maux, les souillures et pollutions comme une source à la fois de danger et de pouvoir. Il faut attendre la fin des années 1970 pour que l'anthropologue anglaise Mary Douglas s'intéresse aux risques modernes, avec la collaboration du politologue Aaron Wildavsky. Ensemble, ils écrivent l'ouvrage qui a posé les jalons de la théorie culturelle du risque : « *Risk and culture* », publié en 1982. Dans cet ouvrage, ils montrent que chaque culture, chaque catégorie sociale possède sa propre vision du temps, sa propre façon de se remémorer le passé et de se projeter dans le futur, et donc d'affronter le risque.

Au fil des années, Mary Douglas améliore sa théorie en distinguant ainsi deux dimensions de l'analyse culturelle du risque : *Grip* et *Group* (Douglas, 1990). Elle analyse la diversité des sociétés humaines par un classement sur ces deux dimensions que l'on peut traduire par hiérarchie interne et limite externe. La première dimension (*group*) renvoie à la façon dont un groupe se définit par rapport aux autres, en essayant de tracer une frontière plus ou moins nette, pour affirmer son identité propre et se distinguer du reste de la société. Quant à la seconde dimension, elle renvoie à la structure interne du groupe, à la façon dont sont régulées les relations sociales entre ses membres, selon que cette structure est égalitaire ou hiérarchisée, selon qu'elle induit une différenciation plus ou moins rigide des tâches. Le modèle *grip/group* est un instrument de recherche dont l'apport est tout d'abord d'établir les

quatre types d'institutions sociales comme cadres de référence, afin d'expliquer les variations des perceptions du risque de paludisme.

En croisant ces deux dimensions, on obtient un espace découpé en quatre pôles culturels (individualiste, hiérarchique, égalitaire, fataliste) qui ont des rapports très contrastés aux risques (Douglas, 1978). Ces pôles expriment les principes d'ordre auxquels les individus marquent leur attachement. Ils orientent leurs actions, leurs argumentations et leurs justifications. Ils conduisent les individus à mettre les situations sous des éclairages cognitifs et axiologiques radicalement différents, en cohérence avec les contextes sociaux qui leur correspondent. Chaque type d'institution permet en effet de relier les logiques argumentaires que les individus mobilisent aux contextes sociaux dans lesquels ils agissent et, cela place l'ancrage de ces logiques argumentaires dans des institutions sociales typiques. Ce modèle permet de sortir d'une vision monolithique de la rationalité des conduites pour considérer l'adéquation des moyens choisis aux finalités poursuivies par l'individu, en fonction des institutions dans lesquelles ses conduites s'inscrivent et acquièrent des significations.

En application à notre contexte d'étude, ma population d'étude peut être découpée en quatre sous-groupes.

- Le premier sous-groupe correspond aux acteurs de santé qui gravitent autour de la prévention et de la prise en charge du paludisme. Il s'agit des médecins généralistes, des spécialistes de la médecine des voyages et/ou des maladies infectieuses et tropicales et des pharmaciens d'officine.
- Le deuxième sous-groupe concerne les voyageurs migrants qui ont le statut d'immigrés travailleurs. Ce sont dans la plupart des mariés sans enfants en France et qui effectuent régulièrement des séjours dans leur pays d'origine. Ils sont généralement dans des situations sociales et économiques favorables par rapport aux étudiants.
- Le troisième concerne les voyageurs migrants qui sont en France pour des raisons d'études : les étudiants. Ces derniers à la différence des immigrés travailleurs se situent généralement dans une situation économique précaire. Certes, ils peuvent travailler, mais la durée de travail légal annuel (960 h) imposé par la loi française relative au travail des étudiants étrangers leur permet juste de gagner de quoi vivre. Les bourses des pays d'origine sont insuffisantes par rapport au niveau de vie en France.

- La dernière catégorie, les voyageurs migrants qui ont le statut de travailleurs et qui sont parents d'enfants nés en France.

Ces sous-groupes se distinguent par leur rapport aux risques en termes d'attitude et de « portefeuille de risques », et ils ne conçoivent pas la connaissance de la même manière, ce qui influence leur perception du risque. Ainsi, comme chaque forme d'organisation sociale a ses propres valeurs, elle aura également sa propre hiérarchisation des risques et son propre « portefeuille de risques » et son propre rapport au risque. Donc, nos valeurs nous fournissent des critères pour hiérarchiser les risques (Perreti-Watel, 2010). En appartenant à une culture, le voyageur migrant dispose ainsi d'une sélection de risques qui sont propres à sa culture.

Le premier pôle est caractérisé par une limite externe et une hiérarchie interne fortes. La culture hiérarchique raisonne en termes de gestion calculée des risques. Il cherche à protéger la société. Entre typiquement dans ce registre cette « culture du risque » que les autorités et les professionnels du risque veulent apprendre aux populations. Dans le cadre de ce travail, la culture hiérarchique peut correspondre aux acteurs de santé qui sont chargés de proposer et de prescrire la prévention du paludisme et de prendre en charge les voyageurs migrants en cas de fièvre du retour. Dans ce premier pôle, de nombreuses contraintes s'entrecroisent, notamment de type organisationnel et pratique. Cependant, l'acteur de santé demande d'éviter toute prise de risque (prendre une chimioprophylaxie), toute initiative qui introduirait de l'incertitude (inobservance) lors du séjour. Son rôle dans la prévention du risque palustre est prescrit par les décideurs de santé publique qui s'occupent de la mise en place des recommandations sanitaires pour les voyageurs internationaux. Leurs rôles et statuts sont différenciés, mais interdépendants. Par exemple après l'obtention d'une prescription pour éviter le risque palustre chez le médecin généraliste ou le spécialiste de la médecine des voyages, le voyageur doit passer chez le pharmacien pour obtenir les produits prescrits par les premiers.

La culture individualiste a pour principale préoccupation de garantir la liberté d'action et d'initiative. Les individualistes possèdent une totale liberté d'entrer et de sortir du groupe et sont habitués à l'incertitude quotidienne et pour eux, le monde « *change de jour en jour tel un kaléidoscope*¹⁰ » (Douglas, Wildavsky, 1982 : 99). Mais, ils aiment également prendre des risques. Toutefois, en cas de problème, ils sont jugés seuls responsables des maux qui leur arrivent (Douglas, 1990). Dans ce groupe peuvent se situer les voyageurs migrants originaires

¹⁰ Traduction par mes soins.

d'Afrique qui ont un statut de migrant travailleur. Ils sont relativement « indépendants » et cette situation leur accorde la possibilité de choisir ou non la mesure de prévention qui leur semble être la plus adaptée pour eux et pour leur entourage d'un point de vue économique, social et culturel. Ils ont une marge de manœuvre entre satisfaire les attentes de la famille restée au pays et se prémunir contre le paludisme.

Quant à la culture égalitaire, elle prône pour une négociation des risques. Ses membres jouent des rôles souvent ambigus avec une forte emprise sur eux. Marcel Calvez (2006), qui a apporté une contribution sociologique à l'analyse culturelle de Mary Douglas, considérait l'institution égalitaire comme une institution « *fissile, instable, qui se caractérise par l'anomie et les dissensions ; elle parvient à être stabilisée par opposition à une menace extérieure et qui permet d'affirmer et de rendre réelle la frontière qui sépare le groupe d'un extérieur et qui permet d'en appeler à une solidarité interne transcendant les conflits* » (Calvez, 2006 : 7). Peuvent se trouver dans cette catégorie les voyageurs migrants qui sont en France pour leurs études. Les étudiants rentrent dans la catégorie des migrants, mais leur statut d'étudiant les différencie des autres. Avec ce statut, ils peuvent être sujets à de fortes contraintes économiques et à une négociation plus prégnante entre la prévention contre le paludisme et la réponse aux attentes de solidarité de la population non-migrante. Dans ce cas de figure, les messages préventifs peuvent difficilement être entendus et suivis.

Le dernier pôle est celui des résiduels ou la culture fataliste. Pour Tobias Girard (2013), les membres du groupe appartenant à cette culture fataliste pratiquent le culte de la sécurité et de la soumission aux menaces sans s'investir dans des mouvements de contestation. Rentre dans cette typologie, le groupe de voyageurs migrants qui ont des enfants nés en France ; leurs enfants n'ont jamais eu une expérience du paludisme. Les parents se sentent obligés de les faire suivre les recommandations promues par le centre, car ils n'ont pas l'expérience. Les enfants nés hors des pays d'endémie palustre sont généralement perçus comme plus vulnérables, car ils n'ont que peu de prise sur leurs situations ni sur les risques encourus lors du retour temporaire. Ce sentiment de vulnérabilité serait donc un signe de soumission et de respect des recommandations comme le démontre le cas de beaucoup de parents rencontrés en situation de consultation à Santé-Voyage au chapitre 4 de ce travail.

Ce qui a retenu mon intérêt, c'est que cette approche offre la possibilité de partir de l'individu dans ses actions et justifications pour analyser la correspondance entre les valeurs, les croyances et les relations sociales. Les choix que le voyageur migrant d'origine africaine

fait vis-à-vis de la prévention du paludisme dépendent des possibilités et des contraintes qu'offre le contexte social, économique et culturel dans lequel il agit. Ce contexte est « *la résultante de la sédimentation d'innombrables décisions individuelles passées, créant la structure des coûts et la distribution des avantages qui constituent le cadre des décisions présentes.* » (Douglas, 1978 : 5) Elle permet de mieux comprendre la façon dont les individus se comportent face aux risques, de mettre en valeur à la fois ce qui se retrouve dans l'ensemble d'une société particulière et les dissemblances qui peuvent exister entre les individus de groupes sociaux différents. Ainsi, le sous-groupe auquel appartient chaque enquêté va en grande partie moduler son rapport aux risques, c'est-à-dire leur façon de les percevoir et de les hiérarchiser entre eux.

L'apport de l'analyse culturelle, et singulièrement de la typologie *grid/group* des institutions sociales, est d'introduire différentes modalités d'existence de l'ordre social pour expliquer les variations dans les perceptions du risque de paludisme. Cela conduit à montrer que les perceptions des risques et les attitudes à leur égard ne sont pas l'expression d'émotions irrationnelles, ou d'un défaut d'éducation, comme les professionnels du risque tendent souvent à considérer les perceptions profanes, mais qu'elles expriment des préférences pour un certain mode de vie et d'organisations relationnelles. Je vais montrer par exemple l'importance des relations sociales entre le voyageur migrant et sa famille non-migrante dans le processus décisionnel de recourir ou non à la chimioprophylaxie.

Le cadre d'analyse de Douglas permet donc d'expliquer les différentes perceptions du risque, en reliant leur comportement face au risque palustre à la culture du groupe auquel ils appartiennent. Denis Duclos (1994) qui a analysé cette théorie culturelle du risque dans une perspective durkheimienne considère que « *l'attitude des acteurs face aux menaces dépend essentiellement de leur position sociale* » (Duclos, 1994 : 347). Ce cadre demeure aussi important dans l'étude des perceptions et des interprétations que les individus ont du risque. On peut donc s'attendre, face au risque palustre lors du retour temporaire, à trouver différentes raisons invoquées par les voyageurs migrants et les acteurs de santé qui peuvent être cohérentes avec les finalités que chaque acteur enquêté privilégie. Cette typologie se présente ainsi comme un instrument d'analyse dynamique, évolutive, dans la mesure où les perceptions que les voyageurs migrants ont du risque palustre ne sont pas figées. Elles peuvent évoluer dans le temps en fonction des expériences de la maladie et de leur nature et des contextes social et géographique dans lesquels se déroulent ces expériences.

L'analyse culturelle m'a paru offrir un cadre d'analyse adéquat, car chaque sous-groupe mobilise des logiques argumentaires et des perceptions du risque palustre qui, du point de vue anthropologique, permettraient de montrer l'hétérogénéité des situations d'exposition au risque palustre et d'expliquer les difficultés que rencontrent les acteurs de la santé publique à faire accepter et adopter la prévention du paludisme, ainsi que la dimension politique de ce risque. Elle facilite également la compréhension des perceptions du risque palustre à partir des représentations du corps physique et social.

Le Health Belief Model (HBM)

Le Health Belief Model (HBM) a été développé dans les années 50 par un groupe de chercheurs et praticiens en psychologie sociale. Ces derniers cherchaient à comprendre les raisons de l'échec et du manque de participation des individus aux programmes de prévention ou de détection de maladie. Il a été retravaillé par la suite par Irwin Rosenstock en 1960 et par Marshall Becker en 1975. Ce modèle postule qu'un individu adopte un comportement de prévention s'il est conscient de la gravité du problème, s'il se sent concerné par le problème, si le comportement à adopter présente pour l'individu plus d'avantages que d'inconvénients et s'il est capable de l'adopter. En d'autres termes, il s'agit de quatre types de croyances qui augmentent la probabilité d'entreprendre l'action recommandée en rapport avec une condition de santé ou à une maladie. Ainsi, selon cette théorie, l'individu choisit de se prémunir ou non en fonction de :

- *La perception de sa vulnérabilité* : il s'agit de la probabilité subjective d'être atteint de la maladie. Plus précisément, un individu n'agit en matière de santé que lorsqu'il pense être en situation de risque et que le problème est suffisamment grave ;
- *La perception de la sévérité des conséquences qui influence le comportement*. C'est dans l'espoir de tirer certains avantages qu'on agit et modifie notre comportement ;
- *La perception des menaces* que peut engendrer la survenue de la maladie. Si la personne se sent plus susceptible de contracter une maladie grave, elle sera d'autant plus active à prendre une décision que la menace est importante ;
- *La croyance en l'efficacité de l'action préventive selon la résultante de la perception de l'action préventive et des barrières*. La plupart des individus ont plus de probabilité d'adopter un comportement de prévention lorsqu'ils croient avoir la capacité de réaliser le comportement souhaité et si les aspects négatifs potentiels de cette action et la perception du coût de l'action sont inférieurs aux bénéfices attendus de l'action à entreprendre

(Robichaud- Ekstrand, et al., 2001).

En effet, le HBM décrit les déterminants de l'intention d'action en faisant interagir les connaissances en matière de santé (Siegrist, 1988) et l'intérêt pour la santé avec différents ordres de croyances et de perceptions, influencées par des différents facteurs (âge, sexe, ethnie, personnalité, classe sociale) (Godin, 1988).

Ce modèle permet de comprendre les facteurs psychosociaux qui déterminent la décision d'agir ou de ne pas agir dans une direction donnée. L'application de ce modèle dans le cadre de cette étude permettrait de montrer qu'il n'est pas suffisant d'informer les gens des risques et des dangers qu'ils encourent pour modifier les comportements liés à la santé. La perception que le voyageur migrant originaire des pays du Sud a du paludisme, de la gravité du risque et de l'expérience grave du paludisme est aussi importante de prendre en compte. Elles peuvent influencer les décisions d'adopter des comportements favorables à la santé et à la prévention en particulier. Ainsi, selon ce modèle, le voyageur migrant devrait prendre la décision de recours à une chimioprophylaxie antipaludique s'il réalise que le risque palustre est une menace réelle pour lui, et s'il évalue que la chimioprophylaxie permettra de minimiser la menace.

Cadrage conceptuel : éléments de définition du risque et conceptualisation de l'hypothèse générale

L'omniprésence du mot risque ne facilite pas les efforts de clarification. C'est une notion évidemment polysémique qui est au centre de la vie sociale contemporaine et de la modernité comme le dit Anthony Giddens en 1990. À l'origine, c'est le sociologue Ulrich Beck qui l'a promu en 1986, peu de temps après la catastrophe nucléaire de Tchernobyl. Son analyse, critique et polémique, témoigne de la sensibilité de l'époque aux risques industriels et environnementaux, tout particulièrement en Allemagne. En France, c'est vers la fin des années 90, avec l'avènement du SIDA, qu'un premier cadrage des formes prises par la saillance sociale du risque est mis en place.

La question des définitions et du vocabulaire est cruciale et très délicate. On peut distinguer deux formulations illustratives de multiples essais de cadrage :

- ✓ Une probabilité de dommage par exposition à un danger (Got, 2001). Cette formulation est la plus classique et elle met en avant l'essentiel des définitions

modernes du risque : leur conception probabiliste. Elle s'est bâtie sur les calculs de probabilité de pertes de gains qui se sont systématisés à partir du XVII^e siècle à propos des jeux, et qui ont permis le développement extraordinaire des compagnies d'assurances. Pour ces dernières, l'approche du risque devient parfaitement définie en termes méthodologiques : comment quantifier l'aléatoire et déterminer des parts de responsabilité. Cette première orientation s'appuie sur des définitions institutionnelles et techniques du risque.

- ✓ Une propriété qui concerne le passage d'un présent à un futur, que la culture savante ou populaire, les groupes, les individus attribuent à des situations qui peuvent avoir des conséquences négatives (Bajos et Ludwig, 1995). Cette définition est plus générale. Elle exprime une des perspectives clés d'une psychologie sociale du risque. Autrement dit, le travail complexe de jugement social qui aboutit à attribuer à telle ou telle situation une caractéristique de dangerosité. En effet, la réalité sociale sert de postulat et de base référentielle à l'analyse : le risque comme une représentation est décrit et interrogé en tant qu'objet et construction sociale.

Une autre manière de définir le risque consiste à opposer des conceptions objectivistes et des conceptions subjectivistes, ou encore à distinguer les approches qui font du risque une construction et celles qui s'attachent aux dimensions imaginaires et représentationnelles (Augé et Herzlich, 1984). La documentation en sciences sociales sur la notion du risque (Massé, et al., 2011 ; Massé, 2007 ; Perreti-Watel, 2010) a mis en évidence l'existence de conceptions et perceptions contrastées du risque, entre savoir savant et savoir profane, mais aussi au sein du savoir populaire. Les individus élaborent des constructions qui peuvent mobiliser des valeurs morales (celles liées au sentiment de culpabilité et de responsabilité) et conduire à des variantes dans la réinterprétation que l'individu fera du risque au gré de ses expériences vécues (Massé, et al., 2011). Ainsi, le complexe agencement de perceptions, de croyances, d'attitudes, de valeurs et de représentations sociales dans lequel repose le savoir populaire du risque (Massé, 1995) ne s'adapte pas nécessairement aux cadres institutionnels.

Une étude plus récente (Flanquart, 2016) considère le risque comme un construit social. Pour l'auteur, le risque et le social sont dépendants et on doit considérer le risque comme un phénomène construit, propre à chaque culture. Pour mettre en pratique son approche constructiviste du risque, Hervé Flanquart identifie quatre modes de construction du risque qui se structurent essentiellement autour de la question de l'émergence des risques. Ces

quatre étapes du processus fonctionnent comme des pôles permettant d'établir une cartographie de cette construction sociale des risques. Cette émergence sociale du risque continue d'être importante dans les sociétés développées grâce aux progrès de la science. En conséquence, des maladies qui étaient attribuées à l'action maléfique d'un ennemi sont aujourd'hui attribuées à l'action de virus, microbes, etc. Ces maladies sont devenues des risques socialement identifiés que l'on peut réduire. Même si les incertitudes subsistent à propos de la prévention du paludisme - surtout qu'il n'existe, à ce jour, aucun vaccin sur le marché, - on sait que l'on peut minimiser le risque d'impaludation : pratiquer la démoustication, dormir sous des MII, prendre une chimioprophylaxie, porter des habits longs et couvrant les bras, etc. Face aux risques palustres, les voyageurs migrants doivent être capables de réagir, de se protéger jusqu'à certains seuils puisque la chimioprophylaxie combinée à la lutte anti-vectorielle et à l'usage des répulsifs ne garantissent pas une prévention totale.

Toutes ces approches qui tentent de définir le risque comme une construction propre des sociétés développées recouvrent-elles forcément les mêmes contenus, les mêmes valeurs, voire les mêmes perceptions que dans les sociétés en développement ? D'après Marc Spindler et Étienne Damone (2015), les approches africaines et occidentales divergent quant à la conceptualisation et l'on peut identifier une gestion différenciée des risques en Afrique, dont il s'agit d'étudier les formes et les dynamiques, sans oublier que l'Afrique est un continent pluriel. Mais avec la mondialisation, cette territorialisation différenciée du risque se relativise, ce qui joue un rôle considérable dans sa diffusion, tel l'effet papillon. Dans le même sillage, François Bart et Céline Thiriot (2015 : 504) précisaient que « *dans l'Afrique actuelle, le risque n'est pas seulement au coin de la case et du champ, dans les caprices du ciel, dans les épidémies de la pauvreté et du manque d'hygiène ; il est en quelque sorte aussi "modernisé" et diversifié, comme le montrent de nombreux exemples puisés dans des symboles d'une certaine modernité.* » En résumé, la signification contemporaine du risque a pris une dimension mondialisée.

Dans le cadre de cette étude, je retiendrais la conception constructiviste, car susceptible de rendre compte de divers enjeux (éthiques, politiques, sociétaux, etc.), lesquels interviennent dans l'évaluation et la gestion du risque. Ce paradigme renseigne également sur les logiques d'acteurs et leurs perceptions. Dans cette perspective, le risque de paludisme peut être défini comme une construction et une représentation sociale culturellement déterminée

(Peretti-Watel, 2010), une réalité possible qui n'est pas encore et qui peut ne pas être (Anaté, 2015). En suivant cette logique, le risque serait tout d'abord culturel dans la mesure où la perception que l'individu en a est culturellement définie (Peretti-Watel, 2010 : 16), immergée et engagée dans une communauté et donc attachée à des valeurs. Car, les perceptions et les rapports au risque palustre peuvent varier d'une population à une autre et d'un individu à un autre. Son appréhension et son évaluation sont déterminées non seulement par des facteurs culturels, mais aussi par les expériences individuelles. Ainsi, il y a une diversité de risques qu'on peut analyser dans des contextes relatifs et évolutifs d'hierarchisation, mais aussi d'accumulation de risques, porteurs de complexités.

Nous présentons ci-dessous un schéma qui récapitule l'ensemble des variables susceptibles de déterminer le recours à la prévention du risque.

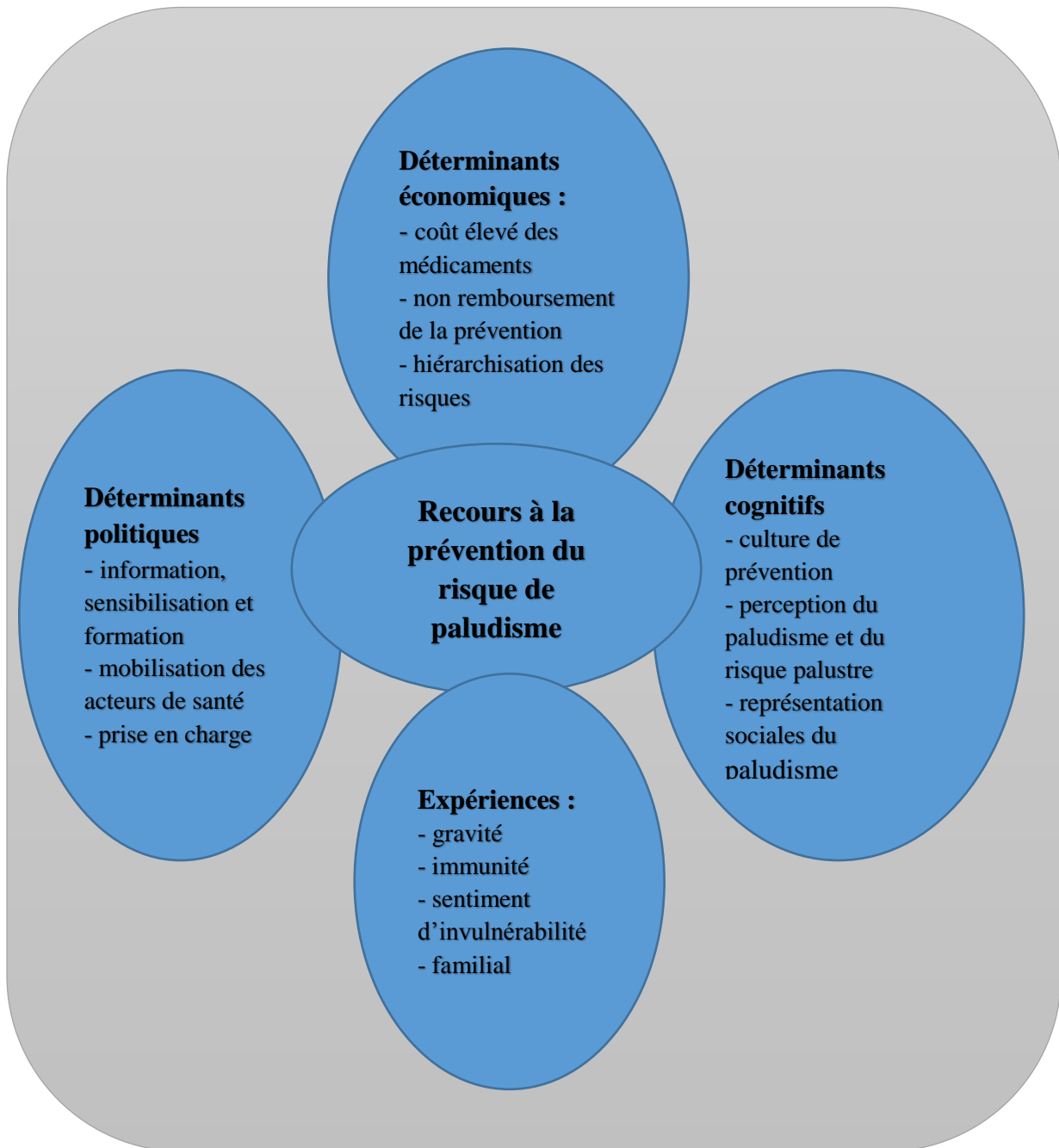


Figure 4: Conceptualisation de l'hypothèse générale

La question de l'accès aux soins des migrants est un véritable enjeu politique, sanitaire et social. Ainsi, je pose comme hypothèse générale que le faible recours à la prévention du paludisme chez les voyageurs migrants d'Afrique subsaharienne de Bordeaux est déterminé par la « politique » de prévention du paludisme d'importation et par l'absence d'une culture de la prévention chez les voyageurs migrants africains de Bordeaux. Le recours à la prévention du paludisme nécessite aussi une mobilisation des professionnels de santé qui ne

sont pas suffisamment outillés pour répondre aux besoins de prévention et de prise en charge de leurs patients voyageurs.

Rappelons que plusieurs informations sur la prévention du paludisme sont disponibles via les politiques de prévention en France et dans le pays d'origine. Ces informations ne sont pas harmonisées. Par conséquent, les voyageurs migrants nés et ayant grandi dans des régions où le paludisme est endémique peuvent être désorientés devant cette multitude d'informations, rendant aléatoire le recours à la chimioprophylaxie antipaludique dans la mesure où l'attitude du voyageur à l'égard de la prévention du paludisme dépend des sources d'information qu'il privilégie et de la perception de sa propre vulnérabilité physique.

Structuration de la thèse

Cette thèse, dont l'objectif principal est d'analyser la question du recours à la prévention du risque palustre auprès des migrants originaires des pays d'Afrique subsaharienne de Bordeaux, est composée de cinq chapitres.

Le premier chapitre présentera les postures méthodologiques adoptées dans cette recherche. Ce chapitre permettra de discuter les choix opérés en termes de méthodologie et le contexte de l'étude. Il s'agit de décrire spécifiquement quelles sont les personnes qui reviennent souvent impaludées, d'expliquer comment j'ai procédé pour intégrer les structures hospitalières, de décrire la typologie des enquêtés et les stratégies de recherches adoptées pour accéder aux enquêtés à l'extérieur des structures hospitalières.

Le deuxième chapitre questionnera le retour temporaire au pays d'origine. Il s'agira de décrire les différentes préoccupations des voyageurs migrants originaires d'Afrique subsaharienne lors des préparatifs du retour temporaire au pays d'origine et, parmi ces préoccupations, de déterminer quelle est la place qu'occupe la prévention du risque palustre. Je tenterai également de montrer comment le risque palustre est concurrencé par le risque de « toubabisation¹¹ », et dans quelle mesure, la famille restée au pays y participe. Pour éviter d'avoir un accès palustre au retour de voyage, plusieurs stratégies d'évitement du risque palustre sont mobilisées par les voyageurs africains dont je rendrai compte aussi dans ce chapitre.

Le troisième chapitre s'intéressera aux connaissances et perceptions que les voyageurs migrants d'origine africaine ont du paludisme dans un contexte migratoire. Dans ce chapitre,

¹¹ La « toubabisation » est le fait de considérer l'émigré comme un « toubab » (Blanc, Européen), synonyme de penser et agir en Occidental, c'est-à-dire manquer de solidarité, avec beaucoup d'argent.

j'essaierai d'exposer les différentes perceptions du paludisme des voyageurs migrants originaires d'Afrique après plusieurs années passées en France. L'objectif est finalement de vérifier si l'expérience migratoire peut contribuer à l'utilisation massive du médicament ou, au contraire, si cette expérience contribue à une certaine cristallisation de représentations sociales largement diffusées en Afrique à propos de cette maladie. J'interrogerai également dans ce chapitre les différentes barrières à l'utilisation de la chimioprophylaxie et les limites des stratégies préventives.

Le quatrième chapitre quant à lui s'attachera à montrer la place de l'expérience grave du paludisme dans le processus décisionnel de recourir ou non à la chimioprophylaxie. Il s'agit ici d'étudier les temporalités des différentes expériences (personnelles, à travers les autres) du paludisme simple et grave dans le pays d'origine et dans le pays d'accueil, et l'influence de ces expériences sur le respect des mesures préventives. Ce chapitre montrera que, souvent, il faut que l'expérience grave soit vécue et perçue dans le pays d'accueil pour qu'elle induise un changement de perception et donc, un recours futur à la prévention.

Le dernier chapitre traitera de la mobilisation des acteurs de santé de la médecine de ville dans la lutte contre le paludisme d'importation. Il est question, dans un premier temps d'identifier les différents acteurs qui gravitent autour de la prévention et de la prise en charge du paludisme du retour. Dans un second temps, ce chapitre tentera de décrire à partir des études de cas, les différents parcours de prise en charge en cas de « fièvre du retour » et les logiques et pratiques thérapeutiques qui contribuent à l'identification tardive du paludisme. Dans un troisième temps, ce dernier chapitre décrira puis analysera le rôle du pharmacien d'officine en matière de conseils aux voyageurs et son implication dans la lutte contre le paludisme du retour.

CHAPITRE 1 : Méthodologie et présentation du contexte de l'étude

Introduction

La méthodologie utilisée dans le cadre de ce travail repose sur une démarche socio-anthropologique essentiellement qualitative. L'entretien semi-directif et l'observation directe sont les principaux outils de recueil de données. Cette enquête vise les voyageurs migrants originaires des pays d'Afrique subsaharienne résidant à Bordeaux, les acteurs de santé qui travaillent dans le domaine de la lutte contre le paludisme et les patients impaludés. Cette recherche a porté sur quatre lieux différents : une structure de santé spécialisée dans les conseils aux voyageurs, notamment dans les conseils sur la prévention du paludisme et sur la vaccination internationale (Santé-Voyage), un service de prise en charge des patients impaludés (SMIT), des cabinets médicaux et le domicile des enquêtés.

Au départ, plusieurs catégories de populations ont été ciblées : les voyageurs migrants en situation régulière originaires des pays d'Afrique de l'Ouest résidant à Bordeaux, les malades atteints de paludisme, les spécialistes de conseils au voyageur et des maladies infectieuses et tropicales.

Pour comprendre et analyser les parcours de prise en charge des malades rencontrés au cours de leur hospitalisation, il était nécessaire, voire indispensable, d'intégrer toutes les catégories d'acteurs engagés dans la prise en charge du paludisme. Les premiers résultats révélaient que la prévention et la prise en charge du paludisme débutaient auprès de médecins généralistes et de pharmaciens d'officine. Une étude prospective, qui combinait une approche qualitative et quantitative (Cogneau et al., 2002), mettait en avant le désintérêt du médecin généraliste à l'égard de la recherche en général et de la recherche en santé publique en particulier. La réalité du terrain a confirmé la difficulté de mener des recherches auprès des médecins généralistes. Ils se sont montrés souvent indisponibles ou tout simplement non intéressés par l'étude. Pour y parvenir, des contournements se sont imposés.

Dans les lignes qui suivent, je montrerai d'abord comment j'ai intégré les structures de santé (Santé-Voyage, le SMIT et les cabinets médicaux de médecins généralistes) où j'ai réalisé les enquêtes, ensuite la stratégie que j'ai mise en place pour accéder aux personnes interrogées en dehors des structures sanitaires, notamment dans le quartier de Saige (Pessac),

et enfin je présenterai en détail la population étudiée.

1.1.Intégration de l'anthropologue au sein d'une structure sanitaire : Santé-Voyage et le SMIT

Depuis quelques années, les projets portant sur la santé doivent faire l'objet de démarches de validation de projets auprès des comités éthiques de la recherche. Notre enquête est soumise à ces préalables, comme toute enquête en milieu hospitalier en France. J'ai donc introduit une demande auprès du Comité de Protection des Personnes (CPP) d'Aquitaine. C'est une structure administrative indépendante agréée par le ministère de la Santé. Pour des raisons éthiques et pour protéger les personnes qui se prêtent à l'enquête, toutes les recherches cliniques et visant à évaluer les soins courants ne peuvent être mises en œuvre qu'après un avis favorable du CPP.

Après avis favorable du CPP, je devais tout au long de l'enquête de terrain veiller à ce que les participants reçoivent les informations nécessaires sur la recherche et donnent leur consentement. L'avis favorable du CPP a tardé à venir. Avec l'aide d'un médecin travaillant à Santé-Voyage, j'ai pu rencontrer le responsable du service pour obtenir une autorisation d'introduction. Pour me faire connaître et justifier ma présence dans le service, j'ai été invitée à présenter mon protocole de recherche à l'équipe lors d'une rencontre hebdomadaire. La présentation du protocole de recherche ou du stage constitue aussi une étape incontournable pour toute personne souhaitant travailler dans le service. Ma présentation de la problématique de recherche, de ses objectifs, de la méthodologie de travail et de mes attentes vis-à-vis du personnel a suscité un vif intérêt, ce qui a facilité mon intégration au sein de l'équipe. Ma participation aux réunions hebdomadaires durant la période de l'enquête a permis de mieux intégrer l'équipe, mais aussi et surtout de comprendre les problèmes et les questions soulevées par la prévention des maladies d'importation, en l'occurrence le paludisme.

La salle de réunion hebdomadaire était mise à ma disposition pour réaliser les entretiens. Des exemplaires de feuilles de soins et des fiches déclaratives (fiches qui dressent les informations personnelles, les destinations et les conditions de voyage) m'ont été remis par le personnel de l'accueil. Des propositions d'assister à des consultations de conseils et de vaccinations m'ont également été faites par certains médecins. Ainsi, j'ai profité de ces propositions pour tisser une relation de confiance avec le personnel et observer directement les pratiques et, surtout, écouter les conseils prodigués aux voyageurs en matière de prévention du paludisme. Ma présence au moment des consultations et des prises de rendez-

vous téléphoniques ou présentsiels m'a permis de me familiariser avec le « jargon » technique et médical utilisé. Plusieurs semaines ont été consacrées à cet apprentissage. J'ai passé beaucoup de temps en observation et en interactions à propos de la prévention du paludisme, du non-remboursement de la chimioprophylaxie, des prix de la consultation à Santé-Voyage et des vaccins, des affiches, de la fréquentation du service par les voyageurs migrants originaires d'Afrique, et d'autres choses encore, et cela avec tout le personnel (secrétaires, médecins, personnel d'entretien et intervenants d'une association spécialisée dans la médiation culturelle et intervenant dans le service).

Avant chaque consultation, des médecins me présentaient aux voyageurs comme une doctorante, d'autres comme une collègue qui faisait une étude sur la prévention du risque de paludisme. Lorsque le médecin a parmi ses consultants un profil de voyageur qui répond aux critères (être voyageur migrant originaire d'Afrique de l'Ouest et qui prépare un séjour dans son pays d'origine ou un pays africain d'endémicité palustre pour rendre visite à des amis ou des parents), il l'envoie dans la salle de réunion hebdomadaire où je me suis installée pour réaliser les entretiens en lui disant : *« j'ai une collègue/ il y a une doctorante qui travaille sur la prévention du paludisme qui souhaiterait vous voir »*. Cette situation a largement joué en ma faveur et a permis d'établir de bonnes relations avec les voyageurs.

Les voyageurs migrants me considéraient, de leur côté, en se basant sur les renseignements donnés par les médecins en général, et me voyaient comme une interne ou une stagiaire en médecine ou en pharmacie. Je m'étais volontiers rangée dans cette catégorie ; le titre de « docteur » m'était d'emblée conféré. À défaut de connaître le véritable statut, les patients accordent au chercheur présent dans la consultation à côté du professionnel de santé, le titre de « docteur » (Ndoye, 2009 ; Sambou, 2012). L'appellation « docteur » que reçoit l'anthropologue au sein des structures sanitaires soulève plusieurs biais méthodologiques, notamment la dissimulation du vrai statut du chercheur, l'influence sur la décision de l'enquêté de participer à la recherche, et la relation d'asymétrie entre l'enquêteur et l'enquêté. Pour ma part, ces biais ont été fructueux, car ils m'ont permis d'être dans une situation de confort et de confiance (Sambou, 2012).

Contrairement à ce qui se passe dans la plupart des terrains en milieu hospitalier, le port de la blouse n'était pas nécessaire pour assister aux consultations. La réalisation de ce terrain sans une blouse a suscité d'autant moins de méfiance de la part des voyageurs migrants que nombre de praticiens dans ce service n'en portaient pas. Leurs raisons sont multiples : d'abord

ils jugent que leurs activités ne nécessitent pas forcément un port de blouse, ensuite leurs blouses ne sont pas personnalisées et enfin, elles sont lavées ensemble avec toutes les autres blouses portées par les autres médecins et ils ne pourront pas les amener chaque jour chez eux et les ramener le lendemain.

J'ai également partagé des repas avec beaucoup d'entre eux en engageant des discussions avec eux, ce qui m'a notamment permis d'apprécier leurs connaissances sur l'anthropologie et leurs méthodes de travail. Ces repas pris ensemble ont joué un rôle important qui est de l'ordre de l'imprégnation.

Quant à mon intégration au sein du service SMIT, elle s'est faite également par le biais d'un autre médecin, présent à Santé-Voyage lors de la présentation du protocole de recherche. Le premier contact s'est fait via les réseaux sociaux, Facebook plus précisément. Lors de nos premiers échanges, je lui ai fait part de mon souhait d'interroger des patients hospitalisés pour un paludisme dans son service. Il a accepté de me contacter dès qu'il recevait des cas de paludisme en admission. Dans ce service, je n'ai pas assisté aux consultations. J'ai participé une seule fois aux visites de l'ensemble des patients hospitalisés, en compagnie de deux médecins et de plusieurs internes. Aucun des patients vus ce jour-là n'avait de paludisme. L'intérêt de la visite fut de comprendre le déroulement des rondes, mais aussi de me faire connaître par les internes du service. Les internes sont devenus par la suite mes informateurs lorsqu'il y avait des admissions de patients impaludés.

Quand ils accueillaient un patient impaludé, j'étais informée par mail ou par SMS. Dans la plupart des cas, le message envoyé m'informait sur la date d'entrée et de sortie du malade, le numéro de sa chambre et de son lit. Avant mon arrivée, l'acteur de santé (médecin, interne ou cadre de santé) prévenait souvent le malade. Il l'informait de ma visite (me présentant souvent comme une collègue) et de l'objet de celle-ci en lui demandant au passage son accord. Je me présentais ensuite directement au patient. Dans le cas où l'acteur de santé n'avait pas pu informer préalablement le malade de mon arrivée, nous allions lui rendre visite ensemble. L'acteur de santé me présentait directement au patient et me laissait le soin de lui expliquer la recherche. Dans tous les cas, avant de débiter l'entretien, je demandais toujours un consentement oral.

Les premiers entretiens avec les malades se sont tous déroulés au pied du lit d'hospitalisation. Les patients qui habitaient dans la Communauté Urbaine de Bordeaux

(CUB) étaient informés de l'éventualité d'une visite à leur domicile pour un second entretien. Leurs coordonnées téléphoniques et leurs adresses étaient relevées pour organiser les rendez-vous. Une patiente a été exceptionnellement revue et interviewée au SMIT lors de sa visite du 28^e jour, car elle ne souhaitait pas que j'aille chez elle. Maintenant, attardons-nous un instant sur la manière dont j'ai procédé pour entrer en contact avec les autres participants de l'enquête interrogés en dehors des structures hospitalières.

1.2.Stratégies d'enquête à l'extérieur des structures hospitalières

Les stratégies de recherche désignent l'ensemble des approches mobilisées pour accéder à mes enquêtés. Pour cette recherche, j'ai utilisé deux types de stratégies : une politique identitaire (Sall, 2009) et celle du faux patient.

1.2.1. L'approche identitaire

La stratégie identitaire a été utilisée pour accéder aux voyageurs migrants originaires des pays d'Afrique subsaharienne non malades interrogés à domicile et auprès des médecins généralistes. Pour la sociologue Leyla Sall (2009) qui avait elle aussi adopté cette approche dans ses recherches sur les commerçants sénégalais en Ile de France, « *les politiques identitaires consistent en la mise en avant de telle ou telle dimension de l'identité du chercheur comme une ressource interactionnelle.* » (Sall, 2009 :74) Pour mon cas, c'est l'identité « migrante » que j'ai mise en avant pour l'enquête auprès des migrants non malades. L'adoption de cette approche émane d'une expérience antérieure. J'avais déjà réalisé une enquête de terrain auprès des étudiants étrangers à Bordeaux dans le cadre de mon mémoire de Master 1. L'enquête portait sur l'acceptabilité de la prévention du paludisme auprès de cette population étudiante. La plupart des entretiens se sont déroulés dans le campus universitaire. L'utilisation de l'identité « étudiante migrante » avait bien fonctionné et avait permis l'instauration rapide d'une relation de confiance. Pour la thèse, j'étais convaincue que l'usage de l'identité « étudiante migrante » ou « migrante », en précisant que je venais du même continent que les enquêtés, pouvait faciliter le contact et l'établissement d'une relation de confiance et l'acceptation de participer à l'enquête. D'autres chercheurs ont fait cette expérience. C'est le cas notamment de Francisca Sirna (2009) qui était aussi persuadée qu'elle aurait été perçue par ses enquêtés d'origine italienne en tant qu'Italienne et que, par cette caractéristique, la proximité aurait été naturelle et spontanée.

Au début de l'enquête, beaucoup étaient plutôt surpris de voir une jeune femme migrante « de couleur noire » s'intéresser à une maladie tropicale qui n'existait pas en France de manière autochtone. Il n'était pas surprenant d'entendre dire lors du premier contact avec certains d'entre eux lorsque je leur présentais l'objet de la recherche dire : « *Vous travaillez sur le paludisme ! Mais le paludisme n'existe pas en France. Pourquoi n'allez-vous pas en Afrique ?* » Les enquêtés ont voulu comprendre les raisons qui m'ont poussée à travailler sur la prévention d'une maladie qui n'existe qu'« ailleurs ». Justifier les raisons qui m'ont poussée à m'intéresser à cette thématique et à les convaincre de l'importance de leur participation pour mon travail n'était pas chose aisée. Ils croyaient que je cherchais à trouver autre chose les concernant, parce que j'étais censée tout savoir du paludisme de par notre statut commun, celui de migrant. Selon eux, ils n'avaient rien d'autre de nouveau à m'apprendre sur le paludisme et encore moins sur la prévention. Pour faciliter mon intégration sur le terrain, je me présentais comme une étudiante migrante qui faisait des recherches sur la prévention du paludisme à Bordeaux et qui avait besoin des informations pour valider son diplôme. Trois familles résidant dans le quartier de Saige ont accepté de participer à l'enquête. Avec la technique de « boule de neige », j'ai réussi à rencontrer d'autres familles. La mobilisation de cette identité a vraiment facilité l'accès au terrain.

Pour les voyageurs migrants originaires du Sénégal, le partage de la langue a clairement contribué à l'accès au terrain. La concordance identitaire, le fait de provenir du même pays et de partager la même langue (le wolof¹²) a facilité nos entretiens. D'ailleurs, la politique identitaire en situation d'enquête ethnographique se justifie, d'après Jean-Pierre Olivier de Sardan (1995), par la présence de normes méta-communicationnelles au cours de l'interaction entre le chercheur et les enquêtés. Les entretiens étaient donc l'occasion de prouver le partage des origines par la langue. La quasi-totalité des migrants sénégalais a choisi le wolof comme langue de discussion. Le wolof était souvent mélangé au français ; et le résultat a été vraiment un « *bricolage linguistique original* » (Sirna, 2009 : 24). Les retranscriptions des enregistrements se sont révélées un véritable travail de traduction.

Pour les médecins généralistes interrogés, c'est l'identité de « jeune chercheuse » qui travaille en collaboration avec le SMIT qui a été utilisée. Je savais dès le départ que les médecins généralistes étaient difficiles d'accès, par manque de temps à consacrer aux chercheurs. Pour contourner cet obstacle, j'ai alors décidé de passer par leurs patients malades

¹² Le wolof est la langue nationale du Sénégal. Près de 80% de la population sénégalaise parle cette langue. Elle est aussi parlée en Gambie et en Mauritanie.

hospitalisés. À la fin de chaque interview, je demandais aux malades rencontrés dans les services hospitaliers les coordonnées de leurs médecins généralistes (nom de famille, numéro de téléphone et adresses du cabinet). Lors du premier contact téléphonique, je me présentais ainsi : « *Bonjour, je suis chercheuse à l'université de Bordeaux. Je suis avec votre patient (madame ou monsieur X) qui est actuellement hospitalisé au SMIT de Pellegrin pour un paludisme simple ou grave. En collaboration avec le SMIT, nous menons une étude sur la prévention du paludisme chez les voyageurs originaires d'Afrique et nous interrogeons aussi les médecins généralistes pour comprendre leur rôle dans la lutte contre le paludisme d'importation* ». Si le médecin généraliste disposait d'un peu de temps, j'expliquais alors plus en détails en quoi allait consister l'entretien et nous prenions rendez-vous. S'il ne disposait pas d'assez de temps, je lui proposais de le rappeler ultérieurement. Cette stratégie a plus ou moins bien fonctionné. Parmi les 6 généralistes qui ont participé à l'enquête, 4 ont été recrutés via les malades et les deux autres m'ont été indiqués par mon directeur de thèse.

Cependant, cette approche présente quelques inconvénients. Didier Fassin (1999b), dans le cadre d'une enquête sur le VIH, a présenté trois manières idéal-typiques de se définir par rapport à un objet de recherche. Dans la première, qu'il qualifie « d'appliquée », le chercheur se met au service de la lutte contre l'objet d'étude, ici le paludisme. Quant à la seconde position, qu'il appelle « critique », c'est celle où le chercheur prend ses distances à la fois en termes d'action et d'analyse. Concernant la dernière position, Fassin la qualifie « d'impliquée » et elle se caractérise par la proximité de l'action et par la distance dans l'analyse. Le choix d'endosser l'identité de migrante correspondait à la dernière position : je cherchais à me rapprocher de la population étudiée, à montrer que le chercheur est aussi concerné par l'objet d'étude par son origine géographique. Implicitement, je montrais mon engagement dans la lutte contre un problème de santé publique nous concernant tous. Comme le constate Aggoun (2004 :8), « *raconter son travail de terrain...c'est aussi avouer ses ennuis, ses peurs et ses inquiétudes.* » Me concernant, la politique de l'identité dont les mérites ont été soulignés précédemment comporte néanmoins des inconvénients en termes méthodologiques. Comme cela a été constaté ailleurs (Ouattara, 2004), l'adoption de cette technique d'approche m'a assimilé aux interlocuteurs et m'a exposé également à des risques interprétatifs. Ainsi, il fallait adopter en permanence des stratégies d'autonomie et de distanciation.

En théorie, la situation d'enquête socio-anthropologique exige du chercheur une neutralité dans ses rapports avec l'objet d'étude (Weber, 1959). Dans la pratique cependant, et pour Fassin (1999b), il est de plus en plus difficile, voire impossible pour le chercheur, d'appliquer cette neutralité. Cette dernière relève d'une définition normative de ce que devrait être une science, plus que d'une description objective. Et « *quoi qu'il fasse, il prend part à l'univers social qu'il tente d'étudier* » (Ouattara, 2004 :6). En effet, en ce qui me concerne, je rencontrais des difficultés pour adopter cette neutralité axiologique. Me départir de ma subjectivité était chose difficile. Cette difficulté s'accroissait pour certains thèmes notamment sur les attentes des familles restées au pays et l'implication de celles-ci dans la hiérarchisation du risque palustre. Il y avait une très forte tendance à prendre tout ce que racontaient nos interlocuteurs comme argent comptant.

Étant moi-même membre de la société que je prends comme objet d'étude, je m'inscris, de fait, dans des impulsions d'engagement et de distanciation. On est donc invité à penser ensemble cette dualité, dans la pratique. Mais puisque l'idéal de la neutralité axiologique est difficilement atteignable, il a été proposé de penser alors la tension entre l'engagement et la distanciation en la représentant sous la forme de gradient plutôt que comme deux entités séparées (Fassin, 1999b). Là encore, et dans un contexte de proximité culturelle avec le milieu étudié, la mise en avant du statut de migrant pour se rapprocher des enquêtés a fini par créer un déséquilibre entre détachement et participation. Je me suis fondue dans la masse. Je prenais part à certaines questions « sensibles » sans prendre ensuite de la distance sur le terrain et dans l'analyse des données. En outre, j'avais tendance à décrire les situations des enquêtés avec leurs propres mots. Au lieu de renouer avec le discours « étique », je sommais dans le discours « émique », même si cette catégorie est importante en anthropologie.

1.2.2. La stratégie du « faux patient »

Il faut noter que cette stratégie n'est pas nouvelle. Elle a été pratiquée par Van der Geest Sjaak et Samuel Sarkodie en 1998 dans un hôpital ghanéen. Après être admis dans un hôpital public au Ghana, Van der Geest Sjaak a constaté que pour comprendre ce qui passe dans un service hospitalier, il faut être un patient. Ainsi, ce dernier décida de faire jouer pendant trois jours le rôle du « faux patient » à Samuel Sarkodie. Les résultats ont montré que si Sarkodie avait dit aux autres patients qu'il était chercheur, ces derniers n'auraient pas été aussi enclins à parler avec lui. Sous le statut de chercheur, même en passant des longues

heures pendant plusieurs jours avec les vrais patients, il n'aurait pas pu apprendre ce qu'il a appris en tant que faux patient. D'autres auteurs (Tomson, Sterky, 1986 ; Wolffers, 1987 ; Igun, 1994), pour étudier les activités de vente des personnes travaillant dans une pharmacie, se sont fait passer pour des clients, afin d'observer les pratiques ordinaires en cours dans les pharmacies.

J'ai utilisé cette stratégie comme première méthode pour entrer en contact avec les pharmaciens avant d'utiliser celle de chercheuse en anthropologie lors des entretiens semi-directifs. À la différence de Van der Geest Sjaak et Samuel Sarkodie (1998), mes interlocuteurs n'étaient pas des patients ou des voyageurs migrants. Il s'agissait d'acteurs de santé et je me suis fait passer pour une cliente avec une ordonnance, dans le but de saisir les conseils délivrés par les pharmaciens à leurs clients voyageurs se présentant avec une ordonnance pour la prévention du risque de paludisme. La principale raison qui m'a poussée à me faire passer pour un voyageur à destination d'un pays impaludé et muni d'une ordonnance était la difficulté d'obtenir une autorisation pour faire des observations dans les pharmacies.

J'ai joué le rôle du « faux patient » dans quatre pharmacies situées dans trois quartiers différents (un quartier périphérique, un quartier populaire et le centre-ville de Bordeaux). Deux pharmacies sont situées dans le quartier périphérique. Le choix de ces deux pharmacies de quartier se justifie par le fait que la majeure partie des personnes interrogées les fréquentaient. Quant à la pharmacie du quartier populaire, elle est réputée être une des pharmacies de Bordeaux les plus fréquentées par la population migrante. Pour la pharmacie du centre-ville, elle avait la réputation d'être la pharmacie la moins chère, à tel point que certains acteurs de santé à Santé-Voyage n'hésitaient pas à conseiller à leurs patients d'aller acheter leurs médicaments prophylactiques dans cette pharmacie.

La justification de ce choix méthodologique d'une « observation clandestine » soulève ainsi une question déontologique et éthique : peut-on observer et recueillir des paroles des acteurs de santé dans leur lieu de travail et destinées à de vrais malades sans leur consentement et les utiliser comme données ethnographiques ? Cette question est notamment abordée par Aline Sarradon-Eck (Sarradon-Eck, 2009). Pour elle, cette question met souvent l'anthropologue dans un dilemme éthique. Sur le plan méthodologique, Aline Sarradon-Eck a procédé à la « pratique de l'insu » (Urbain, 2003 : 26) pour éviter les interférences de la situation d'enquête sur le comportement spontané du malade au cours de la consultation. Du point de vue éthique et dans la position duelle d'acteur-observateur qu'elle occupait, informer

ses enquêtés au préalable et demander leur consentement comportait un risque de perturbation de la relation thérapeutique. Sjaak Van der Geest et Kaja Finkler (2004) le soulignent bien dans une brève revue de la littérature anglo-saxonne sur l'observation participante à l'hôpital. En effet, les auteurs évoquent le danger de cette méthode sur la production scientifique en ne restituant que le point de vue des professionnels. Selon eux, les chercheurs assument moins souvent le rôle de « faux » ou de « vrai » patient en insistant sur les difficultés de cette double posture, à l'hôpital peut-être davantage que sur d'autres terrains, car l'observation participante, au vrai sens du terme est un « *oxymoron* » (Van Der Geest, Kinkler, 2004 : 199).

Cet écart déontologique, éthique et méthodologique a été rattrapé par la réalisation d'entretiens formels avec le consentement du pharmacien dans chacune de ces pharmacies. En effet, quelques mois après avoir joué le « faux patient », j'ai contacté les pharmaciens pour un entretien formel.

1.3.Méthodes et techniques mobilisées

1.3.1. L'entretien semi-directif

L'entretien semi-directif est la technique d'entretien la plus utilisée dans le cadre de la méthode qualitative. Comme le disent les anthropologues Jaffré et Olivier de Sardan : « *l'entretien reste le mieux privilégié, souvent le plus économique pour produire des données discursives donnant accès aux représentations émiques (emic), autochtones, indigènes, locales. Ce sont les notes d'entretiens qui constitueront la plus grosse part du corpus de données de l'anthropologue.* » (Jaffré, Olivier de Sardan, 2003)

Trois guides d'entretien ont été élaborés : un guide pour les voyageurs migrants originaires des pays d'Afrique subsaharienne de Bordeaux, un guide d'entretien pour les voyageurs paludéens et un pour les acteurs de santé avec quelques questions spécifiques entre eux.

Le guide d'entretien des voyageurs migrants africains est focalisé sur les connaissances générales du paludisme, notamment en matière de prévention avant tout départ en zone d'endémicité palustre et d'offre en France et dans leur pays d'origine. Il est également focalisé sur la prévention du paludisme, sur la perception du risque palustre en contexte de migration et sur le rôle et la mobilisation des professionnels de santé – en l'occurrence les médecins généralistes – dans la prévention et la prise en charge de cette

pathologie, et sur l'expérience du paludisme (l'expérience personnelle, sociale et familiale du paludisme, l'impact de cette expérience sur l'acceptabilité de la prévention du paludisme).

Le guide d'entretien des voyageurs paludéens comprend les mêmes thématiques que le guide des voyageurs interrogés à domicile qui ne sont pas malades, ainsi que quelques autres questions portant sur le parcours thérapeutique et la perception du risque palustre au cours de la maladie.

Concernant les professionnels de la santé, le guide porte sur leurs connaissances générales sur le paludisme (prévention, prise en charge), sur la prévention du paludisme dans leur pratique de médecin généraliste (conseils sur la prévention, notamment sur la fréquence des consultations préventives sur le paludisme, le référencement des patients en cas de suspicion de paludisme, le profil des patients sollicitant des conseils de prévention avant tout voyage en zone d'endémicité palustre) et sur leur rôle dans la prise en charge du paludisme (le diagnostic de la maladie, le traitement et les difficultés rencontrées).

J'ai procédé à une enquête préalable pour tester et adapter les outils de recueil de données sur le terrain. Cette enquête a consisté en une vérification des thèmes et items des guides d'entretiens confectionnés en les testant sur un échantillon réduit. Trois entretiens ont été effectués chez trois Sénégalais, dont deux étudiants (un étudiant en droit et l'autre en médecine) et un travailleur. Il s'agissait de vérifier la compréhension de mes questions par mes interlocuteurs. D'autres questions non prévues initialement comme les principales préoccupations lors du retour temporaire, sont apparues.

Pendant l'enquête proprement dite, lorsque les conditions étaient favorables et avec l'accord du participant, j'utilisais le dictaphone pour m'assurer d'un enregistrement fidèle des propos de mes enquêtés. Dans d'autres cas, cet outil se révélait inhibiteur, et je l'ai remplacé par la prise de notes qui est moins perturbatrice pour l'enquêté, mais qui a des limites pour le chercheur.

Des entretiens informels ont aussi été réalisés auprès des professionnels de santé des services hospitaliers. Parfois, je me référais aux entretiens réalisés avec des médecins généralistes en ville pour connaître la réaction des médecins hospitaliers spécialisés. Les mêmes procédés ont été utilisés chez les migrants lors de petits rassemblements chez l'un d'entre eux : nous procédions à une confrontation des discours entre migrants. Les entretiens

informels ont été des compléments précieux aux entretiens formels.

1.3.2. L'observation directe

Toute enquête implique de la part du chercheur une observation particulière des attitudes et des comportements. Ainsi, le jeune chercheur en anthropologie doit « *laisser courir son regard sans s'obstiner sur une seule piste unique, écouter tout autour de soi sans se contenter d'un seul message, se pénétrer des ambiances et chercher finalement à discerner les dimensions essentielles du problème à étudier.* » (Quivy, Campenhoudt, 1988, p. 75).

Une observation ethnographique directe a été effectuée dans la structure Santé-Voyage. Il s'agissait d'identifier concrètement le type d'information donné au voyageur et la manière dont le médecin délivre cette information. Il s'agissait également de décrire le type de documentation (affiches et brochures) concernant le paludisme mis à la disposition des voyageurs, dans la salle d'attente et dans les différents bureaux des médecins.

La période d'enquête de terrain a coïncidé avec la période estivale lors de laquelle le personnel qui accueille les voyageurs était réduit (chacun prenait à tour de rôle ses congés annuels). Ce déficit de personnel a fait que j'étais souvent interpellée par les voyageurs pour leur donner des informations et pour les aider à obtenir un rendez-vous rapidement. Il est arrivé que je sois interpellée par une femme sénégalaise pour lui servir de traductrice, afin de faire vacciner contre la fièvre jaune son fils de 14 ans né en France. Son fils n'est jamais allé au Sénégal et ne comprend pas non plus le wolof. Cette femme sénégalaise de 52 ans vivait en France depuis 21 ans. Elle me confiait en wolof qu'elle voulait emmener son fils de 14 ans au Sénégal, mais elle ne souhaitait pas qu'il soit au courant de peur qu'il fasse une fugue. Elle m'a alors demandé d'écrire ce qu'elle venait de me dire sur un bout de papier et de le remettre à l'accueil afin que le « *docteur qui va faire la consultation ne prononce pas le mot Sénégal* », car elle avait dit à son fils qu'ils iraient ensemble à Paris. En cours d'entrevue avec des voyageurs migrants en salle d'attente, il arrivait que je sois interrogée sur la prévention du paludisme et spécifiquement sur les modalités de prise des médicaments. Ils cherchaient souvent à savoir s'il fallait prendre les médicaments avant, pendant ou après le séjour. Dans la plupart des cas, je me sentais obligée de leur apporter une réponse sans pour autant jouer le rôle du médecin.

1.3.3. La méthode d'analyse

Le traitement des données s'est organisé de manière manuelle autour de plusieurs étapes :

- Tous les entretiens sont fidèlement retranscrits et saisis en tenant compte de ce qui est dit (le fond du discours) et aussi de la façon dont cela a été dit (la forme) ;
- Une lecture flottante a fait émerger les premières impressions, les premières pistes d'analyse. Elle a également permis de repérer des régularités dans l'ensemble du corpus qui m'ont aidées dans l'élaboration de la troisième étape ;
- La troisième étape est l'occasion d'organiser les idées qui ressortent de l'ensemble du corpus puis de dégager les différentes catégories de thèmes et de procéder au découpage des thèmes en sous-thèmes ;
- La quatrième a consisté à classer dans un tableau les thèmes et les sous-thèmes ainsi que les extraits d'entretiens correspondants. Ainsi, plusieurs tableaux thématiques ont été obtenus sous forme de grilles d'analyse :

Thèmes	N° entretien	Sous-thèmes	Corpus ou Extraits d'entretiens	Ébauche d'interprétation
--------	--------------	-------------	---------------------------------	--------------------------

- La cinquième et dernière étape a consisté en une confrontation des propos recueillis entre migrants, entre malades et non malades, entre médecins généralistes et entre médecins généralistes et médecins spécialistes et entre pharmaciens.

1.4. Présentation des enquêtes¹³

1.4.1. Les voyageurs migrants originaires des pays d'Afrique subsaharienne de Bordeaux

Depuis le début du XXI^e siècle, les voyageurs migrants originaires de zones endémiques constituent le premier groupe concerné par le paludisme d'importation dans les pays du Nord (Baas, Wetsteyn, Gool, 2006 ; Behrens et al., 2008 ; Millet et al., 2009 ; Develoux et al., 2012). Il peut s'agir de voyageurs migrants qui viennent d'arriver dans les pays européens, mais ce sont surtout des voyageurs migrants résidant depuis plusieurs années en Europe et retournant dans leur pays d'origine pour visiter leurs proches. Près des trois quarts des cas de paludisme importé surviennent chez les sujets résidant en France et

¹³ Pour beaucoup plus de détails, se référer à l'annexe 2

d'origine africaine (Bouchaud et al., 2006). D'autres études réalisées dans différents pays européens (Tierfelder et al., 2008 ; Smith et al., 2008 ; Millet et al., 2008) confirmaient la prédominance de ce groupe à risque avec des chiffres très variables, mais toujours inférieurs à ceux que l'on observe en France. En Suisse, Clara Thierfelder et collaborateurs (2008) révélaient que sur 106 cas de paludisme notifiés, 43 étaient des voyageurs originaires des pays d'endémie palustre. Au Pays-Bas (Baas, Wetsteyn, Gool, 2006), les voyageurs VFR d'origine africaine représentaient le principal groupe à risque face au paludisme, constituant environ 56,6% des cas importés en 2006. En France, le rapport du CNR Palu montrait que sur les 4735 cas de paludisme notifiés en 2016 en France métropolitaine, 80,2% survenaient chez les migrants originaires des pays subsahariens où le paludisme est endémique.

Pour divers motifs, les voyageurs migrants d'origine africaine ont un risque augmenté de contracter certaines maladies infectieuses en comparaison avec les autres voyageurs non-migrants : ils ont plus de contacts étroits avec les populations locales, ils séjournent plus souvent dans des zones rurales éloignées et ils ont des durées de séjour plus longues (Gétaz et al., 2014). De plus, ils bénéficient plus rarement de consultations médicales pour préparer leur séjour, du fait des conditions d'exposition plus à risque (séjour au village dans un habitat traditionnel) et de contraintes socioculturelles et financières qui ne facilitent pas toujours la prévention et l'accès au traitement. Ils voyagent souvent à la « dernière minute » et sont insuffisamment vaccinés (Leder et al., 2006).

En raison de la prédominance des accès palustres chez les voyageurs migrants qui viennent des pays du Sud et de l'absence d'étude socio-anthropologique en France sur la prévention du risque de paludisme chez les voyageurs migrants originaires d'Afrique subsaharienne, cette recherche a pour principale cible les voyageurs migrants qui retournent temporairement dans leur pays d'origine où le risque palustre est avéré.

La sélection a été faite en fonction de l'âge, de la catégorie socioprofessionnelle, de l'année d'arrivée en France, du pays d'origine et des antécédents de voyage. Sur ce dernier point, j'ai distingué trois catégories : les voyageurs qui retournent régulièrement dans le pays d'origine ; les voyageurs qui retournent occasionnellement ; ceux qui y retournent pour la première fois.

Après le premier contact et l'obtention d'un consentement oral, un rendez-vous a été

pris par téléphone pour réaliser un entretien à leur domicile. Au total, j'ai interrogé trente voyageurs migrants originaires d'Afrique subsaharienne :

- huit ont été identifiés au cours d'observations de situation de vaccination et de conseil aux voyageurs à Santé-Voyage ;
- vingt-deux ont été rencontrés à domicile dont la majorité à Saige¹⁴.

Les immigrés résidant à Bordeaux et en agglomération ayant acquis ou non la nationalité française, et nés à l'étranger dans les pays d'Afrique subsaharienne, ont été considérés comme voyageurs migrants originaires d'Afrique subsaharienne. Je me suis intéressée à ceux en situation régulière, puisque le retour temporaire pour rendre visite à leurs familles et amis est associé au statut juridico-administratif. Autrement dit, ils bénéficiaient d'un statut administratif relativement favorable, ainsi que d'une couverture maladie. Tous avaient un médecin référent et disposaient d'une assurance maladie universelle. Ils avaient des âges compris entre 25 et 58 ans. Tous avaient une durée minimum de résidence en France de deux ans.

Parmi les trente voyageurs migrants, sept étaient des étudiants au moment de l'enquête et vingt-trois étaient des travailleurs immigrés. La plupart étaient des hommes. En revanche, à Santé-Voyage, la quasi-totalité des personnes interviewées étaient des femmes. Sur les huit voyageurs migrants rencontrés à Santé-Voyage, il y avait qu'un seul homme. Les femmes étaient venues pour la plupart avec leurs enfants, pour se faire vacciner ou pour faire vacciner leurs enfants contre la fièvre jaune. La majorité d'entre elles retournaient ensemble pour la première fois dans leur pays d'origine avec leurs enfants. Même sans leurs enfants, cinq étaient des voyageuses occasionnelles. Elles repartaient tous les 3 ou 4 ans en fonction de leur statut socio-professionnel et de l'âge de leurs enfants.

Ceux rencontrés à domicile étaient pour la plupart des voyageurs réguliers (tous les ans ou tous les deux ans) à l'exception de deux étudiants qui repartaient pour la première fois et deux

¹⁴ La moitié des voyageurs originaires d'Afrique subsaharienne interrogés à domicile habite à Saige. C'est un quartier périphérique situé dans la ville de Pessac. Ce quartier est principalement constitué de logements sociaux où habite une forte population immigrée. Les émigrés turcs, chiliens, sénégalais et d'Afrique du Nord sont dominants. Cette population immigrée participe activement au développement social et culturel du quartier. D'après certaines personnes ressources (Centre Alain Coudert, Association des locataires), environ 40 "ethnies" différentes sont représentées à Saige. Cette pluralité d'origine représentée dans ce quartier, cache néanmoins, des problèmes qui ternissent l'image du quartier. Saige est aussi marqué par une forte présence associative. Pour plus d'informations, cf. annexe 1

travailleurs immigrés qui disaient retourner dans leur pays d'origine tous les 3 ans, et un tous les 5 ans.

1.4.2. Les patients hospitalisés pour un paludisme

Interroger ces personnes malades au cours de leur hospitalisation m'a permis, d'une part, de mieux comprendre le rôle de l'expérience du paludisme dans la perception du risque palustre, mais également d'obtenir des éléments sur les différents parcours thérapeutiques de prise en charge du paludisme d'importation à Bordeaux ; d'autre part, l'enquête auprès des patients impaludés m'a permis d'avoir des éléments d'analyse sur le rôle des acteurs de santé, en particulier des médecins généralistes, sur la prévention et la prise en charge du paludisme. Au total, douze patients hospitalisés pour un paludisme ont été interviewés, dont six voyageurs migrants et six voyageurs non-migrants. J'ai décidé d'interroger les voyageurs non-migrants parce que les voyageurs originaires d'Afrique subsaharienne ne sont pas les seuls exposés au risque palustre. Les autres voyageurs, notamment les touristes, peuvent revenir également impaludés. Les données issues des voyageurs non-migrants ont été utilisées à titre comparatif. L'objectif est de vérifier si l'expérience de la maladie et le fait d'être originaire d'un pays impaludé sont des freins à la prévention. Les données seront également utilisées dans l'analyse des différentes activités socio-professionnelles qui entourent la prévention et la prise en charge du paludisme.

Les entretiens ont eu lieu au SMIT au cours de l'hospitalisation. Parmi les douze, quatre patients ont été interrogés deux fois. Le deuxième entretien a eu lieu à leur domicile. À ces entretiens, s'ajoutent quatre entretiens avec les personnes de l'entourage des malades qui ont été interviewés deux fois, souvent des conjoints, des amis et des parents. Parmi les personnes de l'entourage interrogées, il y a deux migrants et deux non-migrants.

Les patients hospitalisés revenaient du Sénégal, de la Côte d'Ivoire, du Cameroun, du Gabon, de la République Démocratique du Congo, de la République Centrafricaine et de la Tanzanie. Ils avaient un âge compris entre 26 et 59 ans. Les voyageurs migrants hospitalisés étaient généralement des voyageurs réguliers. Parmi les douze patients, il y avait cinq hommes et sept femmes ; trois avaient des accès palustres graves et les autres avaient un paludisme simple. Il n'y avait pas de voyageurs migrants originaires d'Afrique subsaharienne hospitalisés pour un paludisme grave. Tous avaient un accès palustre simple.

1.4.3. Les acteurs de santé

Il s'agit des professionnels de santé délivrant des interventions de prévention et de prise en charge du paludisme à Bordeaux, dans les services spécialisés du CHU (Santé-Voyage et le SMIT), et aussi des médecins généralistes et des pharmaciens d'officine. Dans la configuration du système de santé français, le médecin traitant occupe une place centrale dans l'orientation et le suivi du patient tout au long du parcours de soins. Il assure les soins habituels et de prévention dont a besoin le patient. Dans le cas du paludisme, il constitue le premier contact en cas de besoin de prévention et de suspicion de paludisme au retour d'un voyage en zone à risque palustre. J'ai jugé important de le cibler pour comprendre son rôle dans la prévention et la prise en charge du paludisme. Ainsi, les professionnels de santé interrogés ne sont pas représentatifs de l'ensemble des professionnels de santé de Bordeaux. Les acteurs de santé qui ont participé à cette étude étaient au nombre de douze, dont six généralistes (quatre sont les médecins traitants des patients interrogés deux fois), deux médecins spécialistes en médecine tropicale et des voyages, ainsi que quatre pharmaciens d'officine. Ils avaient des âges compris entre 32 et 58 ans.

Conclusion

Ce chapitre avait pour objectif de décrire les postures méthodologiques et le contexte de l'étude. Cette recherche socio-anthropologique repose sur une enquête en milieu « immigré » (Aggoun, 2009). Celle-ci suppose que l'on saisisse l'ensemble du processus par lequel les voyageurs migrants d'origine africaine construisent leur rapport au risque palustre, à travers l'interprétation de leurs situations au-delà de leurs actions, en y incluant l'univers des significations auxquelles ils se réfèrent.

Un des thèmes qui structurent l'enquête auprès des voyageurs migrants originaires d'Afrique subsaharienne était l'expérience passée du paludisme. Ces voyageurs étaient sollicités pour faire état d'un passé parfois lointain. Certains récits avaient un caractère fragmentaire, déformé par la reconstruction *a posteriori* que ces voyageurs en font et par les biais de mémorisation qui peuvent survenir lorsqu'un événement est très ancien.

Les conditions d'entretien auprès des patients impaludés lors de leur hospitalisation n'étaient pas optimales. Nous étions souvent interrompus par le personnel soignant ou le personnel chargé de l'entretien. Souvent, j'étais obligée de quitter la chambre pour leur laisser faire leur travail. Ces interruptions constantes coupaient l'allure de la conversation. Le SMIT

dispose de chambres d'hospitalisation individuelle (un lit) et double (deux lits). Dans les chambres doubles, les deux lits sont séparés par des rideaux. La présence d'autres malades lors de nos entretiens impactait négativement la réponse des enquêtés. Ils me répondaient avec beaucoup de réserve. D'ailleurs, cette gêne occasionnée par la présence d'autres malades a été exprimée lors du second entretien à domicile : « *L'autre jour à l'hôpital, ce n'est pas pareil qu'ici. C'était un peu gênant de discuter avec les autres qui étaient aussi dans la chambre. Là je me sens plus à l'aise* » me disait Monique¹⁵, une Franco-Camerounaise de 42 ans.

¹⁵ Tous les noms utilisés dans cette recherche sont des pseudonymes. Ils sont tirés du top 100 des prénoms sénégalais. http://www.studentsoftheworld.info/penpals/stats_fr.php3?Pays=SEN

CHAPITRE 2 : Situations lors du retour temporaire au pays d'origine

Introduction

La littérature relative à la migration de retour en général et aux migrants africains en particulier s'est intensifiée ces dernières années. Elle montre de façon unanime que l'intention de revenir dans le pays d'origine est souvent présente chez les migrants au moment du départ (OCDE, 2008 ; Diallo, 2015 ; Sayad, 1991 ; Mazzella, 2014 ; Flahaux, Eggerickx, Schoumaker, 2017 ; Flahaux, 2013, Mondain, 2017). Cette littérature montre souvent les articulations des migrations internationales (retour au pays, insertion et développement) et rappelle constamment d'être vigilant sur l'usage de la notion de retour en contexte de migration, car elle peut correspondre à des réalités très différentes avec des implications parfois contradictoires. Différentes typologies de retour ont été mises en évidence (OCDE, 2008) : (1) les retours définitifs (sont inhérentes aux politiques publiques et viennent rarement des initiatives individuelles) ; (2) le retour étape ou circulaire (rebondissement vers d'autres lieux de fixation temporaire) ; (3) le retour temporaire (allers et retours entre pays d'accueil et pays d'origine).

Cependant, les études (Riccio, 2003 ; Mondain, 2017) portant sur les retours temporaires des voyageurs d'origine africaine, qui analysent par exemple les activités qui permettent aux migrants mourides sénégalais (Riccio, 2006) et aux femmes migrantes originaire de Kébémér au Sénégal (Mondain, 2017) d'organiser leur mobilité et leur séjour temporaire, ne décrivent pas l'organisation et les préparatifs du retour temporaire. Le risque sanitaire n'est pas abordé non plus. Or, en retournant temporairement dans leur pays d'origine, les voyageurs peuvent s'exposer à des risques sanitaires, notamment palustres.

C'est dans cette perspective que ce chapitre propose de faire ressortir à la fois ce qui crée le retour temporaire¹⁶ et ce que le retour temporaire crée. Le retour temporaire dans le pays d'origine expose le voyageur à de nombreux risques (sociaux, sanitaires). Ces risques peuvent être hiérarchisés, évalués et réinterprétés en fonction de leurs conséquences. Outre ces risques, il y a également plusieurs préoccupations liées au retour temporaire. Quelles sont les différentes préoccupations lors des préparatifs du voyage ? Quelle place les voyageurs

¹⁶ Dans le cadre de cette étude, je parle de retour temporaire, vu comme des simples visites individuelles ou en famille au pays d'origine pour des vacances annuelles, des cérémonies ou des fêtes religieuses ou traditionnelles et pour les affaires etc. Ce sont des séjours temporaires sans intention de rester dans le pays d'origine pendant plus de 3 mois et qui font partie du parcours migratoire.

migrants d'origine africaine accordent au risque sanitaire en général et à la prévention du risque palustre en particulier dans leurs différentes préoccupations lors du retour temporaire ? Pour mieux répondre à ces interrogations je vais : a) me pencher sur la manière dont la migration est perçue par la population non-migrante ; b) décrire les relations que les voyageurs migrants originaires d'Afrique entretiennent avec leurs familles restées au pays ; c) identifier la place qu'occupe la santé dans les différentes interactions des voyageurs africains avec leurs familles ; d) décrire la place des préoccupations de santé lors du retour temporaire ; e) décrire les différentes stratégies populaires d'évitement du risque de paludisme.

2.1. La migration associée à la réussite

La migration est perçue dans les pays d'émigration comme une des voies les plus rapides de réussite sociale, économique et culturelle. L'association de la migration à la réussite prend source dans les regards croisés entre les voyageurs migrants et les familles non-migrantes, en confrontant, l'ici (pays d'immigration) et l'ailleurs (pays d'origine), le voyageur d'origine africaine et le groupe social d'origine, la réalité et le désir, l'abstrait et le concret (Fouquet, 2007). Ces regards croisés entre les voyageurs migrants originaires d'Afrique lors du retour temporaire et la population restée au pays s'articulent autour de « *dialogues imaginaires* » (Fouquet, 2007), dont les logiques doivent être recherchées dans un jeu d'énonciation de l'altérité et de l'identité. En croisant « *l'exil imaginaire* » avec l'expérience de la migration telle qu'elle est vécue par les voyageurs migrants qui retournent temporairement dans le pays d'origine, Thomas Fouquet (2008) montre que ces dialogues imaginaires ainsi reconstruits dessinent un cadre d'énonciation et de mise en jeu stratégique de ce que signifie le fait d'être d'immigré aujourd'hui. Autour de quelques grandes déclinaisons (solidarité communautaire/individualiste, africanité/occidentalisation), on se raconte soi-même – autant que l'on dit de l'autre – dans une dialectique d'identité et de différence, de proximité et de distance.

Le désir de départ et celui du retour demeurent des moments d'imaginaires changeant aux formes difficiles à cerner. Dans les pays d'émigration, les images sur les pays d'immigration deviennent souvent des métaphores pour penser à des changements sociaux qui caractérisent les contextes locaux mêmes (Fouquet, 2007). Pour l'anthropologue Argun Appadurai (2005), les non-migrants se projettent aussi à travers l'image que leur avaient laissé les voyageurs migrants retournés. L'auteur insiste toutefois sur le fait que le rôle et la puissance de l'imagination se renouvellent dans le contexte de la mondialisation et se renforcent dans

l'exil. Nourri en partie des images diffusées par les médias télévisés, l'imaginaire migratoire joue un rôle déterminant dans les projets de départ (Simon, 2006) et continue de se former depuis les expériences et les images laissées par les premiers migrants et l'arrivée des antennes paraboliques dans les foyers du monde. La migration appartient à une geste épique portée par des imaginaires collectifs qui font du Nord un lieu où les héros s'élèvent (Latour, 2003). Autrement dit, le Nord est imaginé comme un Eldorado où les migrants s'enrichissent avant de retourner temporairement dans le pays d'origine.

Actuellement, ces représentations sont battues en brèche (OCDE, 2008) en raison de la baisse du taux d'emploi dans les pays occidentaux, de la dégradation des conditions de travail à travers la demande de flexibilité et du contexte politique où les mouvements populistes montent en stigmatisant la figure du migrant comme « voleur de travail ». Néanmoins, les populations qui n'ont pas l'expérience migratoire continuent toujours de visualiser ceux qui retournent comme des « portefeuilles à prendre ». Ils sont souvent sollicités par la famille au sens large en cas de problèmes.

« Vraiment, les gens ne savent pas que ce n'est pas facile comme avant. Moi je me rappelle bien mon oncle, quand il était en Italie, il revenait avec beaucoup d'argent. D'ailleurs, il a construit plusieurs maisons à Dakar qu'il loue. En ce moment-là, il y a du travail en Europe, mais maintenant avec la crise, c'est difficile ! Mais les gens au pays ne peuvent pas comprendre. Et, quand on va en vacances, ils croient que nous avons ramené toute la richesse du monde. »
(Saliou, 42 ans, franco-sénégalais, marié, 3 enfants, auto-entrepreneur dans la restauration, Talence, en France depuis 16 ans).

Ce témoignage rend compte de la perception qu'ont les voyageurs migrants qui retournent temporairement dans leur pays d'origine. Les sollicitations de la famille non-migrante se justifient en partie par le fait que la migration en Europe est réellement idéalisée, à l'image des premiers migrants travailleurs qui rentraient après des années d'absence au pays avec des sommes importantes d'argent. La première vague de migration de travail (vers les années 50) a pu bénéficier de la demande importante de main-d'œuvre du pays d'immigration pour réaliser le maximum de profit. À Bordeaux, selon Mar Fall (2011), cette première vague de migration occupait des emplois d'ouvriers dans les biscuiteries de Pessac, à Ford à Blanquefort et des emplois de domestiques. Il s'agissait souvent d'hommes seuls, ayant laissé leur épouse dans leur pays. Les motivations économiques étaient au cœur de leur projet

migratoire. L'idée fondamentale largement partagée par les premières vagues des migrations africaines est celle d'un séjour provisoire à Bordeaux. Concrètement, cela signifie qu'il faut travailler dur, dépenser moins, économiser le maximum possible pour retourner au pays. Pour cela, ils faisaient des repas collectifs, logeaient à plusieurs dans les mêmes appartements situés dans les quartiers du vieux Bordeaux (Saint Michel en particulier) et n'avaient guère de loisirs. Cependant, cette philosophie de vie va les pousser à une attitude de retrait par rapport à la vie sociale environnante. Leur vie va être marquée par « *la plus grande solitude* », pour reprendre les propos de Tahar Ben Jelloun (1990).

À cette époque, l'Europe pouvait être considérée comme un Eldorado où les émigrés rentraient dans leur pays d'origine avec beaucoup d'argent. Ils construisaient des immeubles au bout de quelques années d'immigration. Cette représentation de la réussite liée à la migration s'entretenait du fait des vagues successives de migrants (Sayad, 1991). Les premiers arrivants aident les nouveaux dans la recherche d'un emploi, d'une formation, d'un logement, etc. ; et ces derniers aideront à leur tour les suivants (Mazzella, 2014). Par la force des choses, les travailleurs de la première vague migratoire ont créé une version imaginée de la migration et de l'Occident. À cet effet, l'Occident est souvent vécu comme la clé du destin, comme un préalable à la réussite. Les populations restées sur place sont puissamment armées de cet imaginaire, d'une croyance aveugle en cet Occident comme forteresse à prendre (Fouquet, 2007).

Il demeure difficile de faire comprendre la face cachée de l'immigration à ceux restés au pays qui voient encore l'Europe, et la France en particulier, comme une terre promise. Cette difficulté peut rendre difficile les relations entre l'émigré et sa famille.

« S'ils s'avaient ce qui se passe réellement ici, je suis sûr qu'ils nous laisseraient respirer un peu. Mais malheureusement, même si on leur explique, ils ne comprendront pas. Ils pensent que tu as dit ça pour qu'ils arrêtent de te demander de l'argent. Pire encore pour nous qui sommes mariés à des blanches. Pour eux, quand on est marié à une blanche, tu as tout. (...) Et quand tu insistes pour leur dire que c'est aussi dur ici qu'au pays, on te dit si tel est le cas, pourquoi tu ne rentres pas ? » (Saliou, 42 ans, marié, 3 enfants, Franco-sénégalais, auto-entrepreneur dans la restauration, Talence, en France depuis 16 ans)

L'idée qu'ils ne peuvent rien faire et que, quand ils refusent de satisfaire aux attentes de leurs familles, leurs relations avec celles-ci peuvent devenir distantes est un aspect important.

2.2. Les attentes de la famille non-migrante

Les rapports se maintiennent grâce à la contribution de l'émigré au bien-être de la famille. Le rapport entre l'individu et la famille a été étudié sur la base de diverses théories des migrations. Retenons, avec Ambrosetti et Tattolo (2008), « *les deux principales perspectives sociologiques : celle de la macrosociologie, avec la priorité pour les forces externes (économiques, culturelles et politiques) qui conditionnent et canalisent les initiatives des individus, et celle de la microsociologie, qui en revanche part de l'individu et le considère comme un acteur rationnel en mesure de prendre des décisions visant l'optimisation de son bien-être* ». Notre inscription dans ces deux théories s'explique par le fait qu'au-delà des enjeux personnels (recherche de numéraire, amélioration des conditions de vie), l'attachement des migrants à la famille et à la communauté d'origine est caractéristique de leur migration.

2.2.1. L'envoi des fonds à la famille restée au pays

Les transferts d'argent sont devenus une nécessité pour les parents (Dabiré, 2007 ; Daffé, 2009). L'envoi des fonds quelle que soit leur nature est également un premier signe de maintien des relations familiales. Les rapports transnationaux sont entre autres entretenus par les nombreux transferts. Cet acte considéré comme premier signe de maintien des rapports entre voyageurs migrants d'origine africaine et famille non-migrante dépend notamment de la capacité dont disposent les premiers à transférer des fonds.

Si on part du fait que « la migration est une stratégie collective de minimisation des risques » comme le disent Bonayi Dabiré (2007) et Gaye Daffé (2009), et que les choix migratoires sont des décisions prises au niveau de la famille pour maximiser les revenus et diversifier les risques (Ambrossetti et Tattolo, 2008), il serait important de réfléchir à la question de savoir si les risques sont dans tous les cas minimisés et diversifiés, même en situation de crise économique dans le pays d'accueil. En effet, d'après l'Organisation de Coopération et de Développement Économique (OCDE), les conséquences de la crise économique sur la situation des immigrants au regard de l'emploi sont sans ambiguïtés : les enseignements tirés des épisodes historiques comparables montrent que les immigrants sont parmi les plus touchés sur le marché du travail en période de ralentissement de l'activité économique (OCDE, 2008). Le choc pétrolier des années 1970 avait entraîné des entraves à

l'emploi chez la population migrante en Europe. Elle était victime de suppression d'emplois dans les secteurs en perte de vitesse, notamment celui de l'automobile (Fall, 2011). La crise économique actuelle a elle aussi dégradé la situation sur les marchés du travail des pays de l'OCDE (2008) et plus profondément pour les populations migrantes et leurs familles, ce qui remet en question la majeure partie des progrès obtenus ces dernières années en termes de résultats. Pour l'OCDE, les pays fortement touchés par la crise enregistrent une forte augmentation du taux de chômage qui touche de plus en plus la population migrante en Europe (OCDE, 2008). Face à cette situation, les demandes d'aides financières peuvent devenir de véritables problèmes, surtout lorsque les revenus des voyageurs migrants sont très rarement connus par l'entourage resté au pays.

Tout de même, beaucoup de mes enquêtés disent se sacrifier pour répondre aux demandes d'aide financière de la famille restée au pays d'origine.

« Les gens ne peuvent pas comprendre que nous nous sacrifions pour leur envoyer mensuellement de l'argent. Si on leur « western » (transfert via Western Union) 400 euros, ils croiront qu'on a beaucoup plus, car pour eux c'est impensable qu'on leur donne cette somme si on n'a pas plus. Si on n'avait pas assez d'argent, on ne pourrait pas donner facilement certaines sommes. Alors que la réalité est autrement. On donne les 400 euros pour eux et nous on vit avec 100 euros. » (Ousmane, Sénégalais, 34 ans, célibataire, agent de sécurité, Talence, en France depuis 9 ans)

Les propos de ce travailleur sénégalais illustrent la pression exercée par la famille non-migrante et les sacrifices qu'il fait pour contribuer au bien-être de ceux restés au pays. Les voyageurs migrants d'origine africaine cédant à ces pressions peuvent se retrouver dans une situation financière précaire. Il n'est pas étonnant d'entendre des propos comme ceux-ci :

« C'est vraiment l'envoi de l'argent à la fin du mois qui nous fatigue nous, Africains. (...). Pourtant les Blancs ne gagnent pas plus que nous. Mais comme nous, notre salaire c'est pour plusieurs personnes, c'est ce qui nous fatigue. Eux (les Blancs), leurs salaires c'est pour eux seuls. (...). Si ce que je gagne était pour moi seule, je peux faire beaucoup de choses avec. Je peux même à mon âge avoir au moins un terrain dans mon pays. Des fois à la fin du mois j'ai envie de pleurer, car l'argent que tu as travaillé te file entre les mains. Vraiment c'est dur. On est

souvent à découvert à cause de ça. » (Yandé, 29 ans, Tchadienne, Auxiliaire de vie, Saïge, en France depuis 6 ans).

La lecture de ce cri du cœur montre la dépendance de la famille vis-à-vis de la personne qui vit à l'extérieur du pays, mais aussi le fardeau que la famille représente pour le voyageur migrant d'origine africaine.

Pour les sujets interviewés, cette réalité est méconnue par les parents restés au pays. Les revenus d'une personne qui gagne le salaire minimum en France¹⁷ ne sont pas suffisants pour que le voyageur migrant puisse entretenir deux unités domestiques. De plus, les fonds à transférer augmentent au fil des années, contrairement aux revenus de ceux qui réalisent ces transferts. Des auteurs comme Mamadou Dimé (2013) et Hamidou Dia (2007) ont tous fait les mêmes constats : les migrants sont l'objet de pressions familiales, les sommes demandées sont en constante augmentation d'une année à l'autre, et l'évolution des sommes est plus perceptible du côté des bénéficiaires. Ces auteurs ajoutent que cette augmentation est rarement à l'initiative individuelle du migrant.

Petit à petit, nos interlocuteurs qualifient les demandeurs d'aides financières comme des assistés, des « *griots* » (Jamouille, 2013, p. 93), soit des flatteurs qui veulent vivre aux dépens de ceux qui reviennent de l'étranger. Alors qu'ils souhaiteraient au moins un petit effort émanant d'eux, par exemple en ayant un projet pour lequel ils voudraient bénéficier d'un financement. Des études (Cissé, 2015 ; Dimé, 2013 ; Phongi, Mabika Mabika, 2015) ont montré dans ce sens que les migrants jouent un rôle important dans le financement des projets d'investissements de leurs parents restés au pays, même si ces investissements peinent dans la plupart des cas à avoir les rendements espérés (Dia, 2007 ; Dimé, 2013). S'ils ne peuvent pas initier un projet, nos enquêtés souhaiteraient tout de même que les parents restés au pays se « débrouillent », car disent-ils, il y a des familles qui s'en sortent sans aucune aide d'un membre de la famille qui vit à l'étranger.

¹⁷Le salaire minimum en France, communément appelé SMIC (Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance) est un salaire horaire initié depuis février 2000. Le SMIC constitue la référence salariale minimum auquel tout salarié qui travaille en France a au moins droit. Tout employeur est donc dans l'obligation de payer à son salarié un salaire au moins égal au SMIC d'après les articles L414-1 et L415-1 du code du travail. Les salariés doivent travailler 35 h hebdomadaires pour un salaire net de moins de 1200 euros. La majorité des salariés de la population migrante étudiée dans ma thèse touchent le SMIC.

La suite de l'entretien réalisé avec Saliou montre le manque de « débrouillardise » des jeunes diplômés qui peinent à trouver un emploi au pays. Pour ce père de famille de trois enfants et marié à une Française, ces jeunes constituent la catégorie de personnes non-migrantes qui demandent le plus d'aide. De plus, les sommes sollicitées sont souvent exorbitantes. Il poursuit en précisant que :

« Les proches qui ont un parent en Europe ne se fatiguent pas à chercher un travail, même les jeunes diplômés après leurs études. Ils sont là, ils attendent qu'à la fin du mois tu leur envoies. Ils t'appellent uniquement à la fin du mois. Sinon, le reste dès qu'ils reçoivent l'argent, c'est fini ! Ils ne vont pas appeler pour prendre des nouvelles, rien ! Ils ne savent que dire donne-moi, on t'attend ; quand est-ce que tu vas nous envoyer la somme ? Non ! Mais bilayi ! Les jeunes au Sénégal adorent la facilité en vivant mieux avec notre argent. » (Saliou, franco-sénégalais, 42 ans, 3 enfants, auto-entrepreneur dans la restauration, Talence, en France depuis 16 ans)

Ils n'ont souvent des nouvelles de leurs proches non-migrants qu'à la fin du mois. Ainsi, l'objet de ces appels concerne la date des transferts des fonds, ce que nos enquêtés trouvent anormal, surtout quand les jeunes diplômés s'y mettent.

La dépendance de la famille a des conséquences sur celui qui l'alimente, mais d'un côté et du point de vue social, elle a pour fonction de maintenir les liens familiaux et sociaux avec le pays d'origine. L'ouvrage précieux de Pascale Jamouille (2013) a mis en avant cette fonction à l'issue de son travail de terrain de deux ans à la Seine-Saint-Denis dans la banlieue nord-est de Paris. En donnant la parole à des migrants venus de tous les continents et à des familles d'immigrés de longue date, elle montre que, lorsque ces derniers ne peuvent pas satisfaire les demandes pressantes d'aide matérielle venant du pays, ils peuvent perdre confiance dans les liens de famille. Une autre étude (Phongi, Mabika Mabika, 2015) montre que cette dépendance peut se révéler contre-productive par la suite pour l'épanouissement de celui qui envoie, notamment en termes d'investissement.

2.2.2. Des coûts supplémentaires qui s'ajoutent aux envois déjà réalisés

La population restée au pays attend beaucoup du voyageur migrant qui revient dans son pays d'origine en termes de solidarité, de générosité, d'attitude et de comportement. Quand les relations d'ordre communautaire sont encore prégnantes pour des raisons d'ordre matériel

dans ces sociétés, la solidarité est souvent perçue comme « une assurance sociale » plus que jamais nécessaire en temps de crise (Leimdorfer, Marie, 2003).

S'il n'y avait que le billet d'avion à acheter, les voyageurs migrants pourraient s'y rendre tous les ans, voire même plusieurs fois par an. Cependant, d'autres dépenses sont à prendre en compte, en l'occurrence celles pour les cadeaux et pour assurer les dépenses quotidiennes qui les attendent, ainsi que les imprévus. C'est le cas notamment de Ousmane : il travaille comme agent de sécurité dans les centres commerciaux, il a 34 ans, est célibataire sans enfant. Dès qu'il arrive, son père lui laisse la charge de toutes les dépenses quotidiennes de la famille. Il poursuit son discours en démontrant le côté gratifiant du retour, mais aussi l'importante charge économique que ce retour implique.

« Aller au pays c'est bon, tu seras en famille et tout, mais en même temps en regardant bien ça ne nous arrange pas, car une fois là-bas, tu vas dépenser tout ce que tu avais comme économies. Je m'occupe des dépenses quotidiennes de la maison. Et quand tu rentres ici tu recommences à zéro. Tu ne peux pas réaliser quelque chose dans ces conditions. » (Ousmane, sénégalais, 34 ans, célibataire, agent de sécurité, Talence, en France depuis 9 ans).

Deux autres expliquent :

« Dans ma propre famille, quand j'arrive là-bas il y a des choses qui ne marchent pas à la maison et je suis obligé de les réparer. Il y a des choses qui manquent, je suis obligé d'acheter et quand ils voient ça ils se disent : “ lui, il a beaucoup d'argent ! ” » (Djibril, 59 ans, Franco-sénégalais, retraité par anticipation, hospitalisé pour un paludisme simple, en France depuis 40 ans)

« (...) Quand on part en vacances, si les jeunes doivent sortir, ils te disent : “grand¹⁸ tu peux me donner quelque chose pour la passe ?” Après chaque repas, “grand donne-moi on va faire du thé”. C'est toujours comme ça. » (Saliou, franco-sénégalais, 42 ans, 3 enfants, auto-entrepreneur dans la restauration, Talence, en France depuis 16 ans)

¹⁸ « Grand » est une expression très courante, surtout au Sénégal. Elle sert à exprimer le rapport d'ainesse civile, de séniorité sociale. Elle marque, dans ce contexte, le respect ou la supériorité.

Les trois extraits d'entretiens montrent, d'une part, les coûts supplémentaires en plus des envois déjà réalisés que le voyageur migrant doit supporter lors du retour temporaire au pays d'origine. Les dépenses augmentent quand le voyageur migrant est sur place et il est souvent difficile d'y échapper. Il y a obligation de réparer tout ce qui ne fonctionne pas et d'acheter tout ce qui manque dans la maison. D'autre part, les propos d'Ousmane, de Saliou et de Djibril montrent la transformation des rôles « traditionnels ». Celui qui retourne temporairement dans son pays d'origine pour rendre visite à sa famille et à ses amis devient l'ainé « économique » qui détient un pouvoir de décision important, ce qu'il n'avait pas avant de quitter son pays. L'entretien que j'ai réalisé à Saïge avec Samba, un Sénégalais de 39 ans qui travaille comme agent de sécurité, est illustratif du passage du statut de simple « enfant » à celui d'ainé « économique » grâce à la migration.

Samba : « Avant de venir ici, j'étais aux yeux de mes parents un simple enfant dont on n'a pas besoin de tenir au courant de certains problèmes de la famille. On ne me mettait jamais au courant des problèmes de famille. J'étais tenu à l'écart non pas parce que je n'avais pas d'emploi, mais pour eux, je suis toujours un petit enfant dont il faut protéger. C'est comme tous les parents d'ailleurs. Ils cherchent à protéger leurs enfants même en étant adultes. Les problèmes, qu'ils soient financiers ou autres, on me les cachait tout le temps. Mais depuis que je suis là, je suis toujours le premier à être informé avant même mes grands frères qui sont là-bas. On me demande mon avis avant de faire quoi que ce soit. »
(Samba, 39 ans, Sénégalais, agent de sécurité, Saïge, en France depuis 11 ans)

Césarine : « *Et si vous n'êtes pas d'accord, qu'est-ce qui passe alors ?* »

Samba : « Si je ne suis pas d'accord, ils ne font rien. Ils laissent tomber. (...) Il y a deux ans de cela, je suis allé au village pour trois semaines. Tout était à ma charge. J'ai accepté parce que c'est comme ça. »

Césarine : « *Est-ce que vous pouvez me donner un exemple de situation où vous avez dit "non !" Et où la famille a accepté de ne rien faire ?* »

Samba : « L'année dernière, ma famille voulait introniser ma tante comme reine des bois sacrés des femmes de mon village, mais j'ai dit non ! Je ne voulais pas de ça pour elle parce que c'est une grande responsabilité pour elle, mais aussi pour

nous tous. C'est une situation qui implique toute la famille au sens large. Ma mère a demandé aux femmes de la famille d'attendre et jusqu'au moment où je vous parle, cette intronisation n'a pas eu lieu parce que sans mon accord, ça va être difficile de financer l'évènement. Ils ont besoin de mon appui financier pour le faire. (...) Ce n'est pas parce que je n'ai pas cette somme, mais je ne peux pas les laisser faire parce qu'après il va y avoir beaucoup trop d'interdits dans la famille. »

L'idée que la migration fait passer au statut d'ainé social (Fouquet, 2007) et « économique » est mise en exergue dans cette discussion. D'ailleurs, ce statut est culturellement légitimé, et ce pour plusieurs raisons. Samba jouit d'un pouvoir décisionnel économique auquel il n'espérait pas avoir accès en n'étant pas émigré. La hiérarchisation par âge est remise en cause. Ce n'est plus le plus âgé qui détient le statut d'ainé, mais plutôt celui qui apporte une solution aux besoins financiers des siens. Ils sont les premiers à être avertis en cas de problèmes familiaux. En raison de l'apport économique dans la sphère familiale, le voyageur qui rentre chez lui est souvent considéré comme chef de famille. Il peut prendre la place de l'ainé, la dernière décision lui revient. Les rapports de pouvoir sont redéfinis au sein de la famille : il peut retrouver la position de père ou de chef qu'il n'occupait pas avant le départ. On assiste ainsi à une redistribution et à un bouleversement des rôles familiaux. Du fait de la migration, les voyageurs migrants qui rendent visite à leurs parents peuvent bouleverser les statuts sociaux et la hiérarchie familiale. En outre, les voyageurs migrants qui assurent les demandes des familles se positionnent en tant que « big man¹⁹ » (Laurent, 2012), soit comme une figure de la réussite. Par conséquent, ne pas réussir à satisfaire les sollicitations de l'entourage quand on retourne temporairement dans son pays d'origine revient à exprimer publiquement que le projet migratoire n'a pas réussi ; c'est un aveu d'échec.

2.3.La nécessité de se préparer pour avoir les moyens de faire face aux demandes

Les décisions de retourner temporairement dans le pays pour quelques mois sont fonction du statut juridique et en partie de la situation sur le marché du travail dans le pays d'accueil. Autrement dit, la situation financière dans le pays d'accueil peut amener le migrant à revenir plus vite que prévu quand le travail en migration lui a permis d'économiser beaucoup d'argent

¹⁹ Pierre Joseph Laurent a utilisé cette appellation (Laurent, 2012). On reprend sa définition. Il le définit comme un personnage ambivalent qui est en quelque sorte obligé de redistribuer des ressources en fonction des pressions exercées par les membres des réseaux qui l'entourent, l'honorent, l'aident et le plébiscitent.

dans un bref délai. J'ai rencontré des voyageurs migrants qui sont retournés dans leur pays d'origine après d'une année d'immigration, et d'autres qui ne sont retournés temporairement dans leur pays d'origine qu'après avoir passé plus de dix ans en France parce qu'ils avaient jugé qu'ils n'avaient pas atteint leurs objectifs financiers. Des études (Flahaux, 2013, Sinatti, 2011) montrent que l'intention de retourner vivre dans le pays d'origine en Afrique est souvent présente parmi les migrants, mais que cette décision de retourner nécessite d'être bien préparé afin de minimiser les risques.

Par peur de ne pas pouvoir répondre aux attentes pressantes de la famille, beaucoup de voyageurs se préparent pendant des mois et d'autres pendant des années. Ils économisent pour supporter les charges importantes qui les attendent au pays d'origine.

« On ne peut pas se lever comme ça et partir à la hâte sauf si c'est pour un décès. Il faut bien toujours se préparer financièrement, car il y a beaucoup de dépenses qui nous attendent là-bas. (...) C'est pourquoi on ne va pas souvent. Ils ont tellement de choses à faire. Ça, c'est vrai parce que ce n'est pas facile aussi dans nos pays. C'est devenu de plus en plus dur ici. Il y a beaucoup de monde qui nous attend. Si on n'économise pas assez d'argent pour le voyage, à qui on va donner et laisser les autres ? On risque de faire des jaloux. On doit être prêt sur le volet financier. » (Angélique, Guinéenne, 32 ans, Cuisinière, Talence, en France depuis 13 ans)

Un autre voyageur sénégalais va plus loin et m'informe qu'il lui arrive souvent de demander un prêt.

« Je suis reparti en 2006 avec mes enfants et ma femme. Ma famille tout entière partait pour la première fois. J'avais essayé de mettre de l'argent de côté, mais ce n'était pas suffisant. Du coup j'ai fait un prêt à la banque. C'est grâce à ce prêt que j'ai pu gérer les charges. Quand on est parti, c'était très agréable ; je me disais "enfin je suis chez moi". Mais en même temps j'avais peur que l'argent que j'avais ne finisse avant la date prévue de retour. » (Saliou, franco-sénégalais, 42 ans, 3 enfants, auto-entrepreneur dans la restauration, Talence, en France depuis 16 ans)

Pour nos enquêtés, l'épuisement des ressources pendant le séjour est une réalité déjà expérimentée. C'est aussi une des situations qu'ils redoutent le plus. En effet, dès qu'ils n'ont plus d'argent, toutes les personnes qu'ils ont pu aider disparaissent. Eux qui étaient le centre d'intérêt de l'entourage sont désormais délaissés, ce qui modifie les relations sur place. Leur intérêt pour l'argent rend inconfortables les relations comme l'a si bien écrit la romancière Franco-Sénégalaise Fatou Diome dans son roman culte, « *Le ventre de l'Atlantique* » (Diome, 2015). En effet, la difficulté pour les voyageurs qui retournent dans leur pays d'origine est de faire comprendre aux non-migrants la réalité cachée de l'Europe. Cela provoque une confrontation entre les deux parties. La tension est palpable dès le moindre petit refus de demande d'aide et cela peut avoir des conséquences négatives sur les relations avec les proches. Elle conclut son travail en pointant du doigt la sensibilité du phénomène et l'inconfortable situation des voyageurs retournant chez eux depuis la France, écrasés par les attentes démesurées de ceux qui sont restés au pays.

Si les voyageurs qui retournent et qui aident financièrement leur entourage sont à un moment délaissés parce qu'ils rencontrent des difficultés pour continuer de satisfaire les attentes de leurs proches non-migrants, comment seront alors perçus les émigrés qui peinent à répondre aux attentes financières de leur famille ? Autrement dit, comment, selon les migrants, les populations restées au pays perçoivent-elles les émigrés qui ne retournent pas chez eux en héros ?

2.4.L'ambivalence autour de la « toubabisation »

Les voyageurs migrants qui ne manifestent pas de réussite lors du retour temporaire dans leur pays d'origine sont dévalorisés. Des travaux ont d'ailleurs conclu que les émigrés qui n'ont pas réussi leur projet migratoire sont considérés comme des « morts sociaux ». Eliane de Latour (2003) et Pascale Jamouille (2013) l'ont bien démontré. Selon elles, le retour au pays les mains vides ou sans avoir aidé la famille dans le besoin auparavant est un déshonneur. Ils n'ont plus de mots pour la famille au pays. Ils sont souvent accusés d'avoir rompu la solidarité familiale. Djibril avait vécu cette expérience auparavant.

Djibril : « *Quand mes enfants étaient jeunes, on allait ensemble en vacances. Parce que pour moi c'est important que les enfants connaissent leurs origines, leur culture, la langue. Je me rappelle bien en 1991, je suis allé en Kolda. Je vivais modestement. De toute manière à cette époque, je n'avais pas d'argent à*

offrir. J'avais les enfants à prendre en charge (...). Mais les gens disaient du n'importe quoi sur moi »

Césarine : *« Les gens disaient quoi de vous ? »*

Djibril : *« Ils disaient que je suis devenu une mauvaise personne, que la France m'a complétement changé. Je suis inutile. Tout ce que je vous dis là, vous le savez autant que moi. »*

Césarine : *« Personnellement je n'ai pas assez d'expérience de retour. Est-ce que vous pouvez m'en dire plus sur en quoi la France vous a changé ? »*

Djibril : *« Oui, mais l'expérience est toujours là quand on vient ici. Que ce soit votre famille ou une autre personne, ils croient que tu as des millions dès que tu reviens de la France. Mais ils croient qu'on a des millions parce qu'on est venu au mois de juin et même pas un an on est revenu. (...). Tout ce que je peux vous affirmer, ma propre famille c'est-à-dire ma mère, mes frères, les enfants de mes frères et leurs épouses, s'intéressent à l'argent. Si tu leur dis que tu n'as pas d'argent, ils ne te croiront pas. C'est eux qui vont commencer à dire aux gens de l'extérieur que tu es devenu mauvais. Tu es avare, tu es égoïste. (...). Et déjà même si tu satisfais tout le monde, il y a toujours un risque envers toi du moment que tu as vécu ici. »*

Césarine : *« Quel genre de risque ? »*

Djibril : *« Il y a un risque si j'essaie de vivre comme si je n'avais pas voyagé. Et si on essaie de montrer aux gens qu'on est généreux, solidaire, il y a aussi un énorme risque. Parce que les gens sont tellement jaloux et ils essayent toujours de vous détruire ou de salir notre nom.*

Césarine : *« Ils peuvent vous détruire comment ? »*

Djibril : *« Par exemple aujourd'hui vous obtenez tous vos diplômes. Vous avez votre fonction, ils pensent que vous avez des millions et des millions. Et si parmi certains de ces gens-là qui croyaient qu'ils allaient pouvoir tirer profit de ces présumés millions n'arrivent pas, ils sont capables de vous détruire. Même ceux*

que vous avez pu aider, le jour où tu ne les aides pas, ils vont dire que tu as changé. Dès que tu as trouvé du travail, tu les as abandonnés, oubliés. »

Cette discussion que j'ai eue avec Djibril illustre les déconvenues du retour temporaire au pays d'origine. Les prises de distance tout comme les rapprochements s'élaborent de manière ambivalente :

- Satisfaire aveuglement les demandes démesurées des proches au risque d'être à la merci d'un jugement négatif sans complaisance des autres, de leur jalousie ou de leur rancœur ;
- Choisir de garder les yeux fermés à d'autres demandes au risque de faire l'objet de critiques. Le voyageur migrant a un comportement nouveau acquis dans la société d'accueil. Ce comportement est souvent jugé individualiste où l'intérêt personnel prime sur celui du groupe. Donc, celui qui retourne chez lui doit répondre aux attentes de la famille et des visiteurs sous peine de passer pour un individualiste occidental, un dénaturé égoïste.

Une baisse des montants de l'aide donnée pour satisfaire les besoins des proches est souvent considérée comme un changement d'attitude inacceptable. Il est alors fait référence à la « tradition » par opposition au procès de « toubabisation ».

« *Toubab* » est un terme utilisé au Sénégal pour désigner « *l'Européen* » principalement le « *Blanc* ». Mais ce terme acquiert un sens plus large et devient synonyme d'agir et de penser en Occidental, c'est-à-dire manquer de solidarité, alors qu'on possède beaucoup d'argent, ne pas manifester suffisamment d'hospitalité et, au bout du compte, manquer de dignité. En d'autres termes, le migrant qualifié de « *toubab* » devient un symbole négatif, combinant tous les défauts condamnés dans la société africaine (Riccio, 2002).

Nombreux sont les voyageurs migrants qui cherchent aussi leur bien-être personnel. Même s'ils n'avouent pas explicitement leur individualisme, leurs discours le sous-entendent. C'est l'exemple notamment de ce jeune enseignant à l'université au Sénégal. Je le surnomme Seydou. Il est âgé de 31 ans. Il est marié et père d'un enfant. Il travaille temporairement au Sénégal et sa famille vit à Bordeaux. Pour l'équilibre familial, il fait des va-et-vient entre le Sénégal et la France. Pour lui, la famille est importante, mais à un certain âge, il faut aussi

penser à soi-même, à construire sa vie. Les valeurs dominantes ne favorisent pas l'épanouissement personnel. Il poursuit en précisant :

« Depuis que j'ai commencé à faire des allers-retours, je ne suis pas trop attentif aux sollicitations des gens au Sénégal. (...). Au Sénégal, je ne vis pas avec ma famille. J'ai loué un appartement pour être tranquille surtout que j'ai besoin d'un endroit calme pour mieux travailler (il est enseignant à l'université Gaston Berger de Saint-Louis). » (Seydou, Sénégalais, 31 ans, marié, 1 enfant, enseignant, Saïge, en France depuis 8 ans).

La solidarité perpétuelle est refusée. L'unité résidentielle et l'activité professionnelle participent aussi à l'individualisation. Louer un appartement au lieu d'habiter avec les proches peut être interprété comme une stratégie de distanciation et d'affirmation vis-à-vis de la famille. Cette stratégie laisse voir un désir d'autonomie. Dans une étude menée auprès d'une lignée forgeronne dans la vallée du fleuve Sénégal, Saliou, dit Baba Diallo (2015) analyse l'autonomie dans une logique de compétition et de négociation. Cette autonomie surgit dans tout le processus de migration ; elle prend forme dans la mise en place du projet migratoire et se manifeste après le retour. Néanmoins, cette autonomie, portée à la fois par la volonté de différenciation et le désir d'initiative personnelle, peut provoquer des tensions au sein de l'environnement familial.

En explorant les perceptions des voyageurs migrants originaires d'Afrique subsaharienne sur leur retour temporaire au pays d'origine et les logiques autour desquelles s'organise le retour, on constate une légitimation du comportement des familles et de leurs attentes. Les voyageurs migrants interrogés considèrent que c'est tout à fait normal et légitime que la famille restée au pays compte sur eux. Toutefois, la famille non-migrante inscrit sa demande dans une morale fortement normative (Koumba, 2014), basée sur le devoir. Sans toujours vouloir l'imposer sous une forme autoritaire, ceux restés au pays exercent néanmoins une pression diffuse et considérable. Pour Djibril, ils utilisent la parenté et se basent aussi et surtout sur les liens de consanguinité pour obtenir ce qu'ils veulent de ceux qui ont quitté leur pays pour l'Europe. Par conséquent, les voyageurs migrants considéreraient que c'est un devoir de satisfaire les besoins financiers et parfois pressants des proches non-migrants.

« Ils ont transformé l'aide des gens qui sont là comme une norme. Tu dois aider telle personne, la femme de ton oncle, ses enfants, parce que c'est comme ça. À

chaque fois, on nous dit : “il ne faut pas oublier d’où tu viens, qui tu es et ceux que tu as laissés ici”. Rien que ça, ça veut tout dire. Du coup quand ils veulent quelque chose de toi, ils te disent :“ oui, c’est la famille, c’est nous tes parents, c’est le même sang qui coule dans nos veines”. Je ne dis pas combien de fois j’ai entendu ça. Tout le temps. (...). Ils trouvent un bon moyen pour avoir ce qu’ils veulent. »

Lorsqu’il y a refus de distribution de richesses, la famille non-migrante peut adopter également des pratiques de contournement pour réaffirmer la nécessité de la solidarité. On inscrit un système de compétition sociale et économique dans le registre identitaire, et cette inscription peut en soi être considérée comme une manœuvre stratégique. Pour Thomas Fouquet (2008), la « toubabisation » du voyageur migrant est mobilisée comme moyen de pression sur celui qui revient, et elle fonctionne ainsi comme un dispositif de contrôle social auquel est soumis l’émigré. La considération du voyageur qui retourne dans son pays d’origine comme un étranger ou « toubab » est une manière de le mettre sous pression pour qu’il fasse ce qu’ils veulent.

Lahat, un jeune travailleur sénégalais de 28 ans qui retourne tous les deux ans au Sénégal, me racontait la forme de solidarité qui existe dans son quartier Dieupeul-Derklé, situé dans la capitale sénégalaise. Les personnes de ce quartier qui vivent à l’extérieur du pays et qui retournent temporairement doivent distribuer une somme d’argent (la somme d’argent n’est pas fixe et dépend des moyens de la personne) à toutes les familles du quartier. Sa mère lui conseillait toujours la somme de 2000 francs CFA (environ 3 euros). Ceci dit, Lahat ne semble pas gêné par cette forme de solidarité, car il dit :

« Je ne suis pas le seul à le faire. Tous les enfants immigrés du quartier le font. Mes parents en ont probablement reçu des autres fils du quartier. Donc, il faut que je le fasse. Et ça ne dérange pas du tout. C’est le minimum qu’on peut faire quand on retourne chez nous. C’est aussi une manière de montrer qu’il valait la peine de partir si loin de sa famille. » (Lahat, sénégalais, 28 ans, travaille dans la restauration, en France depuis 4 ans et demi)

Dans d’autres contextes, comme c’est le cas à Dieupeul-Derklé, la solidarité est transformée en règle. Cette morale peut créer des « normes sociales de redistribution » qui sont susceptibles de varier selon les personnes concernées et selon leur degré d’implication.

Pour Peyton H. Young (2008), il y a trois types de mécanismes différents qui favorisent le respect et le maintien des normes sociales : un motif de pure coordination, la peur de la réprobation sociale et l'intériorisation des normes de bonne conduite. La peur de la sanction sociale amplifie le devoir de redistribution. Quant à l'intériorisation des normes de redistribution, elle se traduit ici par un devoir moral, intrinsèque de l'émigré. Le sens du devoir est transmis depuis la socialisation primaire de l'enfant (Wright, 2010). Les parents inculquent à l'enfant le sens du respect des obligations envers autrui en général, et plus particulièrement envers sa famille au sens large. Comme la famille étendue demeure ainsi leur lieu de socialisation communautaire, les individus y sont sommés, quelle que soit la force de leur individualité, de mettre celle-ci au service de leur communauté d'origine. Dans le contexte migratoire, ce devoir est entretenu en partie par la « tradition » établie par les premiers émigrés, puisque les réponses apportées étaient : *« ça a toujours été comme ça depuis des années. Les anciens ont toujours procédé comme ça. Ce n'est pas nous qui allons changer les choses »* (Lathat, sénégalais, 28 ans, travaille dans la restauration, en France depuis 4 ans et demi).

Le retour temporaire au pays d'origine met à priori les sujets dans une situation conflictuelle parce qu'ils sont confrontés à d'autres informations concernant le milieu d'origine et le milieu d'accueil. Lorsqu'ils retournent temporairement dans leurs pays de départ, l'expérience du décalage est alors celle qu'ils vivent le plus souvent. Cette expérience éprouvée pendant le retour permet de mesurer le cheminement accompli et rend le voyageur natif étranger en son pays (De Gourcy, 2007). Ils sont dans leurs pays d'origine sans y être, et sans y retrouver leurs repères familiaux. Ce décalage fait écho à l'introduction de l'ouvrage de Nadine Picaudou (2008), à propos des Palestiniens de retour à partir de 1993 après leur exode massif en 1948. Ces derniers ont vécu un décalage avec les codes sociaux en vigueur, ce qui a contribué à en faire des sortes d'étrangers dans les représentations communes de leur propre société. Ces Palestiniens de retour et leurs familles se sentaient parfois disqualifiés par ceux qui n'avaient pas migré du fait de leur trop long éloignement de la terre natale, de leur perte de l'accent local, du fait qu'ils ne maîtrisaient pas l'arabe et de leur adoption des valeurs étrangères durant l'exil. On rejoint ici l'expérience de nos enquêtés.

L'habitude de parler français que les voyageurs retournant dans leur pays de naissance peinent à perdre une fois chez eux y contribue. Des expressions toutes banales comme *« vous n'êtes pas en France ici »*, *« c'est un toubab maintenant »*, rappelées par un de nos

interlocuteurs, expriment l'idée de l'éloignement. Cela amène à considérer ce voyageur comme une figure en mouvement plus jamais chez lui, et en quête de place. Ceci contribue à exercer une pression sur celui qui retourne pour quelque temps dans son pays d'origine.

Par ailleurs, le retour au pays élucide aussi la problématique de la double absence, pour reprendre le titre de l'ouvrage de Sayad (1999). Cette double absence s'exprime par le sentiment de n'appartenir à aucune société, ni dans le pays d'origine ni dans le pays d'émigration. Il devient alors un homme de deux endroits, de deux pays. Le défi pour certains voyageurs est de transformer cette double absence en double présence. Ainsi, revenir au pays équivaut pour certains à partir, car une fois sur place, on devient l'autre pour ceux que nous continuons à appeler les nôtres. Du côté de la société d'origine, le passage du voyageur migrant est une aubaine de comparaison entre les normes sociales, les cultures, les modes de vie de la société d'origine (*in group*) et de la société autre (*out group*) (Koumba, 2014). Par conséquent, le voyageur lui-même qui retourne dans son pays de naissance fait l'objet de relations à « l'étranger » dans sa propre société d'appartenance et fait par-là l'expérience du migrant, du membre d'un groupe minoritaire.

Dans l'ensemble, deux représentations stéréotypiques se dégagent de façons distinctes. D'un côté, le voyageur migrant, en tenant compte des préjugés qui lui sont attribués peut décrire la société d'appartenance comme trop traditionnelle et orthodoxe. Le retour, comme le constate Constante De Gourcy (2007), transmue le natif en observateur de son propre pays à travers le regard décalé qui est désormais le sien. Pour cet auteur toujours, ce qui semble important et fondamental, c'est que les migrants reviennent souvent dans leurs pays d'origine avec un autre regard, ils sont porteurs d'une expérience nouvelle.

En effet, le retour dans leur milieu d'origine les confronte à un problème de réadaptation sociale suscité par leurs changements personnels, ce qui provoque des réactions négatives de la part de l'entourage. La société d'appartenance risque de ne plus être gratifiée des qualités de solidarité et de tolérance qui lui étaient antérieurement attribuées. Les voyageurs qui prennent ainsi un risque à oser agir autrement que d'habitude, à introduire du nouveau dans la société d'origine. Le risque social dont il s'agit dans cette recherche peut être défini comme une « *perte de l'acquis* » (Lenoble-Bart et Damone, 2015 : 25) qui entraîne une certaine instabilité dans les relations familiales et une remise en cause de l'identité.

L'ambivalence de ceux qui retournent à l'égard de la famille non-migrante se traduit aussi par le manque de confiance (à tort ou à raison selon les cas) vis-à-vis des populations restées au pays. L'explication de ce Camerounais de 46 ans, agent d'entretien depuis plusieurs années, nous donne une idée précise du problème :

« Quand tu investis dans quelque chose, il faut les surveiller de près. Dès qu'ils savent que tu es ici, ils croient que tu as beaucoup d'argent. Ils peuvent t'arnaquer, gonfler les factures. Même ta propre famille peut t'arnaquer. Donc il faut aller de temps en temps à l'improviste pour voir de tes propres yeux, car il ne faut jamais croire à ce qu'ils te disent au téléphone » (Jean, 46 ans, Camerounais, agent d'entretien)

La faible fréquence des séjours augmente les risques économiques pour le migrant qui retourne gérer ses affaires au pays. Pour contourner ces problèmes et face à la capacité limitée d'entreprendre leurs affaires à distance, beaucoup décident de faire des allers et retours fréquents et réguliers entre Bordeaux et le pays d'origine. Or, aller et revenir plusieurs fois par an expose plus aux risques sanitaires liés au retour temporaire. Si, dans la relation avec la famille, la solidarité occupe une place importante, qu'en est-il de la santé ?

2.5. La place de la santé dans les interactions avec la famille

La santé occupe une place importante dans la relation que mes enquêtés entretiennent avec leurs familles non-migrantes. Certains fonds envoyés sont destinés à la santé. Une étude de la Banque africaine montrait que la consommation familiale et les dépenses de santé devenaient la destination première des fonds transférés par les migrants et reçus par les familles des pays d'origine. Au Sénégal et au Mali sont respectivement injectés dans la santé 81 % et 87 % des fonds envoyés par les migrants. La place accordée à la santé est à l'origine des investissements socio-sanitaires collectifs par les migrants : centres de santé, maternités, ambulances, équipements, etc. (Banque africaine du développement, 2007).

Du fait de la quasi-absence de couverture sociale et du paiement direct des frais de consultation et des ordonnances, beaucoup de familles comptent sur leurs parents migrants. L'envoi des fonds permet donc aux bénéficiaires de se soigner. Ainsi, cette phrase : *« en Afrique si tu es malade et que tu n'as pas d'argent tu meurs ! »*, souvent entendue lors de l'enquête de terrain, est illustrative. Elle montre bien la nécessité de disposer préalablement de moyens financiers avant de prétendre être pris en charge. En outre, cette phrase sous-entend

au moins implicitement – vu qu'elle suppose une prédisposition de mes interlocuteurs à envoyer des fonds rapidement en cas de problèmes de santé d'un membre de leur famille restée au pays – l'importance de la place qu'ils accordent à la santé dans leurs relations avec l'entourage.

Nos enquêtés avouent être très sensibles aux sollicitations des familles ayant trait à la santé. C'est le cas d'Ousmane qui n'hésite pas à transférer rapidement de l'argent à ses parents lorsqu'un membre de sa famille est malade. Il lui arrive quelquefois de dépasser la somme demandée par les parents, car pour lui :

« La santé est primordiale pour tout un chacun. Au Sénégal, si tu n'as pas les moyens, personne ne te soigne. Il y a des gens qui meurent dans les salles d'attente des hôpitaux en Afrique pour cause d'argent. Même si je n'ai pas les moyens pour aider ma famille à se soigner, je vais demander à mon employeur de me faire une avance sur salaire pour les aider. Je n'hésiterai pas. Je ne badine pas avec ça. Dès que ma mère ou une autre personne de mon entourage m'appelle pour me demander de l'argent pour se soigner, je ne réfléchis pas. J'envoie l'argent (...) S'il se trouve que j'ai encore un peu d'économies, je vais augmenter la somme. Il peut y avoir des imprévus. Au Sénégal, combien de personnes sont mortes parce qu'ils n'ont pas d'argent pour se soigner ? On ne peut pas les compter ! Ce n'est pas comme ici où, quand tu es malade, on va te soigner d'abord avant de t'envoyer la facture après. Je te donne un exemple. Quand j'avais mon bras cassé, on m'a soigné sans rien me demander et c'est après quelques mois que j'ai reçu la facture à la maison. Mais en Afrique, qui va faire ça pour toi ? » (Ousmane, 34 ans, Sénégalais, célibataire, agent de sécurité, Talence, en France depuis 9 ans)

Les mécanismes de solidarité sont utilisés pour faire face aux problèmes de santé. L'accès aux ressources par le biais de celui qui vit en Europe est important. En cas de problème de santé, l'argent est transféré souvent très rapidement, car la santé « *ne peut pas attendre* » me disait Ousmane. La peur d'un retard de prise en charge parce que le migrant a envoyé trop tard l'argent nécessaire est manifeste.

L'entraide et la solidarité transnationales jouent un rôle important : elles permettent à beaucoup de familles d'accéder aux soins. Les montants transférés sont déterminants dans le

choix du lieu de la prise en charge. En fonction du montant de l'argent transféré, le malade peut décider s'il peut se faire soigner dans un hôpital public ou privé (clinique). Les cliniques ont la bonne réputation de prodiguer des soins de qualité aux malades, car elles disposent de plateaux techniques perfectionnés, et les voyageurs migrants mobilisent ainsi une importante somme d'argent pour que le malade puisse être soigné dans une clinique. Tidiane Ndoye (2009) montrait déjà le rôle de la solidarité et de l'entraide dans la prise de décisions de recourir ou non à la médecine moderne en cas d'accès palustre. Les personnes qui payent les soins ont leur mot à dire sur le lieu et le moment du recours aux soins, le choix d'hospitaliser ou non, et sur le nombre de jours en cas d'hospitalisation.

Lorsque les voyageurs migrants retournent temporairement dans le pays d'origine, ils continuent de participer aux dépenses de santé des parents non-migrants. En plus de dépenses citées précédemment, s'ajoutent donc d'autres dépenses liées à la santé. Ces dernières concernent entre autres l'achat des médicaments. Les propos de Saliou à ce propos sont éclairants :

« Aller au pays c'est bien. Mais il y a trop de dépenses une fois là-bas. Tu es tout le temps sollicité par les tantes, les oncles, les sœurs. (...). Pour eux, nous rentrons au pays avec des comptes en banque pleins. Tout le monde a des problèmes et c'est toi qui dois les régler. Il y a des ordonnances qui te parviennent pour que tu les achètes. Si tu leur dis que tu n'as d'argent, ils ne vont pas te croire. (...). Souvent on cède à leur demande. » (Saliou, 42 ans, marié, père de 3 enfants, Franco-Sénégalais, auto-entrepreneur dans restaurateur, Talence, en France depuis 16 ans)

Beaucoup de sollicitations ont trait à la santé. Ceux qui recherchent de l'aide ont en leur possession les ordonnances ; le voyageur migrant a alors moins de doute sur la demande d'aide, et il donne l'argent.

2.6. Place des préoccupations de santé lors du retour temporaire

La migration n'est pas seulement déterminée par la précarité du quotidien. Pour des anthropologues comme Eliane De Latour (2003) et Mahamet Timéra (2001), elle est aussi motivée par le besoin vital de valorisation personnelle, de reconnaissance, de respect, de considération, d'indépendance et de recherche d'exploits nécessaires à l'affirmation de soi.

Le retour temporaire est fondamental pour beaucoup de voyageurs migrants. Les motifs du retour temporaire au pays d'origine sont nombreux. Une autre étude souligne l'importance de la situation familiale des femmes sénégalaises migrantes qui circulent entre le Sénégal et l'Italie ou l'Espagne dans la définition de leurs intentions de retour à long terme ou non dans leur pays d'origine (Mondain, 2017). Dans une autre étude réalisée auprès des migrants mourides sénégalais en Italie, c'est la religion qui est évoquée comme motif qui justifie l'importance de retourner périodiquement dans leur pays d'origine (Riccio, 2006).

Les résultats de notre enquête montrent que les motivations du retour temporaire varient souvent en fonction de l'âge, ainsi que de la situation matrimoniale et professionnelle. Par exemple, les voyageurs adultes retournent fréquemment dans leur pays d'origine pour investir. Ceux qui y vont pour cette raison ont plus de 30 ans, ils ont une durée de résidence en France supérieure à 4 ans, et font partie des voyageurs qui ont un travail stable. Leurs investissements ou leurs affaires sont surtout orientés vers l'immobilier et le commerce. Le choix de ces créneaux d'investissement est dicté dans beaucoup de travaux récents (Dimé, 2013, Phongi et Mabika Mabika, 2015, Cissé, 2015) par la possibilité de mieux maîtriser ces investissements. Pour ces auteurs, ces domaines constituent également des secteurs moins sujets aux incertitudes. Ce sont des activités porteuses dans une Afrique de consommation.

Cependant, tous accordent à la famille une place prépondérante dans le processus décisionnel. « *Je retourne au pays pour rendre visite à ma famille* » : cette phrase est omniprésente dans les entretiens. Dans leurs discours, de nombreuses raisons sont corrélées à la famille : connaissance des grands-parents, visite aux parents, à la belle-famille, aux enfants, aux époux (ses), etc. Le rôle de l'attachement au pays d'origine motive explicitement les allers et retours. Augustin De Coulon et François-Charles Wolff (2006), qui avaient interrogé les immigrés sur leurs intentions de retour au moment du départ à la retraite, montrent par exemple l'importance de la présence des parents, du conjoint et des enfants dans le pays d'origine pour expliquer le choix du retour pour ceux qui n'ont pas la possibilité de bénéficier du regroupement familial.

Les allers et retours entre la France et le pays d'origine permettent de supporter l'exil ou encore l'absence des siens dans le pays d'immigration. Ils s'avèrent avoir des effets positifs sur les voyageurs migrants eux-mêmes et sur la réussite migratoire.

« Rendre visite à la famille c'est bien et ça aide beaucoup quand on revient. Moi quand je vois que les affaires marchent et que je suis fatigué, je prends des jours de congés pour aller me ressourcer comme on dit. C'est bien pour les gens qui n'ont pas de famille ici et qui viennent d'arriver. » (Ousseynou, Sénégalais, marié, 38 ans, auto-entrepreneur dans le transport logistique, Saïge, en France depuis 12 ans)

Le retour au pays d'origine provoquerait une « bouffée d'oxygène » et aiderait à reprendre des forces. Ces propos laissent penser que pour bien se reposer, il faut retourner dans le pays d'origine. Le désir de se ressourcer auprès des siens ne concerne pas uniquement les voyageurs migrants qui ont des difficultés à s'intégrer dans la société d'accueil ou encore qui viennent d'arriver. Les propos d'un père de famille de 59 ans qui a anticipé sa retraite, après avoir passé plus de 40 ans en France, offrent un exemple très éclairant :

« Je suis en France depuis 40 ans. J'ai fait toute ma vie en France. Tous mes huit enfants sont nés ici. Donc normalement ça ne doit pas être difficile pour moi. Mais tu sais, quand je vais au Sénégal, je me sens bien dans ma peau et dans ma tête. Je dors mieux parce qu'il n'y a pas de stress (...). Maintenant, vous les jeunes, dès que vous arrivez, c'est fini, vous retournez très rarement. Alors que c'est important. Cela permet de prendre un bain familial pour que, quand tu reviens, tu sois neuf et motivé pour affronter la vie ici. » (Djibril, Franco-sénégalais, 59 ans, 8 enfants, retraité par anticipation, hospitalisé pour un paludisme simple, en France depuis 40 ans)

Les retrouvailles avec les membres de la famille font oublier les conditions difficiles de la vie quotidienne (solitude, fatigue, pression, stress) dans le pays d'immigration. La famille est actrice centrale dans ce contexte de circulation.

2.6.1. Les différentes préoccupations lors des préparatifs du retour temporaire

- Exemple de Salif et de Bintou

Salif et Bintou sont deux étudiants sénégalais âgés respectivement de 26 et 25 ans, que j'ai rencontrés à leur domicile à Saïge. Salif est en colocation avec deux compatriotes sénégalais et Bintou est gratuitement logée chez son grand frère. Leurs propos concernent les préparatifs du voyage qui débutent par une longue période d'économie. Il faut mettre de l'argent de côté

pour pouvoir retourner temporairement dans le pays d'origine. Ensuite vient la recherche du billet d'avion le moins cher possible. Quotidiennement, ils consultent les sites comparateurs de billets d'avion dans l'espoir de trouver un vol moins cher. Lorsque le billet d'avion est acheté, le voyageur migrant avertit ses proches de sa visite, parce qu'on entend souvent dire : « *Tant que le billet d'avion n'est pas acheté il ne faut pas dire qu'on va au pays* ». Après l'achat du billet d'avion, devraient venir les démarches de santé : vaccination et consultation d'un médecin pour la chimioprophylaxie du paludisme.

Le retour temporaire pour les vacances scolaires est pour eux l'occasion de profiter de l'expérience migratoire. Il faut bien le préparer et ne rien laisser au hasard. Pour ce faire, pendant les deux premiers mois de l'été, ils partaient travailler chez un restaurateur à Lacanau. Ils y étaient logés et nourris, et ils travaillaient 40 heures par semaine. Ils gagnaient 1500 euros net par mois, soient 3000 euros pour les deux mois. Au mois d'août, ils revenaient à Bordeaux pour préparer leur voyage au Sénégal. C'est à ce moment-là que je les ai suivis tout au long des préparatifs du voyage.

Les données d'observation montrent qu'il y a dans un premier temps un partage raisonné des 3000 euros²⁰. Voici comment Bintou a procédé :

- Elle a mis de côté 600 pour leurs dépenses administratives au retour. Elles concernent les inscriptions universitaires, l'achat des fournitures, le paiement pour le renouvellement du titre de séjour ;
- Elle a acheté son billet d'avion à 536 euros ;
- 1000 euros sont mis de côté pour l'argent de poche ;
- Le reste, c'est-à-dire 864 euros, sera utilisé pour toutes les dépenses avant le départ, y compris les démarches de prévention des risques sanitaires comme la prévention du paludisme. D'abord, elle a acheté des habits neufs, puis a dépensé 200 euros pour la coiffure à la mode actuellement en France et au Sénégal. C'est une occasion pour elle de le faire avant de retourner au Sénégal. Elle poursuit en précisant que les cheveux brésiliens peuvent durer très longtemps et qu'elle pourra les réutiliser plusieurs fois. Enfin, Bintou a changé son téléphone portable à moindre coût grâce à son forfait.

²⁰Comme ils ne payaient pas de loyer ni de nourriture, ils sont revenus de Lacanau avec l'intégralité des deux mois de salaires.

Pour Salif, les 3000 euros ont été utilisés de la manière suivante :

- Achat du billet d'avion à 489 euros, et somme laissée à ses colocataires équivalent à deux mois de loyer²¹, soit 360 euros ;
- 1000 euros ont été mis de côté pour son inscription universitaire et les autres dépenses quotidiennes. D'après lui, avant d'acheter quoi que ce soit, il faut d'abord mettre un peu d'argent de côté pour éviter de tout dépenser. En plus, on revient toujours du Sénégal avec un compte vide ;
- Achat de vêtements pour lui et son frère cadet au Sénégal (225 euros), le solde restant étant destiné à l'argent de poche.

Ces deux exemples de préparation du retour temporaire dans le pays d'origine montrent deux principales préoccupations : la présentation de soi et la satisfaction de la famille par l'achat de cadeaux.

L'enjeu principal reste celui du regard que les autres portent sur soi. Ce regard ne doit pas être méprisant, il s'agit plutôt d'être « bien regardé » (Fouquet, 2008). Selon Fouquet, cela leur permettrait de sortir de l'anonymat, de s'extirper de la masse et d'être admirés. Pour ce faire, ils pratiquent l'ostentation. Ainsi, comme Bintou et Salif, de nombreux migrants adoptent « *l'Europe attitude* » (Latour, 2003). Ils achètent des habits luxueux hors de prix, parfois même des costumes trois-pièces au risque de ne pas pouvoir les porter à cause des conditions climatiques inappropriées.

En plus de la pratique de l'ostentation, les voyageurs migrants doivent offrir des cadeaux. Pour nos enquêtés, ces cadeaux sont incontournables, voire obligatoires : « *C'est obligé d'acheter des cadeaux. Tu connais l'Afrique non !?* » La discussion avec Bintou, cette jeune étudiante sénégalaise de 25 ans, est éclairante :

Bintou : « *Je ne peux pas aller chez moi après plusieurs années d'absence sans rien ramener. Ça fait trois ans que je n'ai pas vu ma famille, on discute souvent sur Skype, mais ce n'est pas pareil. (...). Tu sais que les gens dès que tu es en France, ils pensent que tu as une bonne situation. Donc il faut leur acheter des cadeaux.* »

²¹Le loyer total de la maison est de 538 euros toutes charges comprises. C'est cette somme que j'ai divisée par trois avant de le multiplier par 2 pour donner 360 euros.

Césarine : « *Vous voulez dire que c'est obligatoire ?* »

Bintou : « *Oui, on peut dire ça. Surtout pour la famille, c'est le minimum, on ne peut pas aller les mains vides.* »

Césarine : « *Pourquoi la famille et pas les autres ?* »

Bintou : « *Pour moi, la famille est importante. C'est une marque d'attention et puis on ne peut pas faire autrement. Pour les autres, tu peux t'en passer surtout quand tu n'as pas une bonne situation. La famille, surtout les jeunes frères et sœurs, n'attend que ça. Pour eux, c'est l'occasion de goûter un peu à la migration. Pour mes parents, les cadeaux ne les intéressent pas trop. Eux quand tu arrives, tu leur donnes une somme d'argent et ils sont plus contents. Franchement, je ne peux pas y aller sans rien amener.* »

Le voyageur migrant qui revient doit offrir des cadeaux dont la valeur est estimée à l'aune de la distance de provenance et du lien avec le bénéficiaire (Diome, 2015). Pour cet auteur, lorsque ceux qui reviennent n'ont rien à donner, ils se laissent quand même dépouiller du peu qu'ils ont, afin de sauver la face. Le fait d'offrir un présent venu de la France n'est pas uniquement une manière de manifester son amour, mais aussi un moyen de mutualiser les ressources et les risques (Weber, 2013). Il peut aussi être vu comme une manière de ne pas se faire blâmer, et de redorer son image. Par son geste, le voyageur migrant se positionne, au moins partiellement, à l'abri de la critique.

Toutefois, tous mes enquêtés n'accordent pas une importance égale aux cadeaux. C'est le cas notamment de cette mère de famille rencontrée à Santé-Voyage :

« *Avant, j'achetais des cadeaux pour tout le monde. Mais maintenant les temps sont durs. Il n'y a pas plus d'argent comme avant. En plus, il y a beaucoup de monde. À qui va-t-on donner et à qui on va laisser ? Si on choisit de donner à ma petite sœur et que mon frère n'a en pas, ça va créer de la jalousie. Pour éviter ce genre de problèmes, je préfère ne rien amener. D'ailleurs cette fois-ci, on n'amène rien du tout. La plupart des démarches ont été faites. Là, je suis venue pour le vaccin contre la typhoïde et la prévention du paludisme pour mon petit-fils.* » (Fatou, 53 ans, Congolaise, mère de 4 enfants, Santé-Voyage, en France depuis 22 ans)

Selon Fatou, les temps sont durs et il y a de plus en plus de personnes à qui on devrait contenter. Ainsi, pour ne pas créer de problèmes, elle préfère ne plus faire de cadeaux à personne pour se consacrer à l'achat du vaccin contre la typhoïde et à la prévention du paludisme pour son petit-fils.

2.6.2. La prévention du risque palustre lors du retour temporaire

Lors des préparatifs du retour temporaire, la plupart des voyageurs migrants ne se préoccupaient pas de la prévention du paludisme.

« Quand je préparais mon voyage, j'avais autre chose en tête que la prévention du paludisme. » (Samba, 39 ans, Sénégalais, agent de sécurité, Saïge, en France depuis 11 ans)

Deux autres voyageurs migrants vont plus loin en donnant beaucoup plus de précisions :

« Quand on retourne, c'est pire encore. On ne fait que sortir et rien ne rentre en retour. Lorsque les gens préparent leur voyage, ils pensent souvent à la dépense sur place. (...) Il y a tellement de choses qui nous attendent. Moi personnellement lorsque je suis partie en 2014, je n'avais pas pensé à la prévention du paludisme. » (Yandé, 29 ans, Tchadienne, auxiliaire de vie, Saïge, en France depuis 6 ans)

« Tu sais que chez nous il y a tellement de problèmes que tout ce qui est paludisme et moustique est rangé à l'oubliette. Ce sont des problèmes secondaires et on pense souvent à régler les problèmes prioritaires plutôt que de penser à des maladies auxquelles de toute façon, on va survivre. » (Moustapha, 30 ans, Sénégalais, docteur en sociologie, marié, en France depuis 10 ans)

Ces extraits d'entretien illustrent le peu de place accordée à la santé parmi les différentes préoccupations des migrants voyageurs lors du retour temporaire. Le paludisme est un problème secondaire pour ceux qui ont grandi et/ou vécu en Afrique où cette maladie est récurrente. Il n'est donc pas nécessaire de penser à la prévention lors des préparatifs du retour temporaire. Celle-ci est rangée dans les oubliettes au profit d'autres préoccupations. Il faut d'abord régler les problèmes prioritaires : les besoins et les attentes des familles. Cela ne

signifie pas pour autant une absence totale de prise de conscience de l'importance de la prévention et de la gravité du paludisme. La dépense sur place occupe simplement toute l'attention. Les mesures préventives, notamment la chimioprophylaxie, sont concurrencées par les besoins des familles restées au pays. Pour mettre en acte cela, il s'avère important de dépenser sur ce qui est perceptible immédiatement, alors que la prévention est souvent perceptible sur le long terme – elle est une promesse sans certitude de résultat. Ainsi, enjoindre les voyageurs migrants à prendre une chimioprophylaxie avant de retourner temporairement dans leurs pays d'origine à risque palustre pour «peut-être» éviter le paludisme peut, ne pas avoir de sens pour celui qui est tiraillé par les pressions familiales et les mesures préventives pour la santé. Dans ces conditions, la prévention du paludisme est renvoyée au second plan et très souvent même oubliée, au profit des attentes familiales.

L'investissement, le cadeau et la présentation de soi sont aussi des préoccupations qui placent la prévention du risque palustre au second plan. Les exemples de Salif et de Bintou démontrés plus haut sont illustratifs. Ce qui nous interpelle, c'est l'absence de démarches préventives en ce qui concerne les risques sanitaires dans la préparation du voyage. Il n'y a aucune dépense prévue à cet effet. On a également constaté qu'ils étaient enthousiasmés par leurs achats et aussi par l'idée de quitter la France pour retrouver les proches qu'ils n'ont pas revus depuis des années. Cet enthousiasme produit en quelque sorte un effet d'oubli sur la prévention des risques sanitaires, notamment le risque palustre.

Pour ceux dont la préoccupation est l'investissement, le risque d'être victime d'escroquerie s'avère être plus important que le risque palustre, même s'ils reconnaissent néanmoins l'importance de la chimioprophylaxie.

« Avec tout ce que je viens de vous exposer, le risque d'être victime à nouveau prend le dessus. Pour le paludisme certes c'est important de tenir compte des problèmes de santé, mais je trouve que c'est moins grave quand on est victime. Car si je tombe malade, je peux me faire soigner au Sénégal ou en France et guérir. Cependant pour l'argent qu'on perdra ou que j'ai perdu, personne ne me le remboursera. » (Pape, 31 ans, sénégalais, célibataire, agent de sécurité, Saïge, en France depuis 5 ans)

D'autres choisissent de dépenser le peu qu'ils ont plutôt pour les cadeaux plutôt que pour la prévention du paludisme, afin d'éviter de faire l'objet de critiques. La discussion avec

Samba est démonstrative. Samba est un Sénégalais âgé de 39 ans en France depuis 11 ans. Il travaille comme agent de sécurité et habite à Saïge. Pour lui, le fait de dépenser de l'argent pour les cadeaux ne signifie pas que la prévention du paludisme n'est pas importante.

Samba : « On ne peut pas s'en passer du cadeau. Moi quand je vais au pays, je pense plus aux cadeaux. (...). Pour la prévention du paludisme, honnêtement je pense plus aux cadeaux. »

Césarine : « Pourquoi pensez-vous plus aux cadeaux » ?

Samba : « Beh, parce que pour le cadeau c'est plus important. Les gens n'attendent que ça. Et si on retourne sans cadeaux, les gens ne seront pas contents. J'ai des cousines qui sont fâchées contre moi, car lors de mon dernier voyage, je ne leur rien donné. Elles m'ont traité de tous les noms. En revanche pour la prévention du paludisme on peut s'en passer. Personnellement je pense plus aux cadeaux. »

Césarine : « Elles t'ont traité de quels noms par exemple ? »

Samba : « Elles disaient que je suis devenu mauvais, avare et que je ne les aime pas. Pour éviter tout ça je préfère dépenser pour les cadeaux parce que les gens attendent que ça. Donc, avec une famille nombreuse, c'est compliqué d'acheter des cadeaux pour tout le monde. Si on doit rajouter une autre dépense, ça sera pire. Mais cela ne veut pas dire que ce n'est pas important. Mais avant qu'il y ait des mécontents, on se sacrifie soi-même. »

En voulant satisfaire les attentes de la famille restée au pays, le voyageur migrant se détourne de la prévention du risque palustre. Le don de cadeau, l'investissement, la pression de la famille et la présentation de soi constituent les raisons qui font passer le risque palustre au dernier plan.

Quelques associations de migrants n'intègrent que rarement la question de la santé dans leurs différentes préoccupations.

Dans le cadre de cette étude, j'ai jugé nécessaire de comprendre de rôle qu'occupent les associations de migrants dans la promotion de la santé en général et de la prévention du paludisme en particulier. Pour ce faire, j'ai rencontré des associations de migrants et assisté à

certaines de leurs réunions : Union des Travailleurs Sénégalais de France (UTSF) de Bordeaux, Association de Solidarité avec Tous les Immigrés (ASTI), Association Bordelaise des Étudiants et Stagiaires sénégalais (ABESS) et Association Promofemme²².

La santé en général n'est pas un sujet présent chez ABESS et UTSF. Ces associations se préoccupent principalement des questions d'intégration et de promotion culturelle. Chez ABESS par exemple, aider les étudiants qui viennent d'arriver à trouver un logement, les guider dans les différentes démarches administratives (inscriptions universitaires, démarches pour la validation des visas à auprès de l'OFII), et organiser les deux principales fêtes musulmanes les plus importantes (Aïd al-fitr et Aid al — adha) sont les principales préoccupations. Chez les travailleurs sénégalais, c'est le même constat.

ASTI et Promofemme quant à elles mènent des activités de santé. Précisons que Promofemme mène des activités de prévention sur des problèmes de santé fréquemment rencontrés par la population immigrée qui fréquente l'association : le diabète, l'hypertension artérielle et les problèmes psychiques liés au parcours migratoire. Des ateliers de cuisine sont ainsi organisés dans le but de lutter contre le surpoids, ainsi que des journées de dépistage du VIH, du cancer et des hépatites. Cependant, les premières demandes des bénéficiaires originaires de pays d'Afrique subsaharienne ne concernent pas souvent la santé. Les adhérents originaires d'Afrique subsaharienne parlent peu de leurs problèmes de santé. D'après le médecin bénévole de l'association Promofemme, les priorités pour beaucoup d'entre eux, sont le logement, l'insertion professionnelle et la maîtrise de la langue française. Ainsi, ils participent plus aux activités autour du français et peu sur la santé. Cette tendance montre que la santé peut-être une préoccupation pour les migrants comme on peut d'ailleurs le supposer chez les non-migrants (français par exemple), mais ne représente pas une priorité. La plus important pour eux, c'est de parler français et de trouver un emploi. L'intérêt pour les questions de santé dépend aussi des pathologies concernées. Pour le VIH par exemple, l'association Promofemme constate que les femmes qui viennent d'Afrique de l'Ouest s'y intéressent du fait que le VIH est une maladie suffisamment vulgarisée dans leurs pays d'origine. Si on suit le raisonnement de l'association, la prévention du paludisme devrait aussi

²²C'est une association qui existe depuis une vingtaine d'années. Elle s'active principalement dans l'accompagnement des femmes migrantes et leurs familles d'un point de vue professionnel, culturel et sanitaire. Cette association a été rencontrée dans le cadre d'une autre recherche portant sur la polyopathie et le cancer chez les personnes âgées.

être une priorité pour ces femmes. Pourtant, elles ne s'intéressent pas au paludisme et encore moins à sa prévention.

Les activités de ces associations montrent que ce n'est finalement pas sur ces acteurs qu'il faut compter pour motiver le recours à la prévention. La prévention du paludisme est une question plutôt individuelle.

Le manque de temps pour consulter un médecin est fréquemment évoqué par les voyageurs migrants pour justifier le recours limité à la prévention. Déjà, pour recourir à la prévention du paludisme, il faut disposer de beaucoup de temps : prendre un rendez-vous, aller à la consultation et acheter les médicaments (cf. chapitre 5). Les voyageurs migrants originaires des pays impaludés qui partent pour des voyages d'affaires ou pour une urgence sont moins enclins à dépenser pour la prévention du paludisme. En effet, pour ces types de voyages, les départs sont souvent précipités.

Un acteur de santé me racontait l'histoire d'un de ces patients qui avait contracté un paludisme parce qu'il n'avait pas eu le temps de consulter un médecin avant de partir de toute urgence au pays.

« Le dernier cas que j'ai eu là, c'était un monsieur qui est parti en urgence parce que sa maman est décédée. Donc, il n'a pas eu de temps de consulter un médecin et il a fait une semaine sur place et quand il est arrivé il a fait son palu. »

(Corinne, 47 ans, médecin généraliste, 15 ans d'expérience, Bordeaux)

Les voyageurs migrants qui retournent pour une urgence (décès d'un parent par exemple) disposent souvent de moins de temps de préparation. Les voyages ne sont pas suffisamment anticipés et préparés en termes de prévention des risques de survenue de problèmes de santé. De plus, les séjours sont souvent très courts. Une étude avait montré que les personnes qui partaient en Afrique pour des vacances (voyage individuel, en famille ou organisé) préparaient mieux le voyage en termes de prévention des risques sanitaires que les voyageurs qui partent pour des affaires (Reviriego, 2002). Les voyageurs qui partaient en voyage organisé sont mieux orientés par leur agence de voyages vers les centres de vaccination. Or, les va-et-vient réguliers entre le pays d'accueil et le pays d'origine exposeraient plus aux risques palustres.

Ainsi, contrairement aux voyageurs migrants qui retournent pour les affaires et pour une urgence (décès par exemple), ceux qui y retournent pour des vacances disposent du temps de préparation. Mais ce temps est essentiellement consacré à d'autres démarches qu'à la prévention comme je l'ai montré plus haut. Les résultats de l'étude ont également montré l'existence d'une claire conscience de la géographie et de la saisonnalité du paludisme.

2.7.Des stratégies d'évitement du risque palustre : saisonnalité et résidence

Que leurs préoccupations soient la satisfaction de la famille, l'investissement ou les affaires et la présentation de soi, tous ne séjournent pas dans les mêmes conditions, dans les mêmes aires géographiques et ne retournent pas pendant la même période.

2.7.1. Choix des dates en fonction de la saisonnalité

En Afrique de l'Ouest, le paludisme se propage surtout pendant la saison des pluies. Lorsqu'il pleut, les moustiques se reproduisent et leur population augmente. Durant la période pluviale, les pics de prévalence du paludisme sont souvent observés. Une étude rétrospective analytique sur la saisonnalité du paludisme dans la ville de Bamako menée par Fanory Samassa et publiée en 2016 a montré un profil saisonnier de la transmission du paludisme. Il a observé en effet en 2008 un pic de transmission de 38 % de Juin à Octobre, contre une prévalence de 6% durant la période qui s'étendait entre janvier et mars (Samassa, 2016). Ainsi, les voyageurs qui retournent temporairement dans leur pays d'origine pendant la période où le pic de transmission est élevé sont plus susceptibles d'avoir un accès palustre.

Dans une logique de réduction du risque palustre, certains voyageurs migrants planifient leur retour pendant la saison sèche. C'est le cas particulièrement de Ngor, 30 ans, doctorant en droit de la santé. Il est célibataire sans enfants. Selon lui, pour éviter de contracter le paludisme, il faut choisir les mois de décembre, janvier et février, mois où la transmission du paludisme est faible. Le profil de Ngor laisserait croire que sa stratégie est peut-être due en partie à ses connaissances en matière de santé. Mais, au fur et à mesure que j'avancais dans l'enquête, je constatais finalement que cette stratégie d'évitement partiel du paludisme était également adoptée par d'autres voyageurs migrants.

« Il y a des endroits où il y a plus de moustiques et ça dépend aussi des saisons. Moi par exemple je pars pendant la saison sèche, il n'y a pas de moustiques. C'est à la saison des pluies qu'il y en a. Des fois, on peut dormir sans utiliser une MII. Moi je parle de mon cas. En saison de pluie, il fait très chaud et il y a beaucoup de moustiques. C'est là que c'est vraiment dangereux, mais en saison sèche, moi je ne dors même pas sous une MII. » (Fatou, 53 ans, Congolaise, mère de 4 enfants, Santé-Voyage, en France depuis 25 ans)

Souvent, ils choisissent de séjourner dans leur pays d'origine entre novembre et avril. En outre, lorsque je leur posais la question de savoir s'ils comptaient retourner temporairement pendant les grandes vacances, ils répondaient souvent que pendant l'été, il pleut beaucoup, il fait chaud et il y a beaucoup de moustiques, et qu'ils ne pourraient donc pas profiter au maximum de leurs séjours.

2.7.2. Partir le moins longtemps possible pour réduire le risque palustre

La durée du séjour semblerait être aussi un facteur qui participe à l'évaluation du risque palustre.

« On ne va pas pour toute une année aussi hein ! Ça prend un temps défini. Ceux qui partent chaque année pour plusieurs mois sont plus exposés à mon avis. Et nous, on ne part pas pour plusieurs mois aussi, c'est juste parfois un mois, trois semaines ça passe vite. (...) On n'a pas besoin de médicaments pour ça. Le séjour court compte aussi. » (Samba, 39, ans, Sénégalais, agent de sécurité, Saïge, en France depuis 11 ans)

Pour Samba, les séjours longs de plusieurs mois augmenteraient le risque d'importation d'un accès palustre. Ainsi, la prescription d'une chimioprophylaxie dépendrait entre autres de la durée du séjour.

Quant à Ousseynou, tant que le séjour ne dure pas plus de trois mois, il n'y a aucun danger selon lui.

« Mes séjours au Sénégal ne dépassent pas trois mois. Pour moi il n'y a pas de danger. Nous avons tous vécu en Afrique pendant des années avec le paludisme. Pour moi, il n'y a pas de danger. (...). Il faut partir le moins longtemps possible si

on ne veut avoir des problèmes de santé au retour. Pour moi, c'est ça le deal. Il ne faut pas rester trop longtemps parce que plus on reste longtemps, plus on a la chance de tomber malade même sur place. » (Ousseynou, 38 ans, Sénégalais, Marié, auto-entrepreneur dans le transport logistique, Saïge, en France depuis 12 ans)

Un autre élément important qui apparaît dans les discours est la prise en compte du temps dans l'évaluation du danger. Comparés aux années passées en Afrique avec le paludisme, trois mois seraient trop courts pour que le paludisme représente un danger à ses yeux. La probabilité d'avoir un accès palustre pendant les trois mois de séjour serait en conséquence infime, ce qui sous-entendrait que le paludisme n'est jamais pensé à ses yeux comme un danger et trois mois de séjour ne changeraient pas les choses. Il ne serait donc inutile de recourir à la prévention. Ici, c'est la durée du séjour qui est entre autres évoquée comme un facteur favorisant le non-recours à la chimioprophylaxie antipaludique.

Le risque de contracter un paludisme augmente avec la durée d'exposition. Plusieurs études (Toovey et al., 2007 ; Chen et al., 2009 ; Schlagenhauf, Petersson, 2012 ; Palvi et al., 2014) ont montré que les longs séjours dans un pays tropical sont associés à un risque important de problèmes de santé. Pour Androula Pavli et collaborateurs (2014), les voyages à long terme vers les tropiques prédisposent à un risque plus élevé d'acquisition d'un large éventail de maladies infectieuses par rapport aux voyages de courte durée, en raison d'une exposition prolongée aux pathogènes, d'une hygiène environnementale limitée, d'un contact étroit avec la population locale, des conditions climatiques extrêmes, des comportements à risque et du manque d'infrastructures médicales. Pour le risque de paludisme, des travaux (Hamer et al., 2008, Schlagenhauf, Petersson, 2008) montrent qu'il est plus élevé à long terme par rapport aux séjours de courte durée, en raison de la plus longue période d'exposition aux piqûres de moustiques et de la mauvaise observance de la chimioprophylaxie et des mesures préventives. Une autre étude (Blanke, 2003) révélait qu'en absence de chimioprophylaxie, la longueur du séjour multiplie par un facteur de 4 le risque d'avoir un accès palustre. Pour les voyageurs, qu'ils soient des migrants, des expatriés ou d'autres personnes qui prévoient de rester plusieurs mois dans un pays impaludé, le risque d'importer la maladie est plus important par rapport à ceux qui prévoient de ne rester que quelques semaines.

2.7.3. Choix des lieux de résidence

L'environnement physique et social de vie est également pris en compte. L'entretien réalisé avec Ousmane, un agent de sécurité de 34 ans qui habite à Talence, a fourni des éléments de comparaison très intéressants sur deux quartiers de Dakar qui se différencient sur le plan de l'assainissement. Il s'agit du quartier de Fass et du quartier Les Almadies.

Fass est un quartier populaire et très peuplé de la commune de Dakar Plateau (Sénégal). Le quartier de Fass est traversé par un canal à ciel ouvert où l'eau stagne toute l'année. Fass fait partie des quartiers de Dakar qui ont la réputation d'être des quartiers insalubres et mal aménagés. Viennent se rajouter, d'après Ousmane, le comportement des habitants qui déversent leurs ordures ménagères dans le canal et les grèves répétées des éboueurs. Après la pluie, l'eau peut stagner plusieurs mois jusqu'à changer de couleur.

Quant au quartier Les Almadies, il est situé au nord-ouest de Dakar ; quartier luxueux du bord de mer, il est le point le plus à l'ouest du continent africain. À côté des villas luxueuses, on trouve des personnes qui sont en permanence confrontées à des problèmes de survie et qui habitent pour la plupart dans des bâtiments en constructions ou dans des baraques.

Dans sa comparaison, Ousmane fait le lien entre niveau de vie et survenue de l'accès palustre. Il poursuit sa comparaison en précisant que :

« Le paludisme est une question de niveau de vie, car il y a des gens qui vivent en Afrique et qui n'ont jamais eu de paludisme à cause de leur niveau vie. Je te donne un exemple d'un directeur de société qui a une femme et deux enfants. Ils habitent les Almadies dans une grande villa où toutes les chambres sont climatisées ainsi que le salon ; leurs voitures sont climatisées ainsi que leurs bureaux. Les enfants ont un chauffeur qui les amène à l'école. À l'école, ça sera pareil, les classes sont climatisées parce que ce sont les enfants des riches qui sont inscrits dans cette école. Comment ces personnes qui vivent dans ces bonnes conditions peuvent-elles avoir le paludisme ? Personnellement, je crois que l'environnement social dans lequel on vit joue beaucoup un rôle. » (Ousmane, 34 ans, Sénégalais, célibataire, agent de sécurité, Talence, en France depuis 9 ans)

Cette comparaison faite entre un quartier « populaire » et un quartier « résidentiel » montre que la représentation du risque de paludisme distingue des zones.

Pour nos enquêtés, le séjour en zone rurale expose plus au risque de paludisme par rapport au séjour en zone urbaine.

« Le paludisme, ça dépend de là où on va quand on rentre au pays. Moi quand je rentre, j'habite en ville et souvent il n'y avait pas de moustiques. » (Angelique, 39 ans, Guinéenne, cuisinière, Talence, en France depuis 13 ans)

En séjournant dans une zone fortement urbanisée où la transmission anophélienne est faible, les voyageurs migrants ont plus de chance de ne pas avoir un accès palustre. Ceci dit, ils continueront de perdre leur prémunition et, en cas d'accès palustre, ils pourront développer une forme grave (Samassa, 2016 ; Anxelle, 2008). Nos résultats confirment ce constat, car les patients impaludés rencontrés au CHU de Bordeaux lors de leur hospitalisation ont séjourné en milieu semi-urbain et rural. Beaucoup ont résidé en plusieurs endroits (ville et village).

Les modes d'hébergements et de vie sur place entrent aussi en jeu.

« La plupart des Africains qui tombent malades de cette maladie une fois chez eux, il y a d'abord beaucoup de choses : dès que nous quittons ici, nous vivons où en Afrique ? Dans les villages. On vit comme on vivait avant. Les Français dès qu'ils quittent ici, ils vivent où en Afrique ? Dans des hôtels de luxe. Du coup, le mode de vie n'est pas le même. Et c'est ce qui rend moins efficace les mesures préventives. Parce que les lieux où nous avons l'habitude de vivre pendant nos séjours sont très propices au paludisme. » (Moustapha, 30 ans, Sénégalais, étudiant en sociologie, marié, en France depuis 10 ans)

Séjourner dans un hôtel peut limiter le risque de paludisme. La climatisation est un avantage. L'abaissement de la température ambiante via la climatisation peut tenir à distance les moustiques. Dans ce type d'hébergement, on retrouve souvent les voyageurs migrants qui retournent pour les affaires et dont les séjours sont courts, ainsi que les voyageurs non-migrants. Ceux qui retournent dans leur pays d'origine pour des vacances pour plusieurs semaines voire plusieurs mois séjournent le plus souvent en famille, dans des conditions de vie très éloignées des conditions habituelles en France. Là encore, le risque d'impaludation dépendra de l'environnement extérieur et de la densité

anophélienne, même si les voyageurs migrants qui séjourneront dans des hôtels avec climatisation auront beaucoup plus de chance d'échapper à une infection palustre par rapport à ceux qui habiteront en famille. Cette différence peut être due à la faible densité de la population migrante qui séjourne dans des hôtels, un type de logement considéré comme celui des privilégiés et des riches.

Conclusion

Ce chapitre montre les enjeux économiques et l'ambivalence rattachés au retour temporaire. Les résultats de l'analyse de ces enjeux et de cette ambivalence montrent que le fait de migrer et de retourner temporairement dans la société de départ sont des moments importants, tant pour le voyageur migrant que pour sa famille restée au pays. Paradoxalement, ce retour temporaire l'expose à des risques sanitaires et de « toubabisation ».

Exposé à ces deux risques, le voyageur migrant a tendance à mettre souvent de côté la prévention du paludisme lors des préparatifs du retour temporaire, faisant du risque palustre un risque partiellement oublié au profit des attentes de la famille. Ainsi, l'exposition à ce risque palustre du voyageur migrant qui retourne provisoirement dans son pays d'origine dépend de ces conditions socio-économiques et des charges qu'il est supposé assumer. Lorsque celles-ci sont importantes, le voyageur migrant a tendance à hiérarchiser les risques, avec une non-priorisation du palustre au profit du risque de « toubabisation », socialement moins accepté.

Le rapport au risque palustre semble se construire à partir des préoccupations lors du retour temporaire, de la fréquence des voyages, des conditions de séjours, du lieu de séjour, etc. Toutefois, le paludisme n'est pas totalement oublié. Les voyageurs migrants ont conscience de l'importance de la prévention du paludisme en choisissant volontiers de dormir sous une MII, de retourner temporairement dans leur pays d'origine à la période où la prévalence du paludisme est faible et d'y passer le moins de temps possible pour réduire le risque d'importation d'une infection palustre. Ce qui est peu valorisé, c'est la prévention médicamenteuse alors même que les médicaments font l'objet d'une demande de la part de la famille non-migrante, mais pour des traitements et pas pour la prévention.

CHAPITRE 3 : Voyageurs migrants face à la prévention du risque palustre : connaissances, perceptions et recours

Introduction

Dans la littérature, la relation entre la migration, la connaissance et les perceptions du risque est formulée selon plusieurs approches. La mobilité est présentée comme une situation susceptible de favoriser l'accès à d'autres sources d'informations lors de séjour en milieu urbain ou de migrations internationales (Koumba, 2014) et de contribuer à la circulation de l'information médicale (Waitzenegger, 2002). Ainsi, la migration par la confrontation à de nouvelles normes conduirait à une remise en question des représentations antérieures (Koumba, 2014).

Dans le domaine de la prévention, des travaux (Yi, 1994 ; Tsui et al., 2007) avaient montré dans le cas du cancer que la migration (le temps passé dans un autre pays) influence le recours aux soins. Il a été également démontré dans le cas du VIH que la migration dans des zones à haute séroprévalence peut transformer la perception du risque (Lalou et Piché, 1994). Les voyageurs migrants qui ont été, dans le cas du paludisme, en contact avec le parasite peuvent, à leur tour, constituer une source d'informations et représenter une référence dans leurs ménages ou dans leurs communautés d'origine. Inversement, le voyageur migrant peut se trouver en milieu d'accueil en situation de vulnérabilité et être faiblement réceptif aux messages diffusés ainsi qu'aux campagnes de sensibilisation (Yelibi et al. 1993, Lalou et Piché, 1994).

Dans le cadre spécifique du paludisme, le rôle de la migration ou des va-et-vient entre le pays d'immigration et le pays d'origine dans l'évolution de la perception du risque palustre est rarement abordé dans la littérature en sciences sociales. Une étude anthropologique menée en milieu rural sereer sinig au (Sénégal) montre une circulation des informations biomédicales et une modification des représentations populaires du paludisme en grande partie due aux médias, aux campagnes IEC (information, éducation, communication), aux équipes de recherche et aux expériences migratoires (Faye, 2009). C'est dans cette perspective que je tente d'analyser en quoi l'articulation des connaissances et des perceptions du paludisme conduit ou non à une décision de se prémunir contre le risque palustre en contexte de migration. Ainsi, je propose d'étudier dans ce chapitre le rôle de la migration internationale sur le recours à la chimioprophylaxie chez les voyageurs migrants originaires des pays d'Afrique subsaharienne, en prenant en compte les expériences migratoires et les contextes

dans lesquels les voyageurs migrants construisent leurs perceptions du risque de paludisme. Quel est le rôle de l'expérience migratoire sur la perception du risque de paludisme ? Le processus migratoire favorise-t-il des changements de perceptions et de représentations sociales sur le risque palustre ? Quelles images et perceptions les voyageurs migrants originaires d'Afrique subsaharienne attribuent-ils au paludisme, au risque de le contracter, et à sa prévention ? Ces images et perceptions demeurent-elles cristallisées ou évoluent-elles avec l'expérience migratoire ? Comment ces images et perceptions du paludisme et du risque palustre transparaissent et orientent la décision de recourir à la prévention du risque palustre ?

3.1. Construits sociaux autour du risque palustre et/ou du paludisme

Le paludisme est une maladie parasitaire dont les perceptions et conceptions sont nombreuses et diversifiées. Son étude, son explication, sa définition et son interprétation varient selon les disciplines, mais également et surtout selon les sociétés. Pour l'anthropologue Lamine Ndiaye (2008), chaque communauté humaine dispose de repères imaginaires et/ou symboliques, mais aussi de pratiques opératoires et opérationnelles qui permettent à ses membres de définir la maladie, de proposer des remèdes et de nommer ceux qui seront habilités à « donner de la guérison ».

En citant Schachter et Singer (1962), Philippe Adam et Claudine Herzlich (1994) montraient que l'interprétation que l'individu fait de son état physiologique est fonction des contextes sociaux. L'environnement social et culturel participe aussi à la détermination des schémas étiologiques, préventifs et thérapeutiques (Augé, 1986). Dans ce cas, le paludisme ainsi que le risque de paludisme peuvent se définir et se construire en fonction « *des exigences et des attentes liées à notre environnement, à nos insertions et à nos relations, familiales et professionnelles par exemple, et constituent, au sens propre, des états sociaux* » (Adam et Herzlich, 1994 :7). En effet, la maladie en général et le paludisme en particulier sont appréhendables au pluriel puisque les individus ont diverses connaissances et pratiques en rapport avec la prévention et la prise en charge.

Avant de montrer comment les voyageurs migrants perçoivent, construisent et se positionnent par rapport au risque de paludisme, je vais d'abord tenter de rendre compte des connaissances générales de nos interlocuteurs sur le paludisme et l'influence du vécu en France sur ces connaissances (évolution ou cristallisation).

3.1.1. Connaissances générales sur le paludisme

En contexte africain, les travaux montrent que la notion de savoir a le plus souvent été abordée à travers l'étude des représentations sociales, conçues comme une forme de connaissance pratique qui oriente les attitudes envers la maladie (Traoré-Tijou, 2010 ; Jaffré, 1999 ; Jaffré et Olivier de Sardan, 1995 ; Vidal, 2004). Ainsi, la connaissance peut être considérée comme un élément constituant du savoir (Massé, 1995), qui alimente également à son tour d'autres sources comme l'expérience et les représentations.

Les voyageurs migrants ont déjà une connaissance expérientielle du paludisme acquis avant la migration, et pour d'autres au fil de leurs retours temporaires dans leur pays d'origine. Ils ont aussi été confrontés à un savoir et à des pratiques médicales dans leur pays d'origine en matière de prévention du paludisme (du fait des programmes de lutte contre le paludisme). Au cours de la migration, peut éventuellement se forger un nouveau savoir à partir de leur pays d'accueil lorsqu'ils sont confrontés à une offre de santé spécialisée. Toutefois, dans certains cas, ces savoirs faits de connaissances concrètes (D'Arripe, Routier, 2013) ou savoirs profanes peuvent être juxtaposés avec des savoirs savants standardisés et universellement reconnus.

Les effets structurés et structurants des savoirs qui intéressent l'anthropologie des savoirs (Adell, 2011) demeurent importants. Les connaissances étiologiques du paludisme et de sa prévention proviennent d'un contexte culturel et social différent de celui où se situent les migrants. Ces connaissances tendent à opposer deux politiques de prévention contre le paludisme : la politique de prévention en France et celle du pays d'origine.

3.1.1.1. Connaissances en matière de prévention contre le paludisme

Pour Jean Pierre Dozon (2001), la prévention est devenue aujourd'hui un thème dominant de la santé publique. Elle désigne « *l'ensemble des actions qui visent à réduire le nombre et la gravité des problèmes de santé au sein d'une population donnée.* » (Peritti-Watel et Moati, 2009 : 9)

Pour nos enquêtés, la prévention du paludisme comporte l'ensemble des activités et des pratiques qui permettent aux populations d'éviter le paludisme.

« La prévention, c'est tout ce qu'on fait pour éviter le paludisme. (...) Avec les moyens de prévention, les populations ne tombent pas malades et ça permet aussi de trouver l'origine de la maladie. Pour ce faire, il faut sensibiliser les gens et mettre à leur disposition les moyens nécessaires pour pratiquer la prévention. »
(Ngor, 30 ans, Sénégalais, doctorant en Droit de la santé, célibataire, Talence, en France depuis 5 ans)

Ici, la prévention a pour principal objet d'empêcher la survenue de la maladie. Elle passe par des actions d'informations qui empruntent les voies de la sensibilisation, de la communication et des interventions à visée pratique auprès des populations concernées.

Les connaissances de nos enquêtés sur les moyens de prévention du paludisme sont principalement axées sur la protection contre la piquûre du moustique vecteur. Cette connaissance s'est construite depuis plusieurs années via les différentes politiques de lutte contre le paludisme dans les pays d'origine. Comment la connaissance des voyageurs migrants en matière de prévention du paludisme s'est-elle construite au fil des années ? C'est ce que nous verrons après un rappel sur les temporalités de cette lutte contre le paludisme, ce qui me permettra de mieux comprendre le processus d'appropriation de la moustiquaire comme stratégie de protection physique contre le paludisme.

3.1.1.2. Évolution des connaissances et politiques de lutte contre le paludisme

Après une succession de stratégies de lutte contre le paludisme, la protection physique contre le moustique par l'usage de la MII et/ou de la MILDA (Moustiquaire Imprégnée de Longue Durée d'Action) est demeurée un moyen de lutte à part entière dans le cadre planifié des activités de contrôle du paludisme à échelle internationale (OMS, 2013).

Aujourd'hui, la combinaison de la MII avec la Pulvérisation intradomiciliaire (PID) d'insecticide est devenue la principale stratégie de lutte contre le paludisme en population générale dans les zones impaludées comme l'Afrique Subsaharienne. L'adoption de ces mesures de prévention a donné lieu à une politique de promotion de la MII. Ainsi, des distributions de MII par les Programmes Nationaux de Lutte contre le Paludisme (PNLP) sont réalisées. En plus de la MII (et/ou de MILDA) et de la PID s'ajoute, pour les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes et les voyageurs à destination des pays à risque palustres, un traitement préventif par médicaments.

Les éléments qui participent à la construction de leurs savoirs en matière de prévention de paludisme sont nombreux et imbriqués. Les politiques de lutte contre le paludisme se sont succédé, apportant souvent de nouveaux messages et de nouvelles pratiques. La politique de lutte menée au niveau international, national et périphérique a permis une accumulation de savoirs au fil des années. Dans la durée, les populations se sont réapproprié les informations et les ont transformées en savoirs. La diffusion massive des informations à travers les campagnes de sensibilisation et de promotion de la MII a contribué à l'intériorisation des savoirs. Ainsi, l'utilisation de la MII est progressivement devenue un usage de routine. Par conséquent, le traitement préventif par médicament est peu connu et semble être aussi peu utilisé par nos enquêtés.

En outre, l'expérience préventive est un élément qui favorise l'utilisation de la MII. Les résultats d'enquête vont dans le même sens. Ils montrent que les voyageurs migrants se basent sur leurs expériences en matière de prévention dans leur pays d'origine pour organiser la prévention du risque palustre et tentent de résister à tout autre moyen de prévention différent de celui qu'ils utilisaient en Afrique.

3.1.1.2. Pour prévenir le risque palustre, « *il faut dormir sous une moustiquaire* »

La protection physique contre le moustique est considérée par les voyageurs migrants comme la principale stratégie de lutte contre le paludisme. Ainsi, l'utilisation de la MII est appréhendée comme solution principale pour éviter le risque palustre. On constate une valorisation de la MII, aux dépens des autres moyens de prévention comme le médicament ou les répulsifs cutanés et l'habillement.

Beaucoup de voyageurs migrants parlent de la prévention du paludisme par l'utilisation de la MII en invoquant les référents du pays d'origine : ils utilisent des expressions comme « *chez nous* », « *là-bas* », « *en Afrique* », « *au pays* ». Une étude observationnelle, réalisée à Bordeaux par Daniel Bley et collaborateurs en 2007 et qui porte sur les connaissances et les perceptions du paludisme chez les voyageurs français à destination intertropicale consultant le centre de conseil aux voyageurs du CHU de Bordeaux, montre des résultats contraires à la valorisation des moustiquaires. Leurs résultats rapportent une minimisation de l'utilisation de la moustiquaire comme moyen de prévention. Parmi les 103 voyageurs qui ont participé à l'enquête, seuls 7,4% considéraient la moustiquaire comme moyen de prévention. Le traitement prophylactique médicamenteux occupe une place prépondérante avec 59,3% (Bley

et al, 2007). D'autres études (Armengaud, Picot, Piccoli, 1993 ; Van Herck et al., 2003) réalisées auprès des voyageurs français faisaient aussi état de la croyance première en l'importance de la chimioprophylaxie. Dans l'étude réalisée par Koen Van Herck et collaborateur (2003), les voyageurs disaient utiliser un traitement dans 78% des cas. La faible valorisation de la moustiquaire comme moyen de prévention apparaît aussi dans les entretiens menés auprès des voyageurs français hospitalisés pour un paludisme, qui accordent beaucoup plus d'importance à la prévention médicamenteuse. Une tendance qui se justifie en partie par la politique préventive qui conseille à tout voyageur à destination d'un pays impaludé de consulter un médecin pour une chimioprophylaxie et donc, place en haut de l'échelle le médicament.

L'exemple qui suit est illustratif du rôle de la politique préventive du pays d'origine dans la valorisation de la moustiquaire chez les voyageurs migrants. Les propos ont été recueillis auprès de Demba, un jeune marié de 29 ans. Il était étudiant au moment de l'enquête. Il est en France depuis 4 ans. Il est malien, mais a passé tout son cursus scolaire en Algérie (son père était ambassadeur du Mali en Algérie) et retournait dans son pays d'origine à l'occasion des vacances scolaires. Il n'a jamais été confronté au paludisme. Tout de même, Demba propose l'utilisation de la MII pour éviter le paludisme. Ceci, grâce à un arsenal de campagnes pour lutter contre le paludisme au Mali organisé par l'OMS, le programme national dédié au paludisme, des ONG et des associations.

« Pour éviter le paludisme, il y a les moustiquaires, souvent c'est imprégné et des fois, ça ne l'est pas. Il y a tout un arsenal de campagnes pour lutter contre le paludisme au Mali organisé par l'OMS, le programme national dédié au paludisme et il y a aussi beaucoup d'associations et des ONG. Les gens dorment sous des moustiquaires. Ils distribuent des moustiquaires imprégnées aux enfants et aux femmes enceintes. » (Demba, 29 ans, étudiant, marié sans enfant, Malien, en France depuis 4 ans)

Ces stratégies sont largement diffusées dans les pays d'origine des migrants, notamment en Afrique subsaharienne, et ont fortement contribué à la valorisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticide. La connaissance de la MII en tant que moyen de prévention contre le paludisme s'appuie donc sur la politique préventive au niveau local.

L'utilisation de la MII en vue de limiter la survenue d'un risque palustre lors d'un séjour dans le pays d'origine est une question d'habitude. Les MII correspondent à une stratégie habituelle de lutte contre le paludisme. Les voyageurs n'hésitent pas à parler explicitement de leur habitude de dormir sous une MII avant de migrer, et cette habitude semble être acquise. C'est le cas d'Ousmane, un agent de sécurité qui habite à Talence. Il est âgé de 34 ans, célibataire et en France depuis 9 ans. Il retourne régulièrement (presque tous les deux ans) au Sénégal. Il n'a jamais eu d'accès palustre au retour. En revanche, il a eu au cours de sa vie plusieurs accès palustres. Ousmane a sa propre idée ce qu'il faut faire pour éviter d'importer un paludisme :

« Il faut dormir sous une moustiquaire imprégnée et c'est ce qui existe chez nous. (...) C'est ce que j'ai l'habitude d'utiliser quand j'étais petit au Sénégal et même quand je repars pour les vacances. Et c'est ce que je connais. Il peut y avoir autre chose comme les spirales. »

Ngor, un doctorant sénégalais en droit de la santé, explique qu'il existe d'autres méthodes que l'on peut utiliser pour se prémunir du risque palustre, mais par habitude il préfère utiliser la moustiquaire imprégnée d'insecticide.

« Comme les moustiquaires nous protègent seulement une fois qu'on est au lit, il y a aussi les médicaments. Souvent, je ne prends pas de médicaments (...) parce que bon je pense que c'est une question d'habitude. Chez nous, c'est la moustiquaire que les gens connaissent. Mais, cela n'empêche qu'on puisse utiliser d'autres méthodes complémentaires pour plus d'efficacité. » (Ngor, 30 ans, Sénégalais, doctorant en droit de la santé, célibataire, Talence, en France depuis 5 ans)

La prévention du risque palustre par l'usage de la moustiquaire imprégnée d'insecticide telle qu'elle est démontrée dans ces extraits d'entretiens reflète l'expression d'un milieu social obéissant à des normes implicites ou explicites. Leurs propos soulèvent également l'importance des différentes influences auxquelles les voyageurs migrants qui retournent provisoirement dans leur pays d'origine sont soumis : expériences subjectives, normes préventives locales et autres types d'informations. L'utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticide est sous-tendue par la référence à des normes préventives locales qui circulent à l'intérieur des groupes culturels auxquels appartiennent les voyageurs migrants.

L'utilisation de la MII pour prévenir le risque de paludisme peut aussi être entendue comme une forme de savoir en action. Cette forme de savoir est complexe. Elle prend sa source à la fois dans les connaissances médicales du paludisme et dans l'expérience de la maladie (d'un point de vue corporel et social). Dans le domaine de l'alimentation, Jean Pierre Poulain (2017), à partir de ses recherches sur les comportements et habitudes alimentaires, montrait que le milieu social déterminait les choix alimentaires. Pour lui, c'est l'appartenance (ou encore le désir d'appartenance) à un groupe social qui détermine les goûts et les choix d'un individu et l'amène à consommer certains produits plutôt que d'autres. Rapporté à la prévention du paludisme, je pense que le milieu social d'origine dans lequel se met en pratique la prévention est déterminant dans le choix des stratégies préventives et dans l'utilisation et la valorisation de la MII.

Un autre voyageur migrant va plus loin. Il présente la MII comme l'outil principal pour prévenir le risque de paludisme en convoquant le registre de la sécurité. Il s'appelle Lathat. Il a 28 ans et travaille en tant que plongeur dans un restaurant de Bordeaux. Il faisait ce travail depuis son arrivée en France en 2012 pour poursuivre ses études en gestion et comptabilité. Après deux années d'études sans succès, il décide de se consacrer entièrement à ce travail. Pour lui, dormir sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide, en plus d'éviter d'être piqué par les moustiques, procure aussi un sentiment de sécurité contre les « hommes invisibles²³ ».

« Moi c'est la moustiquaire que j'utilise toujours. C'est ça que je connais. Quand je suis dedans, je me sens en sécurité. Je me sens protégé contre les moustiques, mais aussi contre les hommes invisibles. C'est quelque chose que je ne parviens pas à expliquer. Même ici, dans ma chambre à coucher, il y a des rideaux. Ils sont partout. On ne voit pas les murs. Je suis comme ça. Je me sens en sécurité comme ça. (...) Il y a beaucoup de gens qui n'aiment pas dormir sous une moustiquaire, mais moi je ne peux pas dormir à découvert. » (Lahat, 28 ans, Sénégalais, célibataire, plongeur, en France depuis 4 ans et demi)

Ici, la MII est utilisée à double titre : se protéger du paludisme et « des hommes invisibles ». Ce double rôle protecteur est révélateur. Il révèle ainsi que la MII a une utilité autre que la lutte contre le paludisme. La perception de la moustiquaire du point de vue de

²³ D'après le migrant, les hommes invisibles sont les sorciers qui hantent les individus pendant leur sommeil.

Lahat se distingue de celle de certaines populations en Afrique, notamment au Niger. Une étude réalisée dans ce pays (Faye, 2012) sur les facteurs de non-usage de la Moustiquaire Imprégnée de Longue Durée d'Action (MILDA) montre que les croyances culturelles ne sont pas de véritables facteurs explicatifs d'une absence d'utilisation de la MILDA. Pour cet anthropologue, une faible proportion de personnes qui avaient participé à son enquête considérait la moustiquaire comme un lieu de refuge contre les sorciers. En revanche, les participants étaient défavorables à l'utilisation de la MILDA pour d'autres raisons. En effet, selon l'auteur, la MILDA serait étouffante pour certains ; elle conserve la chaleur et, par conséquent, perturbe le sommeil. Pour d'autres, dormir sous la MII, donnerait la sensation d'être dans un cercueil, ce qui ferait peur (Faye, 2012).

L'utilisation quasi-exclusive de la MII et sa valorisation par les voyageurs migrants ayant participé à cette enquête laisseraient penser que la chimioprophylaxie antipaludique constitue une mesure de prévention qui n'est pas encore suffisamment ancrée dans leurs esprits. La chimioprophylaxie est une mesure préventive nouvelle. En effet, le médicament constitue ainsi une innovation dans la lutte contre le paludisme aux yeux de certains voyageurs migrants.

« L'utilisation de médicament pour la prévention du paludisme n'est pas évidente. Les gens ne connaissent pas le traitement préventif. C'est quelque chose de nouveau pour la plupart d'entre nous. On a l'habitude de dormir sous une moustiquaire, (...) ça fait des années que nous utilisons la moustiquaire. C'est compliqué de changer ça. Pour le faire, il faut du temps, surtout que nous les Africains, on n'est pas trop réceptif au changement. Même pour faire adopter la prévention par moustiquaire, tu as vu le temps que ça a pris ? Les populations n'avaient pas adopté la moustiquaire du premier coup. Il a fallu faire des campagnes de sensibilisation et des campagnes de sensibilisation pour que les gens commencent à dormir sous une moustiquaire. Pour le médicament ça va être le même processus surtout que c'est quelque chose de nouveau qui va se rajouter à la moustiquaire. » (Ngor, 30 ans, doctorant sénégalais en Droit, célibataire, Talence, en France depuis 5 ans)

Les postures face à cette innovation sont fortement influencées par le fait que la prévention par voie médicamenteuse n'est pas suffisamment expérimentée par nos enquêtés par rapport à la moustiquaire.

La prédominance de l'usage de la MII dans les discours des voyageurs migrants semble provenir d'un déficit d'information sur les autres stratégies préventives disponibles en France. Il y a des difficultés de diffusion des recommandations.

« Déjà, il faut une politique de proximité. Il faut passer par les gens directement et ne pas passer par les institutions. Il faut que les institutions fassent un bref rappel sur les précautions à prendre, soit à la télévision, et pourquoi pas par mail. Mais, ici, on n'entend jamais parler du paludisme. C'est ça le problème ! Il n'y a pas une médiatisation de la prévention comme en Afrique, même si du point de vue épidémiologique ce n'est pas pareil. On sait qu'il y a du paludisme chez nous et qu'il faut se prémunir, mais on ne connaît pas exactement ce qu'il faut faire en plus de la moustiquaire. Du coup, les gens adoptent ce qu'ils connaissaient. Pour moi, la plupart des migrants ne sont pas informés de l'existence de la chimioprophylaxie. Personnellement, je l'ai su qu'en 2011 quand tu faisais ton Master 1 alors que je suis en France depuis 2007. Entre 2007 et 2011, je suis allé au Sénégal une fois. Je n'ai rien pris. J'ai dormi sous une moustiquaire parce que je ne savais pas qu'il fallait prendre en plus de la moustiquaire un traitement préventif. Comment veux-tu que les migrants suivent les recommandations alors qu'ils en ignorent l'existence ? Pour moi, l'information n'est pas passée. » (Aziz, Sénégalais, 30 ans, docteur en sociologie, célibataire, Pessac, en France depuis 8 ans)

La prévention du paludisme par le médicament et les autres moyens limitant le contact avec le vecteur (répulsifs cutanés et habillement) n'est pas suffisamment médiatisée dans le pays d'accueil. Tandis que dans le pays d'origine, même si la prévention par le médicament est médiatisée, elle est ciblée : elle ne concerne que les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes.

Si Aziz connaît l'existence de la chimioprophylaxie et souhaite une politique de proximité et beaucoup plus de médiatisation de celle-ci, d'autres voyageurs migrants rencontrés à domicile ignorent complètement l'existence de recommandations en France pour prévenir le risque palustre. C'est le cas notamment de Salif, un étudiant sénégalais de 26 ans. Souvenons-nous que lorsque Salif préparait son retour temporaire au Sénégal, il n'y avait jamais eu de démarches de santé. Lorsque je lui ai demandé pourquoi il n'avait pas réalisé ces

démarches de santé et plus spécifiquement celles pour la prévention du paludisme, il m'a répondu en ces termes :

« Je ne savais pas qu'il existait en France des politiques pour prévenir le paludisme. Je n'ai jamais entendu parler du paludisme depuis que je suis arrivé ici. Pour moi le paludisme, c'est seulement en Afrique. En tout cas, je n'ai jamais imaginé qu'il fallait une prévention contre le paludisme quand on retourne chez nous. Je ne savais pas et encore moins la chimioprophylaxie. » (Salif, 26 ans, Sénégalais, étudiant, célibataire, Saïge, en France depuis 2 ans)

L'insuffisance des informations sur l'existence en France de la prévention par le médicament laisserait croire aux migrants originaires des pays d'Afrique de l'Ouest que l'unique moyen d'éviter le risque palustre est de dormir sous une MII. Des auteurs comme Thierry Pistone et collaborateurs (Pistone et al, 2007) et Olivier Bouchaud (2006) avaient souligné la faible sensibilisation à la prévention vis-à-vis du paludisme malgré l'importation importante des cas de paludisme en France. Pour ces auteurs, la prévention du paludisme devrait faire l'objet d'une bonne communication. Les messages préventifs devraient être systématiques et culturellement ciblés. Au Royaume-Uni, une étude (Behrens et al., 2015) montrait que les politiques de prévention du paludisme ne parvenaient pas à cibler efficacement la prévention du *Plasmodium falciparum* chez les voyageurs VFR qui avaient une incidence élevée d'infections, mais de faible taux de létalité. Toutefois, pour d'autres auteurs (Rapp et al, 2011 ; SPILF, 2001), les informations sur la prévention du paludisme existent. Le problème est que, d'une part, elles ne sont pas harmonisées et manquent de clarté et de cohérence, laissant les voyageurs dans le flou et le doute ; d'autre part, la pertinence des recommandations proposées par les réseaux d'information comme les sites internet publics ou privés avec accès payant ou gratuit y est très variable et se heurte aux difficultés de la validation et de l'actualisation. Par conséquent, les voyageurs, y compris les voyageurs migrants, peuvent être désorientés devant cette multitude d'informations pas forcément harmonisées. Dans cette perspective, il revient donc à chaque voyageur de faire un travail personnel d'harmonisation des informations obtenues dans diverses sources. Or, dans le pays d'origine, c'est l'information sur l'utilisation de la MII qui vient à la population alors, qu'en France, il faut aller à la recherche de l'information. En outre, l'accès à la moustiquaire imprégnée d'insecticide est plus facile puisqu'elle ne demande pas un avis extérieur par rapport au traitement préventif. Face à la multiplicité des messages et des protocoles de

prévention, « l'habitude préventive locale » des acteurs semble être une valeur sûre à laquelle s'accrocher, ce qui sans doute favorise la résistance au changement (Le Marcis et al., 2013). Les contextes locaux pourraient jouer le rôle dominant des usages des MII et révéleraient un processus culturel de réinterprétation.

L'opposition entre tradition et procès de « toubabisation » analysée précédemment (chapitre 2) se constate aussi dans les discours des enquêtés à propos des mesures préventives. La Moustiquaire Imprégnée Insecticide (MII) est considérée comme une mesure habituelle de prévention. Elle est l'objet symbolique qui incarne la lutte contre le paludisme en Afrique subsaharienne : elle est présente dans les centres de santé, elle est représentée sur des affiches invitant les femmes enceintes à l'utiliser avec leur nouveau-né. Les MII sont moins onéreuses, voire gratuites, et donnent lieu à l'organisation de distributions massives dans les familles généralement à l'approche de la saison des pluies dans les pays d'où sont originaires nos enquêtés.

Le médicament préventif qui est privilégié en Europe correspond à une nouvelle manière de se prémunir contre le paludisme. En utilisant le médicament pour prévenir le paludisme, le voyageur migrant s'éloigne de la pratique préventive traditionnelle et risque d'être qualifié de « toubab ». La prise de médicament sans être malade peut participer également au procès de « toubabisation ». C'est le cas de Saliou, qui ne préfère pas faire de différence en matière de prévention du paludisme, car :

« Les gens chez moi dorment sous des moustiquaires imprégnées. Donc pour ne pas faire de différence, je préfère dormir sous des moustiquaires imprégnées comme eux. Sinon, toi-même tu sais comment les gens du pays pensent. Ils vont dire que l'Europe t'a changé. » (Saliou, franco-sénégalais, 42 ans, 3 enfants, auto-entrepreneur dans la restauration, Talence, en France depuis 16 ans)

Les propos recueillis auprès de ce père de famille montrent un besoin de s'en tenir aux indications des autorités locales et de se conformer à la pratique préventive locale. Il considère le fait de prendre des médicaments pour prévenir le paludisme comme un acte « déviant ». Quand j'ai posé la question à Fanta, de savoir si elle compte prendre des médicaments en plus de l'usage de la MII, elle me répond :

« Pour éviter le paludisme, il faut dormir sous une moustiquaire imprégnée. C'est ce qui existe chez nous en Afrique. Il y a aussi les spirales qu'on utilise. Pour revenir à ta question je ne compte pas prendre des médicaments en plus de l'usage de la MII, car à la maison tout le monde va se moquer de moi. Je me rappelle en 2013 quand je suis allée en vacances... tu sais au Sénégal, les repas sont souvent pimentés. Comme je n'avais plus l'habitude j'avais souvent mal au ventre et la diarrhée. J'avais pris des médicaments pour la diarrhée et toute ma famille se moquait de moi en disant que je suis devenu maintenant toubab. Pour le paludisme je vais essayer de dormir sous une moustiquaire. » (Fanta, Sénégalaise, 29 ans, mariée, femme de ménage, Saïge, en France depuis 7 ans)

Fanta, comme beaucoup d'autres voyageurs migrants, n'acceptent pas de prendre une prophylaxie médicamenteuse, car elle a peur de la perception de sa famille non-migrante. De manière générale, les voyageurs migrants éprouvent parfois une certaine gêne à prendre pour eux-mêmes des médicaments préventifs. Ils préfèrent utiliser la MII pour éviter d'être considérés comme « toubab », ainsi que pour échapper aux moqueries. En effet, certains voyageurs migrants ne souhaitaient pas faire de différence en matière de prévention sous peine d'être qualifiés d'anticonformistes. Ainsi, l'utilisation de la MII, telle qu'elle est exprimée par Ousmane, Ngor, Fanta et Saliou semble relever d'un respect de la norme préventive locale pour prévenir le risque d'être étiqueté de déviant et/ou de « toubab ».

Toutefois, l'utilisation de la MII comme un moyen de lutte contre le paludisme ne va pas de soi. Des études réalisées en Afrique (Paré Toé et al., 2009 ; Faye, 2012 ; Cilundika Mulenga, Nyota Msenga, Luboya Numbi, 2016) avaient montré que la possession de la moustiquaire imprégnée d'insecticide ne garantit pas son utilisation effective dans plusieurs ménages en Afrique. Les auteurs Philippe Cilundika Mulenga, Odile Nyota Msenga et Oscar Luboya Numbi (2016) avaient constaté des écarts entre l'acquisition de la Moustiquaire Imprégnée d'insecticide de Longue Durée (MILD) et son utilisation, dans des familles ayant des enfants de moins de 5 ans. Pour Léa Paré Toé et collaborateurs (2009), le message médical véhiculé dans les campagnes de sensibilisation et de promotion de la MII ne convainc pas souvent la population et, par conséquent, l'utilisation systématique de cet outil préventif ne devient pas une priorité. Des voyageurs migrants n'utilisent pas la MII car ils ne la considèrent pas comme l'unique moyen d'éviter le risque palustre. Des produits répulsifs

(spirales, aérosols, etc.) sont également utilisés par nos enquêtés pour limiter le risque de paludisme.

« Quand il fait très chaud, je n'utilise pas de moustiquaire. J'allume du Moon Tiger (qui est une spirale) deux heures avant d'aller au lit. Quand je rentre pour dormir, je prends un pagne pour évacuer la fumée et là je me couche. »
(Ousmane, 34 ans, Sénégalais, célibataire, agent de sécurité, Talence, en France depuis 9 ans)

Allumer la spirale deux heures avant d'aller se coucher montre comment s'organise la lutte anti-vectorielle dans le pays d'origine. L'évacuation de la fumée est aussi une autre forme de prévention contre les risques étouffements.

Les connaissances que détiennent les enquêtés ne sont pas exclusivement techniques. Ils ont aussi des connaissances sur l'étiologie du paludisme.

3.1.2. Les connaissances sur l'étiologie du paludisme

Qu'ils soient, voyageurs migrants originaires des pays d'Afrique subsaharienne, acteurs de santé ou voyageurs non-migrants atteints de paludisme qui ont séjourné dans un pays africain d'endémie palustre, les 54 personnes qui ont participé à l'enquête ont toutes des connaissances sur le paludisme ou du moins en ont entendu parler. Cependant, toutes n'ont pas le même niveau de connaissances sur les causes, les symptômes, le mode de transmission et les moyens de prévention.

- *Ceux qui ont une connaissance plus ou moins bonne du paludisme*

Ceux qui ont une connaissance plus ou moins importante du paludisme sont les voyageurs migrants adultes, les acteurs de santé et les voyageurs hospitalisés pour un paludisme, et qui ont des antécédents de voyages dans les pays concernés par le risque palustre. Ils connaissent les causes, le mode de transmission et au moins une mesure de prévention. Leur définition du paludisme se rapproche de celle universellement connue et attribue souvent sa cause au moustique. D'autres ne se limitent pas à la définition : ils décrivent le fardeau que constitue le paludisme en termes de morbidité et de mortalité en Afrique. C'est l'exemple de Ngor, ce doctorant en Droit de la santé pour qui le paludisme est une maladie tropicale transmise par la piqûre d'anophèle femelle, et est aussi une des

maladies qui provoquent le plus de décès au Sénégal. Il le décrit comme une des principales causes de mortalité dans beaucoup de pays africains.

Une autre femme originaire de la République Démocratique du Congo (RDC), que je nomme Fatou, va plus loin dans sa réponse à la question « *Selon vous, qu'est-ce que le paludisme ?* ». En définissant le paludisme, elle décrit au passage les techniques de diagnostic du paludisme. Sa description montre un certain niveau de connaissance de cette maladie.

« C'est une maladie qui s'attrape par les moustiques. C'est la femelle anophèle qui transmet le paludisme. Pour éviter le paludisme au pays, on utilise les moustiquaires. Maintenant quand on est malade, on fait la prise de sang et après on vérifie pour voir si c'est positif. Nous, on faisait ça là-bas. Quand j'étais petite là-bas en Afrique. » (Fatou, 53 ans, congolaise, mère de 4 enfants, Santé-Voyage, en France depuis 25 ans)

Cette autre définition ci-dessous est donnée par Yolande, une voyageuse non-migrante qui a été hospitalisée pour un paludisme grave. Elle a 36 ans, travaille dans l'humanitaire et a effectué plusieurs voyages en zones à risque de paludisme. Sa définition du paludisme est beaucoup plus complète par rapport aux autres définitions données par les voyageurs migrants. Outre la cause, l'agent vecteur et le mode de transmission, elle donne une description presque fine des manifestations cliniques et précise qu'il existe 5 espèces de *Plasmodium*. Elle connaissait même la cinquième espèce, le *Plasmodium Knowlesi*, ce qui n'est pas forcément évident car c'est une espèce rare chez l'homme.

« Qu'est-ce que le paludisme ? C'est une pathologie qui est transmise donc par un vecteur moustique anophèle, la femelle uniquement, qui pique à la tombée de la nuit. Il y a 5 formes de plasmodium : le plasmodium falciparum, le plasmodium vivax, le plasmodium ovale, le plasmodium malariae et le dernier est le plasmodium knowlesi. Le falciparum est le plus fréquent et c'est lui qui cause les décès. Les signes essentiels : forte fièvre, céphalée assez violente quand même, nausées, vomissements. On peut avoir la diarrhée dans certains cas, des troubles de la conscience. » (Yolande, Française, 36 ans, humanitaire, hospitalisée pour un paludisme grave)

- *Ceux qui reconnaissent avoir entendu parler du paludisme*

Dans cette catégorie se trouvent les voyageurs français, hospitalisés pour un paludisme et qui reviennent pour la première fois dans un pays d'endémie palustre. Ces derniers peinent à me donner une définition complète du paludisme. Toutefois, ils parviennent avec beaucoup d'hésitations à donner l'agent vecteur et à décrire le mode de transmission. L'exemple de Sophie est illustratif des difficultés que certains malades du paludisme rencontrent pour définir leur maladie. Sophie est une viticultrice âgée de 47 ans qui habite à Saint-Laurent les Vignes (Dordogne). Elle est mariée et mère d'une fille de 12 ans. Notre rencontre a eu lieu le 11 Mars 2016 au cours de son hospitalisation pour un paludisme grave au CHU de Bordeaux après un séjour en groupe de trois semaines au Gabon. À la question « *Selon vous, qu'est-ce que le paludisme ?* », Sophie avait donné une réponse qui contenait la notion de parasite et le nom du vecteur après une longue hésitation.

« D'après ce que j'ai compris, c'est des ... comment on appelle ça ? Des bactéries je ne sais pas quoi, non plutôt des parasites qui seraient dans mon sang et qui m'a été donné par un moustique. Un moustique que je n'ai pas senti me piquer et qui me fatigue beaucoup. Un si petit truc peut fatiguer une grosse carcasse comme moi (rires). » (Sophie, 47 ans, française, mariée, un enfant, hospitalisé pour un paludisme grave)

Cette définition, elle en a eu connaissance au cours de son hospitalisation. Avant, elle reconnaît avoir entendu parler de cette maladie lorsque son médecin traitant lui avait conseillé et prescrit un traitement préventif, sans pour autant connaître les causes et les modes de transmission. Elle avait pourtant acheté un traitement prophylactique, mais qu'elle avait partiellement suivi. En consultant la littérature, on constate que le cas de Sophie est illustratif de l'attitude des voyageurs. Une mauvaise observance des mesures de prévention a été rapportée dans de nombreuses études réalisées en France chez les voyageurs au retour d'un séjour en zone d'endémie palustre (Danis et al., 2003 ; Hadou et al., 2001 ; Pistone et al., 2007 ; CNRP, 2017).

Concernant la connaissance de la maladie, d'autres voyageurs de nationalité française à destination de la zone intertropicale qui avaient consulté le centre de conseil aux voyageurs du CHU de Bordeaux étaient eux aussi dans le même cas. Les 103 voyageurs interrogés dans le cadre d'une autre étude avaient reconnu avoir entendu parler du paludisme, mais 22,3% des

voyageurs ne savaient pas répondre à la question « *Qu'est-ce que le paludisme ?* » (Bley et al, 2007). Selon les auteurs, ceux qui parvenaient à répondre à la question pensaient que le paludisme était un empoisonnement et d'autres encore le confondaient avec un animal ou avec la fièvre jaune. Une minorité des 103 participants ne connaissaient pas les symptômes de la maladie. En revanche, dans le cas de notre étude, seules les manifestations du paludisme ont été décrites la plupart du temps avec précision. La suite de l'entretien avec Sophie le montre bien.

« Pour les symptômes, je connais bien. Au début, c'est de la fièvre et un mal de tête en fin d'après-midi. Après, j'ai commencé à avoir des courbatures et des frissons. En fait, c'était comme un état grippal. Comme la grippe, les symptômes. Et c'est fatigant comme maladie. » (Sophie, 47 ans, française, mariée, un enfant, hospitalisée pour un paludisme grave)

Les définitions connues et illustrées dans les discours de nos enquêtés montrent que le niveau de connaissance en matière de paludisme n'est pas égal selon qu'on soit voyageur migrant et voyageur non-migrant victime de paludisme avec ou sans antécédents de voyages en zone palustre et selon qu'on soit acteur de santé. Les voyageurs migrants, les acteurs de santé et les voyageurs non-migrants hospitalisés pour un accès palustre après plusieurs séjours en zone d'endémie palustre ont une connaissance plus importante du paludisme que les voyageurs non-migrants qui reviennent d'un pays palustre pour la première fois. Les définitions données par Ngor (doctorant sénégalais en droit de la santé) et David (voyageur non-migrant de 46 ans hospitalisé pour un paludisme simple) sont illustratives de la différence du niveau de connaissance du paludisme entre voyageurs migrants et voyageurs non-migrants.

« Le paludisme est une maladie infectieuse transmise à l'homme par la piqûre de moustique du genre anophèle. C'est la femelle qui transmet le paludisme, lui-même infecté après avoir piqué un homme impaludé. L'anophèle femelle, en prenant son repas nécessaire pour la ponte, injecte le parasite à l'homme. C'est une des maladies les plus meurtrières en Afrique. Au Sénégal par exemple, le paludisme provoque plus de décès, faisant du paludisme un véritable problème de santé publique. » (Ngor, 30 ans, Sénégalais, doctorant en Droit de la santé, célibataire, Talence, en France depuis 5ans)

« C'est une maladie qui existe dans les pays chauds et qui est transmis par...je sais qu'il faut une prévention, mais je ne peux pas vous dire exactement qu'est-ce que c'est le paludisme. D'après les médecins, j'ai un parasite dans le sang qui m'a été transmis par un moustique qui pique souvent pendant la nuit au moment où les gens dorment. » (Daniel, 46 ans, Français, informaticien et développeur web, marié, 2 enfants, hospitalisé pour un paludisme simple)

Ces deux extraits tirés d'entretiens réalisés auprès d'un voyageur migrant et d'un patient non-migrant hospitalisé pour un paludisme simple montrent combien les voyageurs migrants ont une meilleure connaissance du paludisme que les voyageurs non-migrants impaludés. Au cours de l'expérience du paludisme, beaucoup de voyageurs non-migrants rencontrent toujours des difficultés pour donner une définition précise de la maladie dont ils souffrent. Toutefois, même si les migrants ont une assez bonne connaissance du paludisme par rapport aux non-migrants impaludés, ils ne pratiquent pas la prévention à hauteur de leur connaissance. Autrement dit, il n'y a donc pas de rapport entre connaissances et pratiques de prévention.

La plupart de nos enquêtés attribuent la cause au moustique, ce qui n'a pas toujours été le cas (Kouakou, 2013 ; Bonnet 1990 ; Faye 2012). Ce qui est mis en avant est le plus souvent l'agressivité et la nuisance sonore qu'ils provoquent, alors que la piqûre des moustiques vecteurs du paludisme n'est pas urticante. Ainsi, les moustiquaires promues par les acteurs de santé publique pour lutter contre le paludisme sont de préférence utilisées d'après ces auteurs pour lutter contre les nuisances sonores et l'inconfort du sommeil. Mais, selon Bah Jean-Pierre Kouakou (2013), la perception des moustiques comme perturbateurs de sommeil en raison du bruit qu'ils font ne concerne que les adultes. Chez les enfants, les moustiques sont plutôt considérés comme des insectes dangereux pour leur santé au regard de nombreux boutons qu'ils provoquent sur leur corps. Pour cet auteur, et du point de vue des Baoulé-agba, le paludisme peut être causé par la chaleur, la fatigue physique due aux travaux champêtres et le manque de repos.

Comme les Baoulé-agba, certains voyageurs migrants participant à cette étude considèrent que le paludisme n'est pas seulement attribué au moustique.

3.1.3. Cristallisation des représentations sociales du paludisme en contexte de migration

L'expérience migratoire et/ou le contact avec le monde biomédical n'a pas eu un effet radical sur les représentations populaires. Cependant, les informations biomédicales nouvelles ou passées sur le paludisme ne sont pas rejetées. Elles sont acceptées et juxtaposées avec d'autres connaissances assez inédites. La juxtaposition des connaissances biomédicales avec d'autres connaissances ethno-médicales s'accompagne souvent d'un processus de bricolage (Faye, et al., 2007) où plusieurs référents sont convoqués en plus du moustique pour expliquer les causes du paludisme. Par ailleurs, les réponses qui se rapportent à la définition du paludisme associent les savoirs savants et profanes. En effet, des voyageurs migrants réinterprètent les causes de la maladie à partir de modèles construits et bricolés. La définition universellement connue du paludisme comme une maladie tropicale causée par un moustique et précisément par l'anophèle femelle est parfois accolée à une perception étiologique plus localisée et personnelle. La jonction de la définition scientifique du paludisme avec une signification personnelle est illustrée dans cet extrait tiré de l'entretien réalisé avec Fodé. Fodé est originaire de la Guinée Conakry. Il est en France depuis 6 ans et travaille en tant qu'ouvrier dans le bâtiment. Il est marié dans son pays d'origine. Fodé attribue la cause directe du paludisme au moustique, mais, il poursuit :

« Le paludisme est une maladie purement tropicale qui se transmet par la piqûre d'un moustique nommé anophèle femelle. Il y a aussi le fait qu'au bled, comme tu le sais autant que moi, le paludisme peut aussi être causé par le changement de climat brutal, la chaleur, les mangues vertes. Quelquefois, je pense que cela est acceptable, car tous les éléments coïncident à la période où le paludisme fait ravage. Pendant la saison des pluies, il fait chaud, il pleut et il y a beaucoup de moustiques. » (Fodé, 35 ans, Guinéen, marié, ouvrier dans le bâtiment, Saïge, en France depuis 6 ans)

Cet extrait d'entretien fait référence à des phénomènes environnementaux qui annoncent, accompagnent ou favorisent la reproduction du vecteur : la pluie, la chaleur et le changement de climat. En plus, ces propos montrent une pluralité de causes du paludisme. Même si Fodé accorde une place à la définition universellement reconnue par la médecine moderne, il évoque d'autres causes.

Les fluctuations des températures, notamment le passage brutal du chaud au froid et vice et versa ou encore la forte chaleur, sont perçues comme des déclencheurs de problèmes de santé, dont le paludisme. Je constate aussi dans le discours des voyageurs migrants qui ont participé à cette enquête une certaine connaissance sur le lien entre population vectorielle et climat, une connaissance qui est due en partie à l'existence de stratégies de lutte antipaludique qui reposent sur les aspects environnementaux favorables au développement des vecteurs. Estelle Kouokam Magne (2012) montrait déjà comment les populations de Bafoussam (Cameroun) percevaient l'instabilité du climat comme agent du paludisme. Selon elle, et du point de vue des enquêtés, la variabilité de la température au cours d'une même journée peut provoquer la survenue de fièvres notamment chez les enfants, car un lien est effectué entre la chaleur et l'éclosion des œufs de moustiques ; pour cette auteure, *« les répercussions du changement climatique sur le paludisme ne sont pas interprétées en lien avec l'augmentation des moustiques, mais aussi en fonction d'autres éléments conçus dans le savoir local comme causes du paludisme, par exemple la pluie. »* (Kouakam Magne, 2012 : 52)

En plus du moustique et du changement de climat, s'ajoutent, selon ce travailleur immigré qui vient de la Guinée Conakry, certains fruits comme les mangues vertes. Ainsi, pour être crédible, il associe le savoir savant à son savoir profane. Par cette association, les discours scientifiques ne sont ni acceptés ni rejetés tels quels, mais ils sont partiellement intégrés à partir d'un travail individuel de réappropriation.

Pour d'autres voyageurs migrants, si le paludisme existe dans beaucoup de pays africains c'est parce qu'il y a beaucoup d'insalubrité. Cette dernière associée à la pluie les exposerait davantage au risque palustre. Préventivement, il faut se débarrasser de la saleté autour des habitations.

« Il faut se débarrasser de la saleté qui est autour des habitations. Les gens déversent leurs eaux usées dans la rue, déposent leurs ordures dans les coins de rue. Quand il pleut, l'eau stagne et avec la saleté, les moustiques se développent plus. » (Jean, 46 ans, Franco-Camerounais, agent d'entretien, marié, 4 enfants, en France depuis 22 ans)

Ici, l'insalubrité, la pluie et l'eau stagnante sont pensées comme causes de la maladie. Les actions préventives devraient se concentrer sur l'insalubrité, en particulier le traitement des ordures qui facilitent le développement des moustiques. Certes, l'évocation de l'insalubrité et

des eaux usées stagnantes est importante et est en phase avec les recommandations biomédicales faites à propos des mesures d'hygiène individuelle et collective (Faye, 2009), mais elle montre aussi une certaine ignorance concernant le biotope du moustique vecteur. Pour Jean, l'eau stagnante et la saleté concourent à la multiplication des moustiques. Or, en réalité les moustiques vecteurs du paludisme se reproduisent dans des eaux vives et claires (Vernazza-Licht et al., 2015).

3.2. Les perceptions du risque palustre

Les voyageurs migrants rencontrés avaient pour la plupart une faible perception du risque palustre et du paludisme grave. Ils considèrent le risque de paludisme comme banal, qui fait partie de la vie de tous les jours en Afrique et donc, qu'on ne peut pas éviter.

3.2.1. Banalisation et/ou minimisation du risque palustre

Dans certaines communautés africaines, le paludisme est considéré comme une maladie banale (Gruénais, 2003 ; Ndoye, 2009 ; Faye, 2009). Nombreux sont les voyageurs migrants qui continuent de percevoir le paludisme comme une maladie banale et inoffensive. Il n'est pas surprenant d'entendre dans le discours des interviewés des propos comme ceux de Samba.

« (...) Cette maladie n'est pas pour moi dangereuse, car je l'ai eu plusieurs fois au pays et me voilà je suis encore vivant. » (Samba, 39, ans, Sénégalais, agent de sécurité, Saïge, en France depuis 11 ans)

Ousseynou, quant à lui, affirme ne pas prendre de précautions pour éviter le risque de paludisme, car il ne le considère pas comme une vraie maladie.

« Je ne prends pas de précautions pour éviter le paludisme, car nous ne considérons pas trop le paludisme. Pour moi, ce n'est pas une vraie maladie. » (Ousseynou, 38 ans, Sénégalais, Marié, auto-entrepreneur dans le transport logistique, Saïge, en France depuis 12 ans)

La perception du paludisme illustrée dans ces extraits d'entretiens détermine le comportement de Samba et d'Ousseynou vis-à-vis de la prévention. Cette perception banale du risque palustre s'est progressivement construite en fonction des connaissances tirées de l'expérience de la maladie. Le paludisme est aussi une maladie récurrente. La récurrence des

expériences de paludisme contribue elle aussi à la banalisation : « *je l'ai eu plusieurs fois et si c'était grave je n'allais pas être là* » me disait Samba. Tidiane Ndoye (2009) l'a aussi constaté dans une étude qu'il a réalisée au Sénégal. Chacun a déjà connu son épisode de paludisme et en est guéri. Face à ce caractère répétitif du paludisme chez un même individu, les voyageurs migrants sont amenés à ne plus considérer cette maladie comme un problème de santé grave qui demanderait l'engagement de fonds pour le prévenir. De plus, s'il semble exister un certain refus de reconnaître la gravité du paludisme.

Les acteurs de santé, spécialistes du conseil aux voyageurs et de maladies infectieuses et tropicales ont fait les mêmes constatations. Ils justifient le recours limité à la prévention du risque de paludisme chez les voyageurs migrants par le fait que ces derniers banalisent le risque palustre, en plus d'avoir une faible perception du risque de paludisme grave.

« Pour moi, c'est la banalisation du risque puisque c'est la perception faible du risque de paludisme grave. Le paludisme du point de vue des migrants qui retournent au pays, ça fait partie du paysage. Et c'est un tout petit peu comme quand on essaie de convaincre un Français de se vacciner contre la grippe. » (Alpha, 42 ans, spécialiste des maladies infectieuses et tropicales, CHU de Bordeaux)

« Les voyageurs migrants ne considèrent pas trop le paludisme. Ils le minimisent surtout. C'est la banalisation en fait qui entrave l'adoption et le respect des recommandations proposées par les autorités sanitaires. On est en réalité dans une situation où les gens qui sont originaires des pays à risque de paludisme ne se considèrent pas concernés par la prévention parce que pour eux, c'est quelque chose de banal. C'est quelque chose que l'on décèle dans le discours des migrants que nous prenons en charge. Le paludisme pour eux, c'est généralement une maladie banale. » (Georges, 32 ans, spécialiste des maladies infectieuses et tropicales, CHU de Bordeaux)

La perception du paludisme grave est généralement absente chez ceux qu'ils considèrent comme les plus exposés au risque palustre au regard de la fréquence des voyages et des conditions de vie sur place. Julie Reviriego (2002) a procédé à une évaluation de la perception de la gravité du paludisme par rapport à celle du sida et de la grippe à partir d'une échelle de gravité allant de 0 à 10, et montre que : a) les notes du sida se distribuent de 5 à 10,

mais se regroupent principalement vers la note maximale, montrant que le sida est perçu comme une maladie mortelle et grave ; b) les notes attribuées à la grippe se rapprochent plus des notes minimales correspondant à une perception inoffensive de la maladie ; c) les notes du paludisme sont presque identiques à celles de la grippe. La grippe, dans la perception de certains voyageurs, est une maladie inoffensive. Elle peut se guérir facilement sans médicament ; c'est quelque chose de fréquent qui revient tous les ans et qui est bénin (Reviriego, 2002).

Pourtant, lorsqu'on regarde le nombre de personnes en France victimes de la grippe et les ravages qu'elle occasionne chez les personnes âgées, la faible perception de sa dangerosité et la banalisation se justifient difficilement. Durant la saison grippale de 2016-2017, Santé publique France a estimé le nombre de cas graves de grippe admis en réanimation à 1387 au 01/03/2017. Parmi les cas en réanimation, 213 sont décédés dont 70% étaient des personnes âgées de 65 ans et plus (Santé publique France, 2017). Cette contradiction entre la banalisation d'une maladie et les ravages qu'elle occasionne en termes de morbidité et de mortalité a été déjà constatée dans le cadre du paludisme au Sénégal. Tidiane Ndoye, dans son ouvrage *La société sénégalaise face au paludisme. Politiques, savoirs et acteurs* » publié en 2009, montrait comment les parents refusaient de reconnaître la gravité de la maladie chez les enfants. Un refus qui expliquerait qu'au plan curatif, un peu moins de 40% des enfants qui avaient de la fièvre et d'autres signes de paludisme ne recevaient pas de traitement antipaludique. Or, les enfants sont perçus comme une des catégories de population les plus à risque au regard des ravages que le paludisme occasionne chez ceux de moins de 5 ans. Pour cet auteur, la banalisation évoquée ne se fonde pas sur les connaissances scientifiques ni sur les discours de santé publique, mais elle se construit socialement en fonction des représentations sur la maladie (Ndoye, 2009).

D'autres participants ont essayé d'apprécier la perception du risque palustre par rapport à celle du VIH, de la tuberculose, de la dengue, du chikungunya, du virus Ebola et plus récemment du Zika. La comparaison du risque de paludisme et de ces maladies a fait apparaître un ordre d'appréciation de la gravité entre elles. Ainsi, le risque de paludisme est souvent perçu comme moins grave par rapport aux autres maladies à transmission vectorielle d'importation, au VIH et à la tuberculose.

« Le paludisme n'est pas dangereux. Je pense c'est cette représentation que les gens ont du paludisme alors que quand tu leur parles du VIH/SIDA, de la

tuberculose ou encore du cancer, ils ont tous peur. On sent la psychose. Pour nous, c'est une maladie qui n'est pas fatale, il peut tuer, mais c'est vraiment dans le pire des cas que vous mourrez du paludisme. Les gens en ont tellement vécu qu'ils s'en foutent maintenant. » (Pierre, Camerounais, 26 ans, footballeur professionnel, Mérignac, en France depuis 8 ans, hospitalisé pour un paludisme simple)

Le risque de paludisme est minimisé et on ne lui accorde pas une certaine dangerosité contrairement au SIDA, à la tuberculose ou au cancer. Ces dernières maladies suscitent la peur ainsi que l'adoption de comportements visant à empêcher leur survenue parce que leurs symptômes sont considérés comme plus dangereux que ceux du paludisme. Aussi, la réceptivité du VIH/SIDA est mal vue et pèse socialement plus que celle du paludisme, en raison des liens avec les comportements sexuels. De même, sur le plan international, les populations accordent beaucoup plus d'importance à ces maladies. Cette idée rejoint celle d'Auriane Guilbaud (2008). Pour elle, à un certain moment d'internationalisation de la lutte contre le paludisme, les acteurs ont arrêté les recherches sur les produits antipaludiques au profit du virus du SIDA.

Une voyageuse non-migrante qui a l'habitude de travailler auprès des patients impaludés en Afrique pense que la banalisation du paludisme provient d'un manque de visibilité de ce dernier par rapport aux autres maladies à transmission vectorielle. Pour elle, la timidité de la sensibilisation sur le paludisme peut engendrer une minimisation du risque de paludisme ; au contraire, la dengue, le chikungunya, le virus Ébola et le zika provoquent la peur, une forte crainte.

« Il y a une timidité de l'information sur le paludisme. L'information n'est pas vulgarisée comme les autres maladies. Le paludisme dans la conception des gens et des politiques, c'est une maladie qui n'est pas aussi grave. Quelle place le paludisme occupe ? Je crois que justement et effectivement on a plus peur de l'importation de la Dengue, du Chikungunya et maintenant du Zika que du paludisme. Pourquoi ? Je ne sais pas. Mais, ce sont des maladies dont on a davantage peur. Peut-être que ça a un effet d'épidémie et que le paludisme n'a pas cet effet d'épidémie. Que ce soit le Zika ou le Chikungunya et la Dengue, on a eu des effets d'épidémies assez importants qui ont été médiatisés. Mais le paludisme c'est vrai qu'on n'a pas cet effet-là. Donc en termes de santé publique,

le paludisme a moins d'impact parce qu'il n'y a pas cet effet d'épidémie. (...) Je crois que malgré cela, il faut que les gens prennent au sérieux le paludisme. Il faut que les politiques insistent sur la prévention et sensibilisent les voyageurs. Moi j'ai passé beaucoup de temps en Afrique et dans les Antilles, je sais que sans information, les gens croiront que ça ne doit pas être grave. Ça influe beaucoup sur le recours à la prévention. » (Yolande, 36 ans, française, célibataire, humanitaire, hospitalisée pour un paludisme grave)

Cette évaluation du risque de paludisme par rapport au risque des autres maladies est intéressante dans la mesure où elle soulève des enjeux politiques. Elle permet de relever non seulement la place accordée à la prévention du risque palustre par les voyageurs migrants eux-mêmes, mais aussi de comprendre comment le paludisme est hiérarchisé, par rapport à la dengue et au chikungunya par exemple, dans le discours des enquêtés en particulier et dans la politique de lutte contre les pathologies à transmission vectorielle en France en général. Sur le terrain, cette priorisation des autres maladies d'importation à transmission vectorielle reste visible sur les plans informationnel et communicationnel. Des affiches informant les voyageurs dans des lieux stratégiques sont mises en place. Parmi ces lieux stratégiques à Bordeaux, il y a l'aéroport, Santé-Voyage et le SMIT. En termes de santé publique, le paludisme a moins d'impact. Ainsi, les politiques de santé privilégient les pathologies à caractère épidémique. Les voyageurs, dont les migrants, suivent les ordres de priorité mis en place par les politiques et par conséquent accorderaient beaucoup moins d'importance au paludisme.

En outre, la prévention du risque palustre n'est pas considérée comme une urgence comparée à d'autres pathologies comme le virus Ebola.

« Je pense que le paludisme n'est pas assez vu comme quelque chose de grave. Si on leur parlait d'Ebola, j'en suis sûr que les gens accorderaient plus d'importance à la prévention. (...) Il n'y a pas de réflexe pour dire que c'est une urgence. » (Yacine, 36 ans, Congolaise, mariée, infirmière, en France depuis 8 ans, hospitalisée pour un paludisme simple)

La faible perception du paludisme grave peut par conséquent être analysée dans sa dimension politique, notamment par le manque d'informations médiatisées sur la prévention du paludisme.

L'éloignement géographique de la zone d'endémie ne favorise pas une prise de conscience de la gravité du paludisme. Le paludisme est un problème de santé pas suffisamment perçu comme grave en Afrique. Ainsi, parler du paludisme dans un contexte dont le biotope n'est pas favorable au développement du moustique vecteur peut contribuer à rendre cette perception beaucoup plus forte. Comparés aux autres voyageurs européens, les voyageurs migrants banalisent plus le risque d'importation du paludisme et sont moins enclins à prendre au sérieux les informations sur la gravité de cette maladie. Les propos de cet acteur de santé qui travaille depuis plus de 15 ans en tant que médecin généraliste dans un quartier de forte immigration sont illustratifs de ce fait :

« Je pense qu'effectivement quand tu dis à un Occidental, "tu vas en Afrique le paludisme c'est une maladie grave", il va prendre ça beaucoup plus au sérieux qu'un Africain qui va le prendre à la légère en disant : " moi je repars chez moi", et qui va plus négliger non pas par méconnaissance du terrain, mais au contraire. Car, on sait qu'il y a beaucoup de gens qui meurent du paludisme en Afrique et je pense qu'on ne s'est pas suffisamment penché au niveau de la santé, des dégâts que cela pourrait faire. Ce qui fait que les gens quand ils sont loin de chez eux, ils deviennent encore plus amnésiques sur la question du paludisme. Même localement il y a beaucoup de gens qui décèdent et on dit : "on ne sait pas de quoi il est mort". Pour eux, comme tout le monde a le palu on ne peut pas mourir de paludisme. Donc effectivement, ça revient au fait que je pense que les gens qui vont être plus négligents seront les Africains. » (Corinne, 47 ans, Médecin généraliste, 15 ans d'exercice, Bordeaux)

La connaissance du terrain et les expériences de la maladie confortent les voyageurs migrants originaires des pays d'Afrique subsaharienne dans la banalisation du risque palustre.

3.2.2. La quotidienneté du risque palustre

De fait, entendre une mère de famille de 3 enfants originaire du Cameroun qui habite depuis 20 ans en France dire que « *séjourner en Afrique, c'est s'exposer tous les jours au risque de paludisme* », est illustratif de la claire conscience de l'omniprésence du risque palustre en Afrique. Toutefois, le risque palustre est plus omniprésent dans certaines localités.

« Le paludisme est une maladie quotidienne. Ça fait partie de la vie quotidienne. Par exemple dans ma région natale de Kaolack (région située au centre du

Sénégal), réputée être une des régions du Sénégal les plus touchées par le paludisme, on ne peut pas s'en passer. Tu vois ici en France par exemple, il y a une épidémie de la grippe, on a beau faire des campagnes de sensibilisation, il y aura toujours des gens qui tomberont malades. C'est pareil pour le paludisme chez nous. Dans les maisons on retrouve des moustiquaires, les gens dorment sous les moustiquaires et pourtant les gens tombent toujours malades. » (Samba, 39, ans, Sénégalais, agent de sécurité, Saïge, en France depuis 11 ans)

Une autre femme congolaise raconte :

« Dans mon pays, le paludisme, c'est la maladie de tous les jours. Déjà les gens en souffrent tout le temps. C'est un truc qui ne finit pas. Ça part et ça revient. C'est un pays tropical, c'est chaud et les moustiques adorent la chaleur et l'humidité. Je ne sais pas la réalité chez toi au Sénégal, mais chez moi il pleut beaucoup, il y a des mares partout. C'est ce qui fait que quand on vit en Afrique on ne peut pas ne pas tomber malade. C'est vraiment une maladie qu'on ne peut pas éviter. » (Fatou, 53 ans, Congolaise, 4 enfants, femme au foyer, Santé-Voyage, en France depuis 25 ans)

Dans ce sens, séjourner en terre africaine, c'est aussi négocier avec le risque d'importation d'un accès palustre qui participe finalement à l'existence. Les voyageurs migrants s'attendent à souffrir du paludisme à l'occasion de chaque retour au pays d'origine.

Je me suis également rendue à Saïge dans une famille d'origine sénégalaise pour un entretien. Cette famille, je l'appelle Doucouré. C'est un jeune couple sans enfants. M. Doucouré est mécanicien installé à Bordeaux depuis 6 ans (il est arrivé en France en 2002) et son épouse est une étudiante en Master 2 de Chimie, en France depuis 4 ans. Sur place, c'est Mme Doucouré qui m'accueille et m'installe dans le salon. Puis, elle appelle quelques minutes après son mari qui était dans l'une des chambres. Lorsqu'il nous rejoint, je me présente et lui explique l'objet de ma recherche ainsi que le déroulement de l'entretien. La décision est prise de mener des entretiens séparés avec chacun des époux. En premier lieu, je me suis entretenue avec M. Doucouré alors que Mme Doucouré était dans la cuisine. Après les deux entretiens, je suis invitée à rester pour dîner. À table, la discussion tourne essentiellement autour du paludisme, chose qui constitue une aubaine pour moi puisque cela me permettrait d'éclaircir certains éléments abordés partiellement dans les différents

entretiens, mais aussi, et surtout, de confronter leurs différentes conceptions du paludisme et de la prévention de cette maladie. Pour M. Doucouré, « *le paludisme est considéré comme une maladie très fréquente et commune à tout le monde, qu'on soit migrant ou non-migrant. (...). C'est un des inconvénients quand on va chez nous parce que c'est vraiment une réalité. C'est vraiment courant. Mais, c'est chez nous, on ne va pas rester ici à cause du paludisme.* » Mme Doucouré acquiesce et précise qu'il faut faire avec si on veut retourner puisque c'est l'ordinaire en Afrique. Tant qu'il y a du paludisme, personne n'y peut rien et le risque de tomber malade sera toujours présent.

J'ai ainsi pu prendre la mesure du caractère ordinaire du paludisme dans leurs perceptions, mais surtout de la dimension partagée. En effet, comme je l'expliquais ci-dessus, le paludisme fait partie intégrante de la vie de tous les jours en Afrique. De sorte que pour les voyageurs migrants interrogés, il n'est pas toujours nécessaire de faire des démarches pour un problème de santé qui fait partie de l'ordinaire. Ils s'adaptent d'emblée aux conséquences sanitaires que provoquerait le retour au pays d'origine et les considèrent comme le prix à payer pour séjourner en Afrique. Des auteurs comme Nicole Vernazza-Licht et collaborateurs (2015) parlent de la familiarisation du risque de paludisme. Pour eux, quand les individus sont souvent placés en situation de risque familial, ils s'y adaptent et ont souvent tendance, selon les cas, à surestimer le risque ou à le sous-estimer (Vernazza-Licht et al, 2015). Ces auteurs de poursuivre que le processus de familiarisation du paludisme provoquerait implicitement une sous-estimation, mais aussi une « désappréciation » du risque palustre.

Les résultats d'enquête mènent à un autre constat : cette situation de quotidienneté conduit à une interprétation fataliste du risque palustre.

3.2.3. La perception fataliste du risque palustre

Dans le cadre spécifique du paludisme, Nicole Vernazza-Licht et collaborateurs (2015) convoquent l'environnement, l'impuissance du milieu médical et l'existence du paludisme malgré l'usage des moustiquaires pour la prévention comme autant de raisons qui alimentent la perception de la fatalité. Pour ces auteurs, les raisons qui font qu'on ne peut pas éviter le paludisme en Afrique en général et au Cameroun en particulier dépassent l'individu et concernent plutôt l'environnement. La pluie et la chaleur sont évoquées pour justifier leur perception fataliste du paludisme en insinuant que, tant qu'il pleut et qu'il fait chaud, il y aura toujours du paludisme ; étant donné que personne ne peut rien contre la pluie, personne ne

pourra rien non plus contre les moustiques. Les résultats obtenus dans cette recherche vont dans le même sens. Certains voyageurs migrants se sentent dépassés par le paludisme et tiennent des discours fatalistes. On y retrouve des propos qui font allusion à une certaine impuissance face aux piqûres de moustiques et donc, au risque de paludisme.

« En l'état actuel, on ne peut pas éviter le paludisme, car les moustiques nous piquent aussi en pleine journée, en début de soirée. Les moustiquaires ne nous protègent que quand on va dormir. Personnellement, je pense qu'on ne peut éviter les moustiques à 100 % et donc, on ne peut pas non plus éviter le paludisme. C'est le fardeau de l'Afrique et on n'y peut rien tant qu'il n'y a pas de vaccin. »
(Doudou, 31 ans, malien, Master 2 en gestion, Saïge, en France depuis 4 ans)

L'impuissance du milieu médical à mettre sur le marché un vaccin alimente également cette perception fataliste. Toutefois, l'absence de vaccin ne serait bientôt qu'un simple souvenir. La vaccination ne va pas empêcher toute infection palustre à elle seule. Le vaccin doit être combiné avec les méthodes de diagnostic, de traitement et des mesures de prévention approuvées, telles que les MII, afin de permettre une réduction de 40 % du nombre d'épisodes paludiques²⁴.

3.3. Conceptions de la prévention du risque de paludisme

Les recommandations sur la prévention du paludisme en France ne sont pas trop incitatives. Une marge de manœuvre est accordée au voyageur pour procéder à une évaluation du risque palustre avant de recourir ou pas à la prévention avant le départ. Cette situation n'induirait-elle pas une tendance à la négligence de la chimioprophylaxie chez les voyageurs migrants qui ont une faible perception de la gravité du risque de paludisme ?

²⁴ L'OMS a annoncé le 24 avril 2017 le lancement d'un programme d'expérimentation d'un vaccin antipaludique, le « Mosquirix », dans trois pays d'Afrique (Kenya, Ghana et Malawi) à partir de 2018. L'OMS prévoit de vacciner au moins 360000 enfants entre 2018 et 2020. Quatre doses du vaccin doivent être inoculées à l'enfant lorsqu'il est âgé de 5 mois, 6 mois, 7 mois et 2 ans. Mise au point par le laboratoire GlaxoSmithKline (GSK) en partenariat avec l'ONG Path Malaria Vaccine Initiative, le « Mosquirix », qui est le plus avancé contre le paludisme, reste d'une efficacité limitée. Avant la mise en place effective de ce vaccin, les stratégies préventives sont considérées comme inefficaces et ne peuvent rien contre la survenue d'un accès palustre. IRL : https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2017/04/24/paludisme-le-vaccin-de-gsk-va-etre-teste-en-afrique-dans-3-pays-des-2018_846884

L'enquête de terrain révèle que beaucoup de personnes qui ont participé à cette étude, en plus d'avoir une faible perception de la gravité du risque palustre, considèrent la prévention du paludisme comme facultative. Dans les guides de voyage, les recommandations élaborées par l'OMS²⁵ pour la prévention du paludisme chez les voyageurs y sont présentées comme une option.

Il existe de multiples canaux d'information en dehors des professionnels de la santé et qui sont accessibles au plus grand nombre. En premier lieu figure internet. L'information de santé sur internet n'est pas nouvelle. Les premiers sites ayant trait à la santé sont apparus au milieu des années 1990 et, depuis, leur nombre n'a cessé d'augmenter. Aujourd'hui, il en existe plusieurs en France. Ils sont extrêmement hétérogènes (Romeyer, 2012). Pour Hélène Romeyer (2012), cette hétérogénéité bouscule les modalités de production des savoirs de l'information ayant trait à la santé. Elle permet aussi un décloisonnement ou un débordement de l'unique catégorie d'information spécialisée ou professionnelle, pour devenir une information grand public. Désormais, l'information qui a trait à la santé dépasse le seul cadre du médical et s'étend au grand public. Le colloque singulier n'oppose plus un professionnel seul détenteur de l'information à un patient supposé ignorant (Romeyer, 2012).

De plus en plus de voyageurs recourent à internet pour se procurer de l'information. Une situation qui s'accroît lorsque le lieu de destination a été choisi sur internet via les sites internet des agences de voyages. En plus de ces derniers, beaucoup d'autres consultent les sites institutionnels comme ceux de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'Institut de Veille Sanitaire (InVS), la Haute Autorité de Santé (HAS), l'Institut National de Prévention et d'Éducation à la Santé (Inpes), les ministères de la Santé et de l'Intérieur. Ces sites donnent des informations de santé publique et de prévention. D'autres encore, en plus de ces sites institutionnels, consultent des sites d'entreprises spécialisées qui donnent des informations grand public souvent hybrides (médicale, santé publique, marchande et de conseil) comme Doctissimo²⁶. La démultiplication des sites qui produisent des informations sur la santé des

²⁵ Il s'agit des recommandations internationales proposées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour prévenir le paludisme chez les voyageurs en partance des zones à risque palustre. La France, via le Comité des Maladies liées aux Voyages et des maladies d'Importations (CMVI) du Haut Conseil de Santé Publique a repris les recommandations et conseille à tout voyageur en zone d'endémicité palustre d'aller consulter un médecin pour une chimioprophylaxie antipaludique, de se protéger contre les piqûres de moustique et en cas de fièvre pendant le séjour ou les mois qui suivent le séjour, de consulter en urgence un médecin.

²⁶ Ce site Internet est fondé en 2000. Il est développé par un spécialiste de l'édition de contenu médical (Medcoste). Devenu le site phare à propos de la santé en France, il attire les convoitises avant d'être racheté en 2008 par le groupe Lagardère Active. *Doctissimo* est, aujourd'hui, le site Internet de santé le plus fréquenté en

voyageurs internationaux a un atout : faciliter l'accès à l'information et libérer les informations.

En tant que démarche individuelle, volontaire et « responsable », la recherche d'information sur internet n'est pas sans inconvénient du point de vue interprétatif. Chaque voyageur aura sa propre lecture et interprétation des recommandations. Ce que chacun comprend du contenu informatif des sites internet n'est pas forcément de la même nature que celle des producteurs de ce contenu. C'est le cas de Jérôme qui avait une compréhension autre que celle du contenu du message à propos de la prévention du paludisme. Il a 32 ans, est originaire du Gabon et est en France depuis 7 ans. Il enseigne l'informatique dans le secondaire. Il passe beaucoup de temps sur internet, ce qui n'est pas étonnant compte tenu de sa profession. Il en profite souvent pour s'informer sur les actualités de santé et notamment sur la prévention du paludisme. Lorsqu'il est retourné en 2014 au Gabon, il n'avait pas pris de chimioprophylaxie antipaludique car, pour lui, et dans sa compréhension du contenu informatif, la prévention du paludisme était facultative et ne concernait que les voyageurs occidentaux. Il poursuit :

« D'après ce que j'ai compris, les recommandations, on ne parle que de voyageurs. Pour moi quand on dit voyageurs ce sont les autres qui visitent les pays africains et ce n'est pas obligatoire. » (Jérôme, 32 ans, Gabonais, enseignant en informatique, Talence, en France depuis 7 ans)

Pour d'autres, la chimioprophylaxie ne se discute que chez les voyageurs qui n'ont jamais vécu en Afrique, qui n'effectuent pas des séjours réguliers, mais plutôt des séjours courts.

« (...) la chimioprophylaxie s'adresse aux voyageurs qui n'ont jamais habité en Afrique. Les blancs qui voyagent rapidement pour le tourisme, mais qui ne restent pas longtemps. Pour moi, c'est les gens qui ne vivent pas habituellement là-bas alors que nous, on a grandi là-bas et on rentre souvent. » (Sokhna, 52 ans, Sénégalaise, mère au foyer, 4 enfants, Santé-Voyage en France depuis 21 ans)

France, d'après le classement de Médiamétrie qui le situe au 25^e rang des 30 sites les plus visités en France, avec un taux de fréquentation de près de 8 millions de visiteurs uniques par mois. Autrement dit, plus de 10 % des Français qui se connectent vont sur Doctissimo pour obtenir de l'information de santé. (cf. Romeyer, 2012).

L'interprétation personnelle ou individuelle que l'on accorde à l'information de prévention du paludisme joue aussi un rôle dans le processus décisionnel. Les discours de Jérôme et de Sokhna à propos des recommandations sanitaires pour éviter le risque palustre permettent de maintenant de comprendre pourquoi les messages actuels de la santé publique ne suscitent pas les comportements attendus. La prévention du risque palustre est envisagée comme ne concernant que les autres, ceux qui ne sont pas nés en Afrique et qui n'ont jamais expérimenté le paludisme. Les voyageurs migrants se sentent de moins en moins concernés par les préconisations internationales visant à réduire le risque d'impaludation. Ainsi, l'absence de recours à la chimioprophylaxie antipaludique par les voyageurs qui viennent des pays d'Afrique de l'Ouest où le paludisme est endémique résulterait du fait que les directives sur la prévention du paludisme concernent les voyageurs non-migrants, c'est-à-dire les touristes. De ce fait, et de manière implicite, la prévention du risque de paludisme est alors appréhendée comme une préoccupation exclusive de ces derniers.

3.4. Les barrières à l'utilisation de la chimioprophylaxie : le frein économique et le rapport différencié au médicament

3.4.1. Le facteur économique

Les médicaments antipaludiques et les vaccins se rapportant aux maladies tropicales ne sont pas remboursés par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM). La CNAM ne rembourse pas les 4 médicaments antipaludiques recommandés par la HCSP : a) chloroquine plus proguanil (Savarine, nivaquine, paludrine) pour les zones de chimiorésistance intermédiaire ; b) Atovaquone-proguanil (Malarone) ; c) Méfloquine (Lariam) ; d) Doxycycline²⁷ (Doxy, Doxypalu) pour les zones de chimiorésistance élevée.

Le tableau suivant montre à titre d'exemple les prix de certains médicaments usuellement utilisés et qui sont destinés à la prévention du paludisme.

Tableau 1: Prix des médicaments en fonction de la durée du séjour pour un adulte

²⁷ Doxycycline peut être remboursée. J'y reviendrai.

Prix médicaments en euros	<i>Prix moyen unitaire par boîte/ quantité</i>	<i>Prix pour un séjour de 2 semaines</i>	<i>Prix pour un séjour de 4 semaines</i>
Noms médicaments			
Lariam	31,71 euros / 8 cp	31,71 euros	62,42 euros
Malarone	43,31 euros /12 cp	86,62 euros	129,93 euros
Atovaquone-proguanil (générique de la Malarone)	23 euros /12 cp	46 euros	69 euros
Savarine	20 euros /28 cp	40 euros	60 euros
Doxypalu	12 euros /28 cp	24 euros	36 euros

Les antipaludiques n'ont pas les mêmes prix. Le nombre de comprimés à prendre par semaine dépend de la molécule, la posologie variant d'une fois par semaine à une fois par jour comme le tableau ci-dessous.

Tableau 2 : Modalités de prise de la prophylaxie recommandée pour les séjours dans les pays du groupe 3 pour adulte

<p>Méfloquine (Lariam 250) : 1 cp/semaine à débiter 10 jours avant le départ + durée du séjour + 7 jours au retour</p> <p>Atovaquone-Proguanil (Malarone) : (atovaquone 250mg + proguanil 100 mg) /j à débiter le jour du départ + durée du séjour + 7 jours au retour</p> <p>Doxycycline (Doxypalu) : 100 mg/j à débiter le jour de l'arrivée + durée du séjour + 4 semaines au retour</p>
--

Malarone est l'antipaludique le plus cher. Son générique, l'Atovaquone-proguanil, est tout aussi onéreux. Pour un séjour de 4 semaines, le voyageur adulte doit déboursier 129,93 euros s'il prend la Malarone et 69 euros s'il préfère son générique, en plus de son billet d'avion et des autres dépenses (voire chapitre 2). La variabilité des prix est un élément constitutif du choix d'un médicament. Thierry Pistone et collaborateurs (2008) montraient déjà que le choix d'une chimioprophylaxie recommandée pour les voyageurs à destination des

pays endémiques dépendait de son prix. Le coût élevé de la chimioprophylaxie antipaludique est un frein majeur.

La quasi-totalité des personnes rencontrées dans le cadre de cette étude a parlé du coût élevé de la prévention du paludisme, qui peut atteindre jusqu'à 350 euros pour un couple avec trois enfants.

« Pour toute la famille, j'en ai eu pour 200 euros pour les vaccins. Pour la Malarone, on était 5, on a eu pour presque 300 euros. Ça fait au total 500 euros pour la prévention. On a acheté aussi des produits comme les crèmes, des répulsifs, je dirai même 600 euros pour toute la famille. Un bon budget de 600 euros rien que pour la prévention d'une famille de 5 personnes. Bon les autres membres de la famille, nos amis aussi avaient acheté leurs médicaments et leurs crèmes préventives. Pour une famille modeste, je trouve que c'est exorbitant. Le coût est exorbitant, mais bon en même temps on n'a pas le choix, la vie et la santé n'ont pas de prix. Pour une famille qui n'a pas les moyens avec beaucoup d'enfants, ce n'est pas évident. Moi, je la comprendrai si elle ne prend pas de prévention parce que 600 euros, c'est beaucoup quand même sans compter les billets d'avion. » (Astou, 36 ans, franco-camerounaise, 3 enfants, aide-soignante, en France depuis 20 ans, hospitalisée pour un paludisme simple)

Certaines familles originaires d'Afrique qui retournent dans leurs pays d'origine en compagnie de leurs enfants (assez nombreux parfois) ont déjà fait des sacrifices en général pour acheter les billets d'avion et les cadeaux pour la famille. Dépenser encore beaucoup d'argent pour une prévention, en particulier la chimioprophylaxie, lorsque les parents ont déjà dépensé beaucoup d'argent pour aller se faire vacciner contre la fièvre jaune, peut alors devenir problématique. Dans certains cas, les parents ne recourent à la prévention que pour leurs enfants (j'y reviendrai). La probabilité de consulter un médecin spécialiste dans le domaine médical dépend de plusieurs éléments : état de l'offre de services médicaux disponibles et de proximité, et niveau de revenu (Grignon, 1994). Au Royaume-Uni, des auteurs (Neave, Taylor, Behrens, 2013) avaient également suggéré que le coût d'achat de la chimioprophylaxie du paludisme était un obstacle important à l'utilisation plus large des médicaments par les migrants VFR, en particulier pour ceux voyageant en famille. En dehors du paludisme, plusieurs travaux (Carde, 2011 ; Hamel, Moisy, 2012 ; Comiti et Patureau,

2005 ; Adam, Cognet, 2009) sur la question de la santé des personnes étrangères abordent les facteurs économiques pour expliquer le faible recours aux soins des migrants en France.

S'agissant de la prévention du paludisme, des études (Pistone et al, 2008 ; Pistone et Malvy, 2011) avaient montré que le remboursement de la chimioprophylaxie à hauteur de 65 % par l'assurance maladie conduirait à un recours plus important à la prévention du paludisme d'importation chez les voyageurs résidant en France, et par conséquent réduirait sans doute le taux de morbidité lié au paludisme. Du côté de l'assurance maladie, ce remboursement peut aussi avoir un effet (Pistone et al., 2008). Leur article cherchait à analyser le rapport coût/efficacité du remboursement de la chimioprophylaxie du paludisme pour les voyageurs de l'Europe vers l'Afrique subsaharienne du point de vue du système national d'assurance maladie. Le remboursement de la chimioprophylaxie permettrait d'éviter 2485 cas de paludisme par an (Pistone et al, 2008). Sans doute, la réduction des cas de paludisme importés chaque année réduirait aussi le coût que devrait assumer la CNAM s'il n'y avait pas de réduction de cas de paludisme grâce au remboursement. Dans cette perspective, le financement à hauteur de 65 % aurait aussi un effet considérable sur la morbidité et sur la mortalité.

Un acteur de santé qui a l'habitude de rencontrer des cas de paludisme explique que cette non subvention du traitement préventif contre le paludisme peut avoir des conséquences en termes de morbidité pour les voyageurs et de coût pour la CNAM

«Après, moi je pense que quand on voit ce que ça coûte deux jours d'hospitalisation pour un palu et qu'on peut l'éviter en prenant les médicaments, je ne crois pas qu'on y gagne hein ! En termes de morbidité, ce sont les voyageurs qui paient et en termes de coût c'est la sécurité sociale. Deux jours d'hospitalisation pour une personne c'est 3000 euros. Ah deux à trois jours d'hospitalisation à mon avis c'est 3000 euros alors que la prévention c'est 60 euros environ. Et puis, les gens ne vont pas venir prendre un traitement préventif s'ils n'en ont pas besoin. On ne peut pas le revendre, donc ça ne sert à rien. Ce n'est pas du curatif. » (Corinne, 47 ans, médecin généraliste, 15 ans d'expérience, Bordeaux)

Thierry Pistone et collaborateurs (2008) estimaient les coûts directs d'une hospitalisation pour un paludisme simple à 2450 euros, et à 317 euros pour une consultation

externe. En cas de paludisme grave, l'hospitalisation à l'unité intensive coûte 7200 euros, sans compter les 475 euros que la CNAM dépenserait pour les arrêts maladie.

La probabilité de recourir à une chimioprophylaxie recommandée par le HCSP pour un séjour en Afrique subsaharienne était estimée à 57 %. En cas de remboursement à hauteur de 65 %, cette probabilité serait de 84 % (Pistone et al, 2008). Le remboursement aiderait dans la réduction des inégalités d'accès à la prévention. Ainsi, pour Georges, spécialiste des maladies infectieuses et tropicales, il faut rembourser la consultation dans les structures spécialisées comme Santé-Voyage à Bordeaux pour encourager les voyageurs à consulter et indirectement à recourir à la prévention.

« En France, les recommandations stipulent que les voyageurs doivent consulter un médecin généraliste ou une structure spécialisée pour se faire prescrire une prophylaxie antipaludique (...). Nous, on a un centre de vaccination internationale qui s'appelle Santé-Voyage, les consultations ne sont pas remboursées. Alors que chez le médecin traitant, la consultation, elle, elle est remboursable. Donc, c'est encore un frein économique de consulter un centre spécialisé. Dans certaines régions, les tutelles, les caisses ont fait le choix de rembourser localement ces consultations dans ces structures spécialisées. Ce n'est pas le cas par exemple en Aquitaine. Donc, il y a un calcul économique à faire et les caisses d'assurance maladie auraient tout intérêt à y réfléchir, car il y aurait sans doute un retour sur investissement en termes de morbidité, et donc, en termes de coûts. » (Georges, 32 ans, spécialiste des maladies infectieuses et tropicales, CHU de Bordeaux)

La consultation à Santé-Voyage pour la prévention du paludisme n'est pas remboursée par la CNAM alors qu'elle l'est en médecine de ville. Il existe aussi un remboursement sélectif pour les assurés sociaux de la Guyane. Suite à la saisine du Ministère chargé de la santé, la commission de la transparence de la HAS avait examiné en 2008 et réévalué en 2012 l'opportunité de la prise en charge de la chimioprophylaxie du paludisme pour les assurés sociaux de Guyane non-résidents des zones impaludées, effectuant un séjour unique ou occasionnel de moins de trois mois en zone d'endémie palustre, et l'opportunité d'étendre la prise en charge de la chimioprophylaxie du paludisme pour les assurés sociaux résidents de la Mayotte (HAS, 2008). Aujourd'hui, le remboursement à hauteur de 65 % de la Malarone (HAS, 2012), du Lariam (HAS, 2017) et de la Doxycycline chez les assurés sociaux guyanais

est effectif. D'après la commission de la transparence de la HAS, cette prise en charge dans cette population de voyageurs est justifiée sans pour autant donner plus éléments de justification. Cependant, les experts consultés par la commission considèrent que la prise en charge des traitements chimioprophylactiques par les Caisses d'Assurance Maladie²⁸ ne modifiera que partiellement la mise en œuvre d'une chimioprophylaxie efficace.

Toutefois, pour la Doxycycline, j'ai également constaté que des pharmaciens d'officine appliquent le remboursement à hauteur de 65 % chez tous les assurés sociaux, et à 100% pour les bénéficiaires d'une mutuelle. Or, dans la base de données publiques des médicaments, aucun antipaludique ne devrait être remboursé sauf pour les assurés sociaux de la Guyane²⁹. Alors pourquoi certains pharmaciens appliquent le remboursement de la Doxycycline à hauteur de 65 % chez les assurés sociaux non guyanais ? Ce médicament est avant tout un antibiotique antibactérien qui est indiqué dans le traitement des infections à germes sensibles à la Doxycycline dans leurs manifestations respiratoires, génitales, urinaires, cutanées, oculaires ou générales et aussi dans le traitement d'acné. Pour un pharmacien d'officine installé dans un quartier populaire de Bordeaux, la Doxycycline est remboursée automatiquement dans sa pharmacie, car il fait partie des médicaments remboursés par la sécurité sociale.

« La Doxycycline est un antibiotique qu'on utilise pour traiter des infections urinaires, respiratoires, etc., et pour traiter l'acné inflammatoire et c'est remboursé par la sécurité sociale. Moi, j'applique automatiquement le taux de remboursement. C'est aussi un médicament qu'on utilise pour la prévention du paludisme. Dans tous les cas, il est difficile de savoir pourquoi le médecin a prescrit ce médicament. Il est écrit nulle part sur l'ordonnance que c'est pour la prévention du paludisme ou pour une infection. L'ordonnance, elle arrive avec comme prescription : "Doxycycline, 100 mg, le nombre de boites et la durée du traitement, la posologie, etc." Même si c'est précisé, on ne peut pas refuser d'appliquer la loi sous prétexte que c'est pour la prévention du paludisme et que

²⁸ Il existe trois grands régimes d'assurance maladie : - le régime général d'assurance maladie qui assure la couverture solidaire de quatre personnes sur cinq en France avec ou sans activité professionnelle salariée et depuis janvier 2018, les travailleurs indépendants ; - la Mutualité Sociale Agricole (MSA) qui gère la protection sociale agricole générale (santé, retraite, etc.) de l'ensemble des exploitants et des salariés agricoles ; - les Régimes « spéciaux » qui couvrent le risque maladie, maternité et vieillesse des mineurs, des clercs, des notaires, etc. IRL : <https://www.ameli.fr/1-assurance-maladie/connaitre-l-assurance-maladie/missions-et-organisation/la-securite-sociale/les-differents-regimes-de-l-assurance-maladie.php>

²⁹ <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/extrait.php?specid=63307856>

pour la prévention du paludisme, le traitement n'est pas remboursé. Les gens qui sont au courant de cela demandent souvent à leur médecin de leur prescrire ça. Les prescripteurs aussi. » (Martin, 39 ans, Pharmacien, 9 ans d'expérience, quartier populaire de Bordeaux)

Il est difficile de savoir si la Doxycycline prescrite par le médecin est destinée à la prévention du paludisme ou au traitement d'autres maladies. Même s'il le savait, il ne peut pas faire autre chose qu'appliquer la loi : rembourser le traitement. Ainsi, les voyageurs et les médecins généralistes informés de ce remboursement demandent et prescrivent la Doxycycline pour contourner le facteur économique.

Pour contourner le problème de coût, certains acteurs de santé n'hésitent pas à conseiller à leurs patients d'acheter un traitement curatif souvent moins onéreux dans le pays de destination, et au moindre doute de prendre ce traitement.

« Moi, je sais qu'il m'est arrivé pour ceux qui partent souvent de leur dire d'acheter des traitements curatifs là-bas pour qu'au moindre doute ils puissent le prendre comme, l'Arthéméter parce que ça coûte moins cher aussi. » Corinne, 47 ans, médecin généraliste, 15 ans d'expérience, Bordeaux)

« J'ai un compatriote sénégalais qui est médecin qui m'a dit que je peux acheter de l'Amodiaquine, mais il faut l'acheter dans une pharmacie. Il m'a dit que ça ne coûte pas cher et que je peux m'en procurerai facilement. Apparemment ça a un goût bizarre, mais en cas de suspicion de paludisme, ça ferait l'affaire. » (Seydou, 31 ans, Sénégalais, 31 ans, marié, 1 enfant, enseignant, Saïge, en France depuis 8 ans)

Certains voyageurs migrants privilégient l'utilisation de la moustiquaire aussi pour des raisons économiques ; mais en cas de suspicion de maladie, ils achèteront leur traitement sur place.

On rencontre souvent des enquêtés qui avouent clairement n'avoir jamais eu l'intention de dépenser de l'argent pour prévenir le paludisme, alors qu'il existe sur place d'autres moyens moins onéreux pour se prémunir de la maladie comme les moustiquaires imprégnées d'insecticides ou les spirales. Le choix de la MII obéit à une logique économique, culturelle, sociale et symbolique. Cette tendance est influencée par la gratuité des MII dans les

pays à endémie palustre. Dans le cadre du programme Roll Back Malaria qui appuie les programmes nationaux de lutte contre le paludisme, ont été mis en place des dispositions de mise en place gratuite de moustiquaires pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans avant de s'étendre à la population générale. Cette propension à choisir la MII est révélatrice aussi de leur rapport au médicament.

3.4.2. Le rapport au médicament

Consommer un médicament à visée préventive peut devenir problématique dans un contexte où la consommation de produits médicaux est majoritairement à visée curative. Les résultats de terrain ont révélé que le médicament n'est pas encore totalement intégré comme moyen de prévention contre le paludisme. Les attitudes des voyageurs migrants vis-à-vis du médicament sont très contrastées. Certains voyageurs migrants originaires des pays d'Afrique subsaharienne déclarent être réticents à consommer des médicaments sans être malades. Citons à ce propos un extrait d'entretien d'une Congolaise de 38 ans rencontrée à Santé-Voyage en compagnie de ses deux enfants :

« Je me vois mal prendre des médicaments sans être malade. Aller chez moi, c'est important pour moi et pour ma famille. Donc, je ne peux pas prendre des médicaments tous les jours comme si je suis malade. Ma famille ne comprendra pas si je leur dis que je ne suis pas malade. » (Pascaline, Congolaise, 38 ans, mariée, 2 enfants, Santé-Voyage, en France depuis 8 ans)

La prise de médicaments préventifs particularise l'individu quand il n'y a pas de signes tangibles de maladie. En Afrique, et souvent aussi en Europe, on ne consomme de médicament que quand on est malade. Même en cas de fièvre, l'attentisme³⁰ (Ndoye, 2009) et l'automédication (Ndoye, 2009 ; Fainzang, 2012) constituent la première logique thérapeutique. Ce n'est que lorsque les symptômes persistent ou s'aggravent que l'on cherche une aide extérieure (par exemple se rendre chez un médecin ou un tradithérapeute). Il serait donc, incompréhensible pour la famille non-migrante de voir leurs enfants prendre des médicaments uniquement pour se prémunir du paludisme dans un contexte où le médicament n'est utilisé qu'à des buts curatifs.

³⁰ L'attentisme peut se définir comme l'attitude qui consiste à ne rien faire en cas de douleurs ressenties dans l'espoir qu'elles passeront naturellement vers la guérison. (cf. Ndoye, 2009)

Le médicament est un objet ambivalent, porteur à la fois d'une efficacité biologique et d'une toxicité. Les médicaments recommandés par le Comité des Maladies liées aux Voyages et des maladies d'Importation (CMVI) et usuellement prescrits aux voyageurs par les acteurs de santé ne font pas exception. Les contraintes liées à la prise des médicaments et les effets secondaires en limitent également l'usage.

« La prévention par médicament est difficile à suivre. Il y a des traitements qu'il faut prendre tous les jours à la même heure. Si je ne me trompe pas, il y a un traitement qu'on conseille de prendre pendant le repas. C'est compliqué quand on est au Sénégal où les gens mangent ensemble autour d'un grand bol. Ce n'est pas évident parce qu'il faut trouver une explication sûre à donner à la famille. »
(Aziz, 30 ans, docteur en sociologie, célibataire, Pessac, en France depuis 8 ans)

Les moments de prise de médicaments, de préférence pendant le repas améliorent la tolérance, mais compliquent la prise du traitement prophylactique. Par exemple, pour l'Atovaquone-Proguanil, il est recommandé de le prendre chaque jour à heure fixe et au cours d'un repas ou accompagné d'une boisson lactée. Au Sénégal, la majorité des familles prennent leur repas dans un plat commun. Le voyageur migrant qui arrive ne fera pas exception : il mangera avec toute famille. Ainsi, prendre son traitement devant toute la famille n'est pas forcément chose aisée. La médication de la prévention du paludisme est malvenue ou nécessiterait une demande d'explication que le voyageur migrant n'est pas disposé à fournir.

Prendre des médicaments tous les jours est particulièrement contraignant, surtout lorsqu'on n'est pas malade. Un voyageur impaludé non-migrant à qui j'ai posé la question de savoir pourquoi selon eux les voyageurs migrants préfèrent la MII au médicament me répond en ces termes :

« La plupart des migrants ne prennent pas parce qu'ils n'ont pas envie de s'ennuyer tout simplement. (...) Le Lariam c'est moins cher, mais il y a quand même les effets indésirables qui sont non négligeables. La Doxycycline c'est aussi moins cher et c'est remboursé par la sécurité sociale. C'est aussi une contrainte de devoir prendre des médicaments chaque soir ou chaque jour. Selon moi, c'est surtout le côté pratique du médicament. Par rapport à la prophylaxie, c'est ce que je réfléchis tous les jours. Donc, après, est-ce que quand on voyage souvent, on

doit prendre une prophylaxie à chaque fois qu'on voyage ? Cela dépend aussi des conséquences que ça peut avoir de prendre un médicament. Si on fait un voyage pendant plusieurs mois, tout ce qu'il faut prendre comme comprimés tous les jours. Quelles sont les répercussions aussi sur l'organisme ? Est-ce que je risque quelque chose ? Je ne sais pas. Et je n'arrête pas de me poser cette question. »
(Yolande, 36 ans, française, humanitaire, hospitalisée pour un paludisme grave)

Les traitements prophylactiques considérés comme les moins onéreux sont contraignants à prendre et semblent être ceux qui provoquent beaucoup plus d'effets indésirables. Les voyageurs ne recourent pas à la prévention par médicament pour ces deux raisons.

La question pratique du médicament est aussi un critère décisif, tout comme le prix du traitement. Le Lariam est un médicament jugé pratique du fait d'une seule prise par semaine, contrairement à la Malarone ou au Doxypalu qui nécessitent une prise journalière pendant et après le séjour. Le traitement perçu comme plus pratique est celui qui n'est ni contraignant ni onéreux. Souvent, ceux qui ont des antécédents de voyages dans les pays impaludés choisissent avant la consultation le type de traitement préventif à prendre. Lors de la consultation, l'acteur de santé peut négocier avec le voyageur ou changer le traitement préalablement choisi par le voyageur s'il le juge peu recommandable pour le pays de destination du voyageur.

« Comme il y a différents types de prévention, quand les gens ne savent pas je leur explique : il y a un traitement qu'on prend toutes les semaines, plus pratique quand même. Il y en a un qu'on prend tous les jours, et puis il y a aussi ceux qui coutent moins cher. Mais, celui qui coute moins cher, on dit qu'il ne faut pas s'exposer au soleil. Donc, les Blancs (européens) quand on leur dit de partir en vacances et de ne pas s'exposer au soleil, ils ne sont pas trop pour parce qu'ils partent quand même pour les vacances. Bon ! Les Africains, ça leur arrange parce que nous, on s'expose peu. Donc, ce qui arrive c'est plus l'histoire de prix. Et puis des fois, on discute sur celui qui est plus pratique à prendre. Moi, personnellement, je préfère prendre du Lariam parce que c'est une fois par semaine. » (Corinne, 47 ans, médecin généraliste, 15 ans d'expérience, Bordeaux)

Notre enquête a fait émerger l'enjeu que représente la toxicité de certains antipaludiques et la praticité du traitement dans le recours à la prévention du risque palustre.

Le 12 juin 2015, les effets secondaires des traitements antipaludiques avaient fait la une des réseaux sociaux et de certains médias populaires (Télé Star, Purepeople, Non.stop people)³¹ suite au rapatriement urgent vers l'Europe de l'artiste belge Stromae, Paul Van Haver de son vrai nom, qui était en tournée en Afrique. L'artiste n'avait pas supporté son traitement antipaludique pris à titre préventif. Selon la presse populaire, les examens effectués par l'artiste belge avaient montré qu'il subissait les effets secondaires sérieux d'un traitement antipaludique, ce qui lui a valu un rapatriement pour « une urgence médicale » au cours de sa tournée africaine. Cet incident montre en effet que les traitements antipaludiques peuvent provoquer des effets secondaires dont certains sont préoccupants. Cet artiste belge n'est pas le seul. Dès l'apparition des premiers symptômes, beaucoup de mes enquêtés arrêtent le traitement. C'est le cas de Djibril, Franco-sénégalais de 59 ans. Pour lui, le Lariam est certes le médicament le plus pratique à prendre, mais provoque souvent des effets indésirables. Il a tendance à rendre dépressif et provoque aussi des troubles intestinaux. Face à ces effets secondaires, il se demande si prendre un traitement préventif en vaut vraiment la peine.

« Moi j'ai déjà pris de la Malarone et c'est vraiment désagréable. En tout cas moi je l'ai mal vécu et mes enfants aussi. Mes enfants avaient des diarrhées alors qu'ils ne buvaient pas de l'eau du robinet. Au retour, le médecin m'a dit que c'est à cause du médicament qu'ils prenaient. Le Lariam ça rend dépressif. Parfois on se demande si ça vaut vraiment la peine d'en prendre. (...) Cette année je suis allé deux fois. La première fois j'ai pris un traitement, mais la deuxième fois j'ai décidé de ne rien prendre. » (Djibril, 59 ans, Franco-sénégalais, retraité, hospitalisé pour un paludisme simple, en France depuis 40 ans)

Une autre patiente interrogée, qui avait contracté un paludisme simple, avait décidé d'arrêter le traitement pour prévenir le paludisme au cours de son séjour au Gabon, prescrit par son médecin traitant en 2014, parce que ce traitement lui donnait des hauts le cœur.

« Il y a beaucoup de médicaments qui ont des effets secondaires insupportables. Il y a deux ans de cela, j'ai pris de la Malarone avant de partir. J'ai pris ce

³¹ IRL : <http://www.telestar.fr/article/stromae-quels-sont-les-effets-indesirables-de-son-traitementantipaludique-131638>

traitement pendant trois jours, mais, je ne supportais pas du tout. J'avais envie de vomir toute la journée. Au début je ne comprenais pas ce qu'il se passait. C'est en lisant la notice que j'ai su que mes envies de vomir étaient dues au traitement préventif. Donc, j'ai tout arrêté. J'ai continué à dormir sous une moustiquaire et pour diminuer le risque, je mettais aussi des produits répulsifs. Plus jamais je ne prendrai ce médicament. Ah non ! Je ne sais pas pour les autres, mais pour l'instant je supporte bien le Doxypalu. » (Fifi, 36 ans, Gabonaise, mariée, 1 enfant, aide à domicile, hospitalisée pour un paludisme simple, en France depuis 9 ans)

Ressentir ou supporter des effets indésirables d'un médicament dont le bénéfice n'est pas immédiat peut favoriser un arrêt du traitement voire un non recours à la prévention tout simplement. La crainte des effets secondaires peut aussi entraver le recours à la prévention médicamenteuse et renforcer le problème de l'inobservance. Une étude rétrospective menée auprès de migrants impaludés de retour dans leur pays d'origine pour rendre visite à leur famille et leurs amis à l'hôpital Tenon (Paris) entre 2006 et 2010 avait fait le même constat : sur les 186 migrants impaludés, la chimioprophylaxie était prise régulièrement ou arrêtée trop tôt dans 27 cas. Pour les auteurs, trois fois l'arrêt avait été motivé par une réaction indésirable (Develoux et al., 2012).

On peut également croire que, au fur et à mesure des voyages, le médicament perd sa part de crédibilité au même titre que les MII. Les échecs prophylactiques sont tout aussi un autre facteur important à tenir en compte dans le processus décisionnel.

3.5. Les limites des stratégies préventives

Concernant le *Plasmodium falciparum*, une résistance a été observée avec quasiment tous les antipaludiques utilisés en pratique courante (Chloroquine, Amodiaquine, Quinine, Méfloquine, Halofantrine, Sulfadoxine-Pyriméthanine, Atovaquone, Proguanil) sauf avec l'Artémisinine et ses dérivés à ce jour (WHO, 2006). La résistance varie en fonction du pays de destination pour les échecs prophylactiques, et en fonction de l'origine géographique de la contamination pour les échecs thérapeutiques. L'apparition des résistances de certains antipaludiques au *Plasmodium falciparum* a rendu la lutte contre le paludisme plus difficile. Elle a également conduit au changement de protocole prophylactique dans les pays où le parasite est résistant à la chloroquine, soit la molécule qui était autrefois utilisée comme une

chimioprophylaxie systématique. Désormais, les stratégies privilégient une prévention ciblée à destination des femmes enceintes, des enfants de moins de 5 ans et des voyageurs en zone d'endémicité palustre (Gruénais, Ndoye et Bado, 2006).

Des voyageurs ayant suivi correctement une chimioprophylaxie ont eu des accès palustres : 53 % des personnes ayant importé un paludisme en France métropolitaine ont déclaré avoir pris une chimioprophylaxie antipaludique durant tout leur séjour (CNRP, 2013).

La moitié des voyageurs impaludés rencontrés confirment avoir pris un traitement préventif. Beaucoup l'ont jugé peu sûr et le perçoivent comme inefficace. Cette perception d'inefficacité pousse certains voyageurs migrants à ne plus s'en procurer, comme c'est le cas de Saliou, un Franco-Sénégalais.

« Je suis en France depuis 16 ans. Chaque année, je vais au pays rendre visite à la famille. Avant, je respectais tout ce que les gens me disaient sur la préparation des voyages : vaccins, médicaments pour le paludisme, éviter de boire de l'eau du robinet car ça donne la diarrhée, etc. Mais, je me souviens bien en 2009, je suis tombé malade du paludisme alors que j'avais pris toutes les précautions. Depuis lors, j'ai commencé à douter de l'efficacité du traitement. Si vous demandez les autres qui sont là, ils vous diront certainement la même chose. Je trouve personnellement que ce n'est pas efficace. C'est ce qui fait que j'ai décidé de ne plus en prendre. Je crois que personne n'acceptera d'acheter des médicaments qui n'empêcheront pas la maladie. Avant de gaspiller mon argent, je fais comme au pays : dormir sous des moustiquaires imprégnées. » (Saliou, Franco-sénégalais, 42 ans, père de 3 enfants, auto-entrepreneur dans la restauration, Talence, en France depuis 16 ans)

Ici, c'est l'efficacité des moyens de prévention qui est remise en cause. Dans cette perspective, il n'est pas surprenant d'entendre des propos comme *« À quoi bon prendre un traitement pour tomber ensuite malade ? »*, ou encore *« Seul un vaccin pourrait nous aider à éviter le paludisme. »* De telles pensées laissent entrevoir un sentiment de découragement, de la déception et une certaine impossibilité de prévenir le risque d'impaludation sans vaccin.

L'adoption partielle des mesures de prévention recommandées aux voyageurs à destination des zones à risque palustre ne protège pas entièrement du risque d'importation d'accès palustre dans la mesure où une prévention complète ne garantit pas une protection

totale. L'association bien conduite d'une prophylaxie médicamenteuse avec l'utilisation d'une moustiquaire imprégnée, de produits répulsifs et de l'imprégnation vestimentaire offre seulement une protection de plus de 95 %, donc pas totale comme l'indique une note d'information aux voyageurs de Santé-Voyage.

On retrouve, dans le discours des personnes qui ont participé à cette étude, des propos qui montrent aussi les limites de la MII. Yacine est une infirmière de 36 ans qui travaille en libérale. Je l'ai rencontrée le 19 mai 2016 lors de son hospitalisation au SMIT pour un paludisme simple. Elle est originaire du Congo Brazzaville et réside en France depuis 8 ans. Elle retourne régulièrement rendre visite à son époux qui était lui aussi migrant, mais qui a décidé de retourner travailler au Congo. À chaque voyage, elle se fait prescrire une chimioprophylaxie par un de ces collaborateurs, médecin généraliste, qu'elle suivait à la lettre. Sur place, elle dormait sous une moustiquaire imprégnée. Mais selon Yacine, l'efficacité de ce moyen de prévention reste variable :

« La moustiquaire imprégnée est le principal moyen de prévention dans les pays du Sud. Toutes les familles en disposent d'une ou de plusieurs en fonction de la taille de la maison et du nombre de lits dont elles disposent. (...) Mais, son efficacité est très variable parce qu'il y a des gens qui dorment seuls et qui sont bien protégés, et des gens qui sont à plusieurs sur un même lit et qui sont en contact avec la moustiquaire. Dans ce cas-là, les moustiques peuvent directement piquer la personne à travers les mailles de la moustiquaire. Il y a des moustiquaires qui peuvent être trouées sans pour autant que les propriétaires se rendent compte ou tout simplement ils ont vu les trous, mais ne disposent pas de moyen pour en acheter une autre. Il y a des gens qui utilisent leurs moustiquaires imprégnées depuis des années sans réimprégnation alors qu'il faut la réimprégner au bout d'un certain temps ; je ne sais pas exactement au bout de combien de temps d'utilisation il faut procéder à la réimprégnation. Cette efficacité variable et limitée explique sans doute le nombre de cas de paludisme en Afrique alors que les gens dorment sous des moustiquaires. Personnellement, j'ai suivi les recommandations : je dormais sous une moustiquaire que j'ai trouvée sur place et j'ai pris le traitement préventif prescrit par mon collaborateur. Et pourtant je suis là, couchée pour un accès palustre. » (Yacine,

36 ans, Congolaise, mariée, infirmière, hospitalisée pour un paludisme simple, en France depuis 8 ans)

Les moustiquaires sont fragiles. Elles sont rapidement trouées ou déchirées et les moustiques y pénètrent parfois ou souvent. Par conséquent, les moustiques trouvent facilement accès au dormeur à travers les trous. Aussi, le moustique peut accéder au dormeur si la moustiquaire ne reste pas soigneusement bordée ou si une partie du dormeur entre en contact avec la toile de la moustiquaire. Dans ces situations, la réimprégnation de la moustiquaire est une solution parmi d'autres pour limiter le contact entre le dormeur et l'anophèle femelle. Toutefois, pour cette infirmière, les populations ne réimprègnent pas régulièrement leurs moustiquaires. Frédéric Darriet (2017) montrait en effet que le problème de la réimprégnation des moustiquaires se pose toujours en Afrique en général et dans les villages en particulier. Pour conserver une efficacité optimale, une moustiquaire doit être imprégnée tous les six mois. Cependant, beaucoup de familles ne réimprègnent pas leurs moustiquaires pour des raisons économiques ou parce que l'insecticide pour procéder à la réimprégnation n'est pas disponible.

Pour d'autres voyageurs migrants, la MII ne protège que pendant notre sommeil.

« (...) elles nous protègent que quand on est au lit. Entre le coucher du soleil et l'heure d'aller au lit, on n'est pas protégé contre les piqûres de moustiques. Alors que chez nous, on a l'habitude après le repas du soir de rester au salon ou dehors pour faire du thé avant d'aller au lit. Pendant ce temps, on n'est pas à l'abri des piqûres de moustiques. Des fois, on allume des spirales pour repousser les moustiques, mais bon je ne pense pas que ça aussi soit efficace pour des gens qui vivent dans des zones où il y a beaucoup de moustiques. » (Aziz, 30 ans, docteur en sociologie, célibataire, Pessac, en France depuis 8 ans)

Pour d'autres voyageurs migrants encore, les MII sont tout simplement inefficaces, car tout le monde en Afrique dispose d'une MII, mais malgré tout le paludisme existe toujours. C'est le cas de Djibril.

« Moi personnellement, les MII ça ne sert à rien du tout. Parce que si ça servait à quelque chose, on ne verrait pas de malades. Il y en a partout des MII même en dehors parce qu'avant, moi, quand j'étais petit, quand on prenait de l'air dehors

dans les miradors on n'avait pas de MII, mais maintenant il y en a. Mais, n'empêche, tout le monde a le paludisme. La seule chose qui servira à quelque chose c'est de trouver rapidement un vaccin contre le paludisme et le généraliser comme ça tout le monde sera tranquille, comme on l'a fait pour tout ce qui est maladie infectieuse en Occident. Beaucoup de maladies ont disparu comme ça en Occident. Il y en a beaucoup, on peut même les compter jusqu'à demain. On fait le vaccin depuis qu'on est né et voilà. » (Djibril, 59 ans, Franco-sénégalais, retraité, hospitalisé pour un paludisme simple, en France depuis 40 ans)

Djibril explique cette situation par le fait que la MII est de moins en moins efficace en raison de l'apparition de résistances du moustique aux insecticides.

« Les moustiquaires ne te garantissent pas à 100 %. Avant les gens qui utilisaient les moustiquaires imprégnées ne tombaient pas malades. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle on a recommandé à tout le monde de l'utiliser. Mais maintenant, on a beau dormir dedans, on n'est pas à l'abri du palu. Les gens que tu vois à l'hôpital là, tu crois qu'ils ne dorment pas sous une moustiquaire ? Si, mais c'est juste que c'est de moins en moins efficace. Pour moi l'utilisation massive de la moustiquaire imprégnée d'insecticide a fait que c'est moins efficace. Les moustiques commencent à être résistants à ça. » (Djibril, 59 ans, Franco-sénégalais, retraité, hospitalisé pour un paludisme simple, en France depuis 40 ans)

Plusieurs programmes en matière de promotion et de prévention de la santé comportent des zones d'incertitude, notamment à propos de l'efficacité des interventions (Massé, 2003). La protection partielle qu'apporte la MII n'est pas nouvelle. Jean François Trape (2001) avait déjà constaté vers les années 2000 les limites de la moustiquaire imprégnée. Pour cet auteur, *« à partir du moment où l'intensité de la transmission n'est pas sensiblement diminuée, même une réduction de 80 % du contact homme-vecteur n'est pas en mesure de réduire la morbidité et la mortalité dues au paludisme dans la plupart des contextes épidémiologiques rencontrés en Afrique tropicale. Il est à noter qu'une réduction supérieure à 80 % du contact homme-vecteur par l'usage d'une moustiquaire signifierait, en pratique, pour chacun, l'enfermement sous une moustiquaire dès la tombée de la nuit pendant toute une vie, à l'exception cependant d'une nuit hebdomadaire de liberté... » (Trape, 2001 : 178)*

L'absence de moyens totalement efficaces pour éviter d'avoir un accès palustre renforce la représentation du paludisme comme une maladie inévitable. Cela crée un sentiment de manque de confiance par rapport à la prévention elle-même.

Les croyances en l'efficacité ou non de la prévention du paludisme sont déterminantes dans l'attitude et le comportement du voyageur migrant devant le risque palustre, mais aussi dans la décision d'adhérer ou pas à une stratégie de prévention.

« Je ne fais pas de prévention contre le paludisme. J'ai tellement souffert du paludisme que je ne crois plus à la prévention. » (Jules, Sénégalais, 30 ans, célibataire, Service à la personne, Saige, en France depuis 6 ans)

« Je connais des gens, par exemple mon frère qui est tout le temps victime du paludisme. Pour des gens comme ça, croire à la prévention est mince puisque toutes les nuits ils dorment sous des moustiquaires et tout, mais malgré ça ils tombent tout le temps malade. » (Mariama, 25 ans, congolaise, étudiante en L3 à UIT, Talence, en France depuis 3 ans)

Toute perte de confiance entraîne souvent un renoncement ou un vif sentiment de vulnérabilité. Cette analyse rejoint ce que Hervé Flanquart écrivait à propos de la question de la confiance dans le rapport au risque. Il expliquait que *« la question de la confiance que le public attribue à ceux qui sont chargés de le repérer, de l'analyser et /ou de la gérer est souvent cruciale. C'est sa présence ou son absence qui, comme le montre l'exemple du sida, fait qu'un cercle vertueux de baisse de la vulnérabilité globale peut être ou non enclenché. L'adoption par les individus concernés de comportements plus adéquats face au risque et leur acceptation des contraintes et restrictions de liberté qui leur sont imposées dépendent toutes deux de ce sentiment de confiance. »* (Flanquart, 2016 : 195)

Le fait de tomber régulièrement malade alors qu'ils pratiquaient la prévention pousse certains à ne plus avoir confiance en la prévention, et par conséquent, à ne plus prendre de traitement. Ils sont découragés et déçus parce que leurs efforts en matière de prévention sont vains. Les échecs prophylactiques rendent hésitant et soupçonneux. Par conséquent, ils ne croient plus en leur efficacité et ils participent faiblement aux activités de lutte et augmentent par la même occasion le risque d'importation d'un accès palustre. Face à cela, ils accordent aux mesures de prévention une fonction d'apaisement. Celles-ci seraient un moyen trouvé par

les décideurs de santé publique pour apaiser la crainte des voyageurs face à des éventuels accès palustres.

« Je n'ai jamais cru à l'efficacité de toutes les mesures de prévention véhiculées dans les campagnes de sensibilisation par les acteurs de santé publique. Les recommandations, pour moi, c'est une manière de rassurer les voyageurs pour qu'ils passent de bons séjours sans être inquiétés. » (Doudou, 31 ans, Malien, Master 2 en gestion, Saïge, en France depuis 4 ans)

Ce raisonnement est en contradiction avec les informations médicales proprement dites sur ce sujet, notamment la diminution du nombre de cas de paludisme dans certaines localités du monde grâce à d'importants moyens de prévention.

À propos des autres propositions préventives (port de vêtement long couvrant les bras par exemple), elles sembleraient être difficilement applicables dans certaines zones géographiques aux conditions climatiques difficiles.

« Concernant la prévention, il y a la prévention physique et chimique. Physique c'est des crèmes anti-répulsives, des moustiquaires, éviter de s'exposer le soir avec des habits trop dénudés, avoir des manches longues et si on peut dormir sous un ventilateur ou un climatiseur. Mais là, pour les gens qui vont dans des régions chaudes, par exemple le nord du Mali, ça sera trop dur de l'appliquer, car il fait trop chaud là-bas. Moi je suis originaire de l'Afrique de l'Ouest et je sais que dans ces conditions climatiques, je ne suivrai pas les recommandations. » (Corinne, 47 ans, médecin généraliste, 15 ans d'expérience, Bordeaux)

Se rendant dans des zones où les températures sont très élevées (supérieur ou égales à 40°C), le port des habits longs couvrant les jambes et les bras et de chaussures fermées, peut demeurer problématique.

Conclusion

Plusieurs études en anthropologie sur les recours aux soins (Faye, 2009 ; Ndoye, 2009 ; Depres, 2012 ; Baxerre, Le Hesran, 2004) ont tenté d'expliquer les raisons qui peuvent justifier le recours ou non à ces soins. Chaque étude tente de déterminer, dans un contexte

bien défini, quels sont les déterminants qui peuvent expliquer les comportements face au recours aux soins.

Ce chapitre avait pour objectif d'analyser les connaissances et les perceptions du risque de paludisme en contexte de migration, en partant de l'idée que la migration est un contexte favorable de changements de comportements en matière de prévention. Les résultats montrent qu'en matière de connaissances, de perceptions et de représentations du paludisme, la migration n'est pas un facteur réformateur. Les voyageurs migrants continuent de percevoir le risque palustre comme banal, ordinaire et quotidien, et le paludisme comme une fatalité. Des perceptions qui permettent de comprendre les difficultés que rencontrent les voyageurs migrants à recourir, à se réapproprier le risque palustre et à le gérer sur le plan préventif. Dans le contexte africain, Carine Baxerre et Jean-Yves Le Hesran (2004), qui ont fait une recherche sur le recours aux soins en cas de fièvre chez l'enfant en milieu rural sénégalais, ont montré que la perception que les gens ont du paludisme, suivant une définition minimaliste du paludisme, ne favorise pas un recours immédiat et que seule la perception de la gravité du paludisme incite les parents à s'adresser à un recours. La manière dont le risque est perçu détermine le rapport au risque en question, ainsi que les moyens et les stratégies pour la gestion.

Ce chapitre avait trait également au rapport du migrant au médicament. La plupart des cas de paludisme à *Plasmodium falciparum* chez les voyageurs surviennent à cause d'une mauvaise observance ou de la non-application des schémas chimioprophylactiques, ou encore parce qu'ils ne prennent pas les médicaments voulus. Il est aussi intéressant de noter pour que le médicament soit accepté en préventif, il faut que le patient ou le voyageur en ressente la nécessité, perçoive l'avantage lié à son utilisation à titre préventif et soit convaincu des bienfaits de la prévention. Le non remboursement de la chimioprophylaxie associé aux effets indésirables des médicaments limite également le recours à la prévention.

CHAPITRE 4 : L'expérience du paludisme grave comme événement significatif dans le recours à la prévention du risque palustre

Introduction

L'expérience du malade et l'expérience que le malade fait de sa maladie ont été abordées sous plusieurs approches. Good (1998) l'a abordée sous l'angle du vécu et d'autres à travers les matérialités du corps malade avec, une place centrale accordée aux symptômes et aux ressentis (Jaffré et Olivier de Sardan, 1999). Pour Annick Tijou-Traoré (2010), « *ce qui caractérise en fin de compte la notion d'expérience, c'est qu'elle introduit la perspective du sujet. Un sujet qui vit la maladie non seulement à partir de la réalité objective (la douleur, les contraintes du traitement...) que celle-ci lui impose, mais aussi en fonction de la situation sociale et économique dans laquelle il se trouve au moment même, de son intérêt et de ses objectifs (Vidal, 2004), ainsi que des manières dont il l'interprète* » (Tijou-Traoré, 2010 : 45).

Dans l'étude des perceptions populaires liées au paludisme, l'expérience joue un rôle déterminant. Étant une notion fondamentale, elle peut se définir comme « *une connaissance, un savoir, une compétence —fruits de mises à l'épreuve comparatives — qui puise sa légitimité dans une longue pratique et dans le vécu, qu'il soit personnel ou collectif, direct ou indirect.* » (Ndoye, 2009 : 99)

Je fais l'hypothèse que les expériences du paludisme vécues avant la migration et au cours de la migration peuvent constituer des éléments d'appréciation de la gravité et donc favoriser l'adhésion aux recommandations de prévention. Ainsi, l'appréhension du risque et son évaluation reposent sur les expériences vécues par des individus et partagées au sein d'une communauté. Quels sont les éléments qui participent à la définition de la gravité ici et là-bas ? En quoi les éléments décrits dans les expériences passées (dans le pays d'origine) et présentes (dans le pays d'accueil) peuvent faire évoluer la perception du risque palustre et donc entraîner un recours à la chimioprophylaxie ? Faut-il que la gravité soit perçue ou vécue pour qu'elle induise un recours à la prévention ?

4.1. Les expériences du paludisme

La quasi-totalité des voyageurs migrants interviewés a affirmé avoir eu une ou plusieurs expériences d'accès palustre. Ceux qui n'ont pas expérimenté personnellement le paludisme ont tout de même fait l'expérience du paludisme à partir de celle des membres de leur entourage. Tous s'accordent sur l'idée qu'avoir un accès palustre est une expérience difficile.

4.1.1. L'expérience individuelle et corporelle

L'expérience s'exprime dans le langage des symptômes : le corps chaud, un mal de tête, des vomissements, un manque d'appétit, etc.

« L'expérience du paludisme, c'est l'expérience de la fièvre. Quand on a un paludisme, on a le corps chaud et on a mal à la tête. Ce sont les manifestations principales du paludisme. Il peut arriver qu'on manque d'appétit, qu'on ait des courbatures. Personnellement, mes expériences du paludisme, parce que j'en ai eu plusieurs, c'est surtout la fièvre et des maux de tête. » (Jules, Sénégalais, 30 ans, célibataire, Service à la personne, Saige, en France depuis 6 ans)

L'expérience du paludisme appréhendée à partir du symptôme de la fièvre est une expérience ordinaire (Gruénais, 2003) chez les profanes et les professionnels de la santé.

4.1.2. L'expérience à travers les autres

L'expérience du paludisme peut aussi se faire à partir de son entourage. Le récit de Rama une Franco-tchadienne de 29 ans, rencontrée à Santé-Voyage, est un exemple éclairant. Elle est née en France de parents tchadiens. Elle n'a jamais eu de paludisme de sa vie parce qu'elle partait en Afrique pour la première fois lorsque je l'ai rencontrée. Néanmoins, elle m'a affirmé avoir vécu l'expérience du paludisme par le biais de sa mère qui avait fait un paludisme grave nécessitant une prise en charge en service de réanimation.

« Avoir un paludisme, c'est une expérience trop difficile. Je connais. Ma mère l'a eu au retour de son voyage il y a, on va dire, 8 ans. Elle l'a eu à un stade avancé parce qu'elle a fait trois semaines de réanimation à l'hôpital. Au début, elle se plaignait des maux de tête et de la fatigue. Le moindre effort, elle dit qu'elle est fatiguée alors que ma mère, c'est un pilier. (...) En plus, elle est très tchadienne quoi. Tout ce qui est maladie, elle se dit qu'elle est originaire de l'Afrique et elle y va souvent sans être malade. Cette expérience nous a permis à nous tous de connaître le paludisme parce que, mine de rien, on étaient très impliqués et aussi très inquiets. » (Rama, 29 ans, Franco-Tchadienne, célibataire, éducatrice sportive, Santé-Voyage, en France depuis 29 ans)

De telles expériences peuvent conduire à une prise de conscience sur le caractère dangereux de la maladie et l'importance de la prévention.

4.2. Les temporalités de l'expérience vécue et perçue du paludisme

Le vécu de la maladie est une expérience qui se déroule dans un contexte familial, social et culturel particulier. Le temps joue aussi un rôle important dans la définition de l'expérience de la maladie. Ainsi la prise en compte de la temporalité aide à comprendre le rôle des expériences passées ou présentes, positives ou négatives, graves ou simples, sur le fait de recourir ou pas à la prévention du risque palustre. Pour Marie Hélène Boucand (2014)³², la maladie, quelle qu'elle soit, prend souvent corps dans une temporalité qui est propre à l'expérience du malade, mais cette temporalité est différente de celle du corps médical parce que le temps de la maladie débute avant le diagnostic. À partir de l'exemple des maladies rares, elle distingue 3 temps. Le premier temps est celui du savoir intuitif ou « profane » : c'est la période où les individus constatent des changements inhabituels et des difficultés récurrentes, ils hésitent et sont parfois dans le déni. Le deuxième temps, est celui de l'incertitude qui commence par la consultation chez un professionnel « avec parfois de nombreux examens paracliniques, d'explorations, de tâtonnements, d'avis spécialisés, temps de l'attente interminable et anxieuse des résultats ». Le troisième temps est celui du jugement, le moment du verdict. Dans le cas de maladies aiguës comme le paludisme, cette temporalité peut être applicable du moins partiellement. Les premiers symptômes du paludisme apparaissent 9 à 14 jours après l'infection pour le *Plasmodium Falciparum*. Lorsque les premiers symptômes apparaissent, le voyageur migrant par exemple jugera, en fonction de son savoir expérientiel et de la sévérité des symptômes, de la nécessité de consulter un professionnel. Tidiane Ndoye précisait que « *la variable temporelle est un facteur important dans l'interprétation des signes de la maladie. Autant que les symptômes, les interprétations culturelles évoluent sensiblement avec le temps* » (Ndoye, 2009 :111). Cependant à la différence du processus temporel décrit par Marie Hélène Boucand, l'automédication interromprait ce processus. En faisant de l'automédication, le participant peut « guérir » ou ne pas ressentir le besoin de continuer sa quête de diagnostic puisqu'il a réussi à estomper les signes des désordres. Un autre auteur (Le Coz, 2004) étudie la spécificité de l'expérience du

³² <http://www.espace-ethique.org/ressources/article/la-maladie-une-histoire-toujours-singuli%C3%A8re-une-temporalit%C3%A9-%C3%A0-inventer> Il s'agit de son travail de thèse en philosophie et en éthique qui porte sur « Les représentations des maladies rares génétiques, enjeux individuels et reconnaissance collective ». La méthodologie utilisée repose sur 16 entretiens semi-directifs sur le vécu de la maladie et son approche phénoménologique.

temps dans l'épreuve de la maladie grave en faisant la différence entre le temps vécu du dedans et le temps psychique qui s'éprouve dans la chair d'une subjectivité. Son étude montrait que la maladie pouvait produire des décalages entre le temps subjectif et le temps objectif. Pour lui, la souffrance est démesure.

Dans le cadre du paludisme, il est donc nécessaire de mettre en perspective les différents contextes géographiques et les temporalités dans lesquels se joue l'expérience du paludisme. Celle-ci varie notamment en fonction du moment de vie pendant lequel les participants sont touchés, du lieu où ils ont expérimenté le paludisme, de l'époque, et en fonction de l'histoire médicale de la maladie elle-même. Ce n'est pas pareil d'avoir un paludisme en bas âge que de le contracter en étant adulte, comme ce n'est pas pareil aussi d'avoir un paludisme en Afrique ou en France. Sur ce point, je cherche à montrer que l'expérience et la gestion du paludisme peuvent évoluer dans le temps et se différencier entre pays, notamment en raison de l'organisation des soins, de l'évolution des traitements et surtout des perceptions.

L'hétérogénéité des évolutions du traitement, des lieux d'expérimentation et leurs inscriptions dans plusieurs temporalités courtes ou longues, produit une diversité d'expériences possibles. Une telle diversité ne permet pas de construire des typologies d'expériences que l'on peut appliquer à toutes les maladies. C'est dans cette perspective que j'étudie l'expérience lointaine ou proche à la fois, celle vécue et perçue, par les voyageurs migrants eux-mêmes. Comment en parlent-ils ? Quelles sont les modalités d'évaluation et de perceptions de la maladie au fil du temps ou au gré des expériences ? Pour répondre, il me semble nécessaire de montrer d'abord comment les enquêtés définissent, évaluent et apprécient la gravité du paludisme.

4.2.1. Évaluer, définir et apprécier la gravité du paludisme

Les résultats ont montré l'existence d'une variabilité interprétative de la gravité du paludisme. Les critères de gravité du paludisme tels qu'ils sont définis par la médecine sont différents des critères décrits par les voyageurs migrants et par les voyageurs non-migrants impaludés à travers leurs expériences vécues et perçues.

Le paludisme grave se définit par la mise en évidence par la clinique et les examens de laboratoire du dysfonctionnement organique. Les critères de gravité sont nombreux et l'OMS en a listé plusieurs (OMS, 2000). Toutefois, la pertinence de ces critères de gravité chez les

voyageurs adultes non-immuns est quelques fois remise en question (Nau et al., 2007 ; Bruneel et al., 1999).

Pour les acteurs de santé, un paludisme grave se manifeste par une forte fièvre, accompagnée de troubles de la conscience, d'une faiblesse généralisée, de convulsions et d'un taux élevé de parasitémie dans le sang supérieur à 4 % chez les personnes non-immunes. La présence d'un seul des critères du paludisme grave lors de l'examen clinique initial définit l'accès palustre grave qui doit être traité en réanimation, car il est potentiellement « *mortel* ». La maladie peut laisser « *des séquelles importantes* ». Le paludisme est ainsi craint par les acteurs de santé au vu des dégâts qu'il peut provoquer. Sa dangerosité est mise en avant.

Du point de vue des voyageurs migrants, la gravité du paludisme est définie et interprétée à partir de l'expérience de la « *crise* ». Cette crise est précédée par un ensemble de symptômes vécus : une « *fièvre soutenue ou corps très chaud* », des « *vomissements* », et des « *maux de tête terribles* ». Cette entité nosologique populaire dont le symptôme principal est la convulsion est considérée, dans la grande majorité des cas, comme une affection grave (Baxerres et Le Hesran, 2004). La définition que les voyageurs migrants ont du paludisme grave repose sur un seul critère, la convulsion, en comparaison à l'ensemble des critères énumérés par l'OMS. En effet, en se référant à ces critères, le risque palustre peut être souvent considéré comme non grave, surtout lorsque le paludisme en tant qu'événement est souvent perçu comme « une maladie de petites choses », pour reprendre Carine Baxerres et Jean-Yves Le Hesran, qui ne demande donc pas de réelle prévention.

Le temps, la durée et la fréquence des symptômes sont des éléments importants d'appréciation de la gravité de la maladie. Bintou, cette jeune étudiante rencontrée à son domicile à Saïge, précisait dans ses propos la fréquence de ses accès palustres. Cette récurrence de la pathologie influencerait sur la perception de la gravité du paludisme. Elle racontait de manière un peu espiègle qu'à force d'avoir régulièrement « quelque chose », cela finira par devenir aux yeux de la personne concernée une manifestation bénigne. Elle a eu plusieurs fois des infections palustres et la voilà toujours vivante et en pleine forme.

4.2.2. L'expérience passée du paludisme

L'expérience passée du paludisme chez les voyageurs migrants a généralement eu lieu dans le pays d'origine, notamment en Afrique subsaharienne. L'épreuve du paludisme grave que le voyageur migrant a eue dans le pays d'origine se raconte avec beaucoup de recul.

Ainsi, cette expérience, lorsqu'elle n'est pas en train de se vivre, peut devenir, longtemps après, et sans nostalgie aucune, l'expression d'un « *finalement, c'est le passé, on n'avait pas du tout ce dont on dispose aujourd'hui, mais vous savez on s'en est bien sortis.* » Cependant, ce recul amusé semble survenir quand il y a une certaine reconnaissance de la gravité du paludisme et l'impression de s'être sorti d'une affection grave. Jules, un Sénégalais, retrace avec recul les multiples impaludations et le travail accompli par son entourage devant l'épreuve de la maladie grave. Son histoire est atypique.

4.2.2.1.L'expérience de Jules

Jules est un jeune travailleur immigré sénégalais qui habite en France depuis 6 ans. Il a 30 ans, est célibataire et sans enfants. Au moment de l'enquête, il habitait à Saïge.

Lorsque je lui ai proposé de participer à l'étude, au début Jules trouvait le sujet peu pertinent. Pour lui, le paludisme n'était pas d'actualité en France : c'était une maladie ancienne, elle fait désormais partie de son passée. Mais après plusieurs sollicitations, Jules a fini par accepter et sa perception a changé au fur à mesure qu'on avançait dans l'entretien. Le paludisme, qui faisait partie de son passé, était devenu un sujet qui lui rappelait son enfance et l'épreuve de courage, dit-il, qu'il a mobilisée pour être là. Quand il était petit, Jules tombait malade plusieurs fois dans l'année, parfois même en dehors de la période hivernale. Il ratait fréquemment ses débuts d'années scolaires.

Il faut noter qu'au Sénégal, la transmission du paludisme est étroitement liée au rythme des pluies et s'effectue en général au cours de la saison des pluies et au début de la saison sèche. Cette période reste par excellence la période favorable à la pullulation des moustiques vecteurs du paludisme. En général, les pluies commencent en juin et juillet, plus tôt au sud qu'au nord, et se poursuivent jusqu'en octobre. La période chaude en fin de saison des pluies voit survenir une forte occurrence de paludisme avec un pic en octobre et en novembre, quel que soit le faciès épidémiologique³³ (Diouf et al., 2015 ; République du Sénégal, ministère de la Santé et de l'action sociale, 2015).

³³ On distingue au Sénégal deux principaux faciès épidémiologiques : tropical et sahélien. Le premier faciès est caractérisé par une transmission saisonnière longue qui dure de 4 à 6 mois, couvrant la saison des pluies et le début de la saison sèches, avec un niveau de transmission assez élevé (20 à 100 piqûres infectées / homme / an) et une morbidité palustre élevée, surtout pendant la période de transmission. Le second faciès est caractérisé par

Il a évoqué un de ses accès palustres : en octobre 1998. Jules n'avait que 11 ans³⁴. Dix-neuf ans après, il n'a pas oublié cet événement : « *ça fait longtemps, mais je n'ai rien oublié. D'ailleurs, je ne crois pas que je l'oublierai un jour.* » Cette expérience, Jules compte la raconter à ses petits-enfants. Pendant plusieurs jours en fin d'après-midi, Jules sentait les premiers symptômes d'un accès palustre (fièvre, maux de tête et courbatures), mais il ne disait rien à ses parents : « *Je n'aimais pas l'hôpital. Quand j'ai de la fièvre ou des maux de tête, je me tais et j'attends quelques jours dans l'espoir que ça passe.* » Puis sa mère a enclenché une démarche thérapeutique par peur que la situation ne s'aggrave, puisque cela faisait déjà un bon moment que Jules ne se sentait pas bien.

En premier lieu, sa mère décidait de l'amener chez le tradithérapeute du quartier, réputé pour être le meilleur dans la prise en charge des fièvres chez les enfants. Chez le tradithérapeute, une séance de massage de la tête et du corps était réalisée avec une huile dont Jules ignore le nom et la composition. Après le massage, on lui attachait un foulard sur la tête. C'était très serré, disait Jules, mais ça avait apaisé les maux de tête. Cependant, pour Jules, l'accalmie était de courte durée. Quelques jours après, le mal de tête avait repris sans être accompagné, cette fois-ci, de fièvre ni de courbatures. Il affirma par la suite que les traitements prodigués par les tradithérapeutes ne marchaient jamais et que l'hôpital restait toujours le dernier recours.

Face à la rechute de Jules, sa mère décida cette fois-ci de l'emmener à l'hôpital le plus proche du domicile. Malheureusement, l'hôpital le plus près était bondé. C'était la fin de la période hivernale dans cette localité du Sénégal (Jules habitait à Kaolack). Jules et sa mère ne pouvaient pas attendre. La file d'attente était trop longue. Ils décidèrent alors d'aller dans le deuxième hôpital de la ville qui se trouvait à 8 km de leur lieu d'habitation. Dans cette seconde structure de santé, la chance leur a souri. Ils trouvèrent une vieille connaissance qui les aida à passer devant les autres. Cette connaissance travaillait dans l'hôpital en tant qu'agent d'entretien. Jules et sa mère ont fait prévaloir leur réseau d'interconnaissances pour ne pas patienter. Abdou Salam Fall (2003) révélait déjà comment les patients mobilisaient les liens personnels pour pénétrer les structures de santé et accéder à leurs services.

une transmission saisonnière courte (< 4 mois) et un niveau de transmission faible (0 à 20 piqûres infectées/homme/an) (République du Sénégal, ministère de la santé et de l'action sociale, 2015)

³⁴ Jules se souvient très bien de cette expérience parce que sa famille le lui rappelle constamment.

Jules et sa mère bénéficièrent alors d'une consultation « privilégiée » : les professionnels de santé ont tendance à consacrer beaucoup de temps aux patients qu'ils connaissent ou qui leur sont recommandés. Cette consultation s'est soldée par une prescription d'un traitement pour un accès palustre simple, faite à partir d'un diagnostic présomptif et de quelques signes évoquant le paludisme, notamment le mal de tête. Ainsi, une plaquette de quinine et des injections composaient l'ordonnance. Le traitement était à prendre pendant une semaine. La première injection a été faite sur place et les autres se faisaient chez le pharmacien du quartier. La proximité et l'accessibilité pour les populations urbaines et semi-urbaines font du pharmacien un acteur important et présent au niveau du continuum de soins (Diallo et al., 2017). Le soignant avait ainsi fait le choix d'initier un traitement pour un paludisme simple sans avoir fait au préalable un examen biologique pour déterminer la densité parasitaire.

À leur sortie de la consultation, tous les deux étaient confiants et espéraient que cette fois-ci le traitement prescrit par un professionnel de santé guérirait pour de bon la maladie. Après 5 jours de traitement, en plein milieu de la nuit, Jules eut une « crise » : « vers 3 h du matin, j'ai piqué une crise. »³⁵ Son père le prit sur ses épaules et courut vers le premier l'hôpital où Jules et sa mère s'étaient rendus lors de la première consultation. Sur place, il n'y avait pas de lit disponible pour l'hospitaliser. Il fallait donc trouver un moyen de transport pour l'évacuer à l'hôpital régional. Les ambulanciers n'étaient pas là, les appeler à 3 h du matin et le temps qu'ils arrivent sur place, ça serait déjà trop tard. L'infirmière de garde ce soir-là décida de réanimer Jules sur une table. Jules reçut les premiers soins. Vers 5 h du matin, son père réussit à trouver un taxi qui l'achemina à l'hôpital régional où Jules a reçu les soins et y a été hospitalisé pendant deux semaines jusqu'à sa guérison.

Le même jour, vers 8 h du soir, sa petite sœur a fait aussi sa « crise de paludisme ». Elle a été elle aussi amenée à l'hôpital régional où Jules était soigné. Les deux frère et sœur étaient dans la même chambre. Pendant cette période, toute la famille était présente. Les visites s'enchaînaient. Les membres de la famille leur apportaient très souvent des fruits et des boissons, des produits que Jules et sa sœur ne consommaient qu'occasionnellement.

Toutefois, et malgré la survenue de la « crise », Jules percevait son paludisme comme simple : « Pour moi, je n'ai jamais considéré ça comme grave. Ça arrive souvent chez moi ». Or, du point de vue clinique, la « crise » qui est synonyme de convulsions fait partie des

³⁵ Le reste de l'histoire lui a été expliqué quelques jours après s'être réveillé à l'hôpital régional.

critères de gravité d'un paludisme. Il avoua n'avoir pas pris conscience de la gravité de cet événement même s'il voyait ses parents paniquer. Ces derniers pensaient qu'il allait mourir comme sa grande sœur décédée des suites d'une « *crise de paludisme* » à l'âge de 4 ans. Le fait de s'en sortir était devenu pour lui un triomphe.

Je tenais à préciser que la perception de Jules n'était pas reliée à son âge. Lorsque je lui ai posé la question, il me répondit en ces termes :

« En étant adulte, il m'arrivait d'être interné à l'hôpital pour un traitement de choc. On me donnait des perfusions et je faisais trois à quatre jours dans l'hôpital. Ma dernière crise de palu date de 2006. J'étais à l'université en première année. Mais me voilà toujours en vie et en pleine forme. (...). Pour moi, le fait d'avoir eu plusieurs paludismes quand j'étais petit m'a vraiment aidé après. Maintenant, je peux dire que mon corps est habitué au paludisme. À force de tomber malade, on parvient à s'y habituer. »

La sous-évaluation de la gravité de l'accès palustre est justifiée par la régularité des infections. Pour Jules, révèle l'épreuve même du paludisme dans le passé aiderait le corps à s'adapter à un paludisme futur. Ainsi, dans quelle mesure l'expérience rendrait-elle le corps plus apte à supporter un autre paludisme ? Les multiples accès palustres sont-ils donc un moyen de prévention du paludisme grave ? Avant de répondre à ces interrogations, il me semble nécessaire de traiter d'abord du rôle véritable de la famille dans l'épreuve de la maladie et dans la réduction de la gravité.

4.2.2.2. Lorsque les relais familiaux réduisent la perception de la gravité du paludisme dans le pays d'origine

Le Psychologue social Lionnel Dany (2011) disait qu'il fallait inclure l'individu, c'est-à-dire le malade lui-même, et son entourage dans le processus de mise en sens de la maladie. Il convient dans cette logique de prendre en considération non seulement l'histoire individuelle, mais aussi collective que le voyageur migrant a entretenue avec le paludisme et de penser *in fine* la relation continue de ces « histoires » avec l'inscription et la participation du malade dans un ensemble de rapports sociaux.

La présence des proches pendant la période de l'accès palustre grave aide, d'après beaucoup de migrants interrogés, à surmonter la dimension grave de la crise de paludisme.

Généralement, lors d'une hospitalisation pour un paludisme, qu'il soit simple ou grave, il y a une forte implication de la famille et des amis. Quand un membre de la famille ou un ami est malade, l'entourage joue un rôle important dans le processus de guérison.

« Quand mon frère avait fait une crise et était interné à l'hôpital de Fann près de l'Université de Dakar, il y a la famille, mes frères, mes sœurs, mes cousins, mes neveux qui étaient également inquiets de son état de santé. Ça lui a bien aidé à supporter la maladie et aussi dans la guérison. D'autant plus qu'en Afrique quand un membre de la famille se trouve interné à l'hôpital, c'est comme si c'était toute la famille qui est malade. Et il y a une grande mobilisation pour essayer de le soutenir. Je peux dire que l'expérience de mon frère était une expérience pour toute la famille. Heureusement qu'il s'en est sorti, mais on s'était même posé d'éventuelles questions du point de vue psychologique, psychique... »
(Salif, 26 ans, Sénégalais, étudiant, Saïge, en France depuis 2 ans).

Un autre travailleur immigré d'origine sénégalaise va plus loin en précisant en ces termes :

« Moi j'ai eu une expérience très dure de cette maladie. J'ai été hospitalisé à l'hôpital pendant des jours et j'avoue que si ma famille et mes camarades de classe n'étaient pas à mes côtés pour partager ma souffrance j'allais partir c'est sûr ! (...) À la fin c'est comme si c'était eux qui étaient malades, surtout mes camarades, car ils viennent se coucher auprès de moi tu vois. En tout cas leur implication dans ma maladie avait un impact très positif sur ma santé. À l'école aussi mes camarades me recopiaient les cours que j'avais ratés pendant mon hospitalisation. » (Pape, 31 ans, Sénégalais, agent de sécurité, Talence, en France depuis 5 ans)

Ici, les personnes accompagnantes vivent les situations pénibles qu'éprouve le malade. Ils se comportent comme étant malades, et cela de façon inconsciente. La position des proches et leur fonction spécifique auprès de la personne malade constituent un enjeu déterminant dans le processus de guérison. Le rôle des accompagnants et leur importance dans la prise en charge ont été déjà mis en évidence dans certains travaux (Mebtoul, 2001 ; Mebtoul, Cresson, 2010 ; Joublin, 2010). Ces travaux avaient montré le travail de santé assuré quotidiennement par les membres de la famille à l'hôpital. Pour Geneviève Cresson et Mohamed Mebtoul, *« les proches des parents malades, et plus particulièrement les femmes, déploient des compétences plurielles qui contribuent à construire un espace de production de santé. »*

(Cresson, Mebtoul, 2010 : 11). Au cours de l'hospitalisation, les repas sont préparés à domicile par les femmes, qui assurent ensuite la vaisselle dans une cuisine avoisinant les chambres des malades. Les hommes, quant à eux, s'occupent des médicaments ou des analyses et assurent le transport des proches parents du domicile à l'hôpital, et vice-versa (Mebtoul, 2010). Pour cet auteur, les proches parents du malade hospitalisé ne lui apportent pas uniquement du soutien. Ils sont aussi bien au centre du processus de soins déployés dans l'espace privé et professionnel. Ainsi, la présence des accompagnants des malades, véritables auxiliaires de santé sur lesquels repose une bonne partie de la prise en charge, apparaît nécessaire. Cette analyse rejoint ce qu'Hugues Joublin (2010) appelle la proximologie³⁶. Selon ce dernier, la présence ou l'assistance de l'entourage peut être comprise aujourd'hui comme un acte éthique, une manière d'être affecté par la vulnérabilité d'autrui. C'est pourquoi il considère l'entourage comme un acteur essentiel de l'efficacité des soins et de l'atténuation de la souffrance du corps.

4.2.2.3. Consolidation du corps grâce à l'expérience du paludisme

Survivre après plusieurs expériences palustres, qu'elles soient graves ou simples, aiderait à consolider son corps. L'habitude permettrait d'être résistant face au risque de paludisme et donc, épargnerait toute nouvelle infection. Pour ce faire, les enquêtés s'appuient régulièrement sur leurs apparences morphologiques à partir de certains attributs requis comme être fort, faible, vulnérable ou résistant. Erving Goffman en a parlé dans son œuvre classique publiée en 1973 en précisant que le corps ne relève pas du registre de l'avoir, mais bien de l'être. Coumba, une Franco-Congolaise de 25 ans rencontrée à Santé-Voyage disait que le recours à la prévention du risque palustre dépendait du corps ; un corps qui est physiquement et morphologiquement déterminé et robuste ne peut pas facilement avoir un accès palustre.

« Ça dépend du corps aussi. Les gens qui tombent malades du paludisme, je ne sais pas...peut-être qu'ils ont le corps faible, ce qui fait qu'ils peuvent tomber malades facilement. Mais, les gens qui ont des corps forts et robustes comme du fer (rires), ils ne peuvent pas tomber malades du paludisme facilement. (...) Ceux qui partent chaque année et qui ont le paludisme ou qui ont eu plusieurs fois le paludisme quand ils étaient petits, c'est sûr que ça forge le corps. » (Coumba, 25

36 C'est une nouvelle discipline en sciences sociales qui est à la croisée de la médecine, de la sociologie, de la psychologie et de l'économie. Elle est centrée sur la relation entre la personne malade et ses proches. Elle envisage la présence et le rôle de l'entourage comme des éléments qui déterminent l'environnement du patient dans l'efficacité des soins et de la prise en charge. Elle réunit également les champs du social et du sanitaire.

ans, Franco-Congolaise, célibataire, mère d'un enfant, Santé-voyage, en France depuis 22 ans)

Le rendement symbolique (Detrez, 2002) d'un corps robuste et fort ou faible est important à souligner. Les voyageurs migrants qui se considèrent comme physiquement et morphologiquement forts auront, d'après Coumba, plus de chance de ne pas importer un paludisme par rapport aux voyageurs qui rentrent dans la catégorie des gens qui ont un corps faible. L'image que la plupart de nos interviewés ont de leur corps est constituée de perceptions et de représentations qui leur servent à évaluer celui-ci. En outre, la constitution physique de l'individu qui se caractérise par la force ou la faiblesse participerait également au processus de décision de recourir ou non à la prophylaxie antipaludique.

La corrélation entre constitution physique de l'individu et accès palustre est beaucoup plus explicite dans les propos recueillis auprès d'Ousmane. Au moment de l'entretien, Ousmane justifie de deux manières le fait de n'avoir pas consulté un médecin pour la prévention. D'une part, il déclare que c'est son expérience antérieure du paludisme qui est le fondement de son non-recours à la prévention. D'autre part, la sensation d'être et d'avoir été toujours en bonne santé est aussi mobilisée en tant que justification. Le rapport au corps d'Ousmane se caractérise en effet, selon ses propos, par une « endurance exceptionnelle », une « disposition à lutter contre la résistance des choses ».

En langue wolof, Ousmane disait de manière explicite que : « *sibiru febar xibone leu* » (le paludisme est la maladie des faibles physiquement). Ousmane assumait de ne pas prendre de médicaments préventifs parce qu'il se considère comme fort et robuste. Par sa soi-disant parfaite connaissance de qui il est, exprimée en termes wolof par « *dama xam sama bop* » (je sais qui je suis), il n'hésitait pas à se vanter de sa robustesse et de sa capacité corporelle à faire face à la maladie. Il poursuivait son raisonnement ainsi :

« Je crois, c'est une affaire de "deguer" (robustesse). Je tombe très rarement malade. Moi, je peux te dire que depuis que je suis en France, je ne me rappelle pas quand je suis tombé malade. Peut-être que je me blesse ou quelque chose me blesse, ce genre de choses quoi. Mais tomber malade comme ça seulement, non ! Mon seul remède est que, si je sens que je commence à me sentir malade, ou que quelque chose ne va pas, de la fatigue, un mal de tête ou des courbatures, je vais faire du sport et bien manger. Ce sont ces deux choses, mon remède. Moi j'ai eu

un an de CMU, mais je ne l'ai jamais utilisée. Donc, chacun doit savoir qui il est vraiment, c'est-à-dire connaître son corps. Des fois, quand tu te réveilles, en fonction de ce que tu ressens, normalement tu devrais connaître ça. Moi, si je sens que j'ai le paludisme, je fais du sport et je mange bien. Si ça persiste pendant deux jours, là je vais à l'hôpital. Mais dans la plupart du temps après deux jours de sport et une bonne alimentation, je retrouve ma forme et une bonne santé. (...). Pour la prévention du paludisme, je ne prends pas de médicament, parce que ces genres de maladies ne me concernent pas vu ma physionomie. Et quand je sens que ça ne va pas, je fais du sport et je mange. Moi, je ne suis jamais allé chez le médecin avant d'aller au Sénégal. Mais, cela ne veut pas dire que tout le monde doit faire pareil, parce que ça, c'est moi. Je te donne une petite différence, je crois que ça dépend des personnes ! Moi, quand je vais au Sénégal, je bois l'eau du robinet et ça ne me fait rien du tout. J'ai un cousin qui est à Strasbourg, quand il vient au Sénégal et boit l'eau du robinet, il a la diarrhée. Maintenant pourquoi lui il a la diarrhée, et moi rien ? Donc ça, ça dépend de la personne et personne ne peut l'expliquer. Je me dis que peut-être il y a des gens qui sont costauds et des gens qui sont moins costauds. Pour moi, ça joue aussi. Peut-être qu'aussi je bouge beaucoup, quoi ! Je travaille beaucoup ! J'ai deux boulots : un matin et l'autre travail le soir. En fait, ton corps fonctionne, quoi ! Ton corps est habitué à la fatigue et finalement... je ne sais pas ! Ton corps s'adapte à ton rythme de vie. Chacun a ses propres anticorps. » (Ousmane, 34 ans, Sénégalais, célibataire, agent de sécurité, Talence, en France depuis 9 ans)

L'extrait d'entretien montre également que la réalisation d'activités physiques n'est pas sans incidence sur l'existence du sujet. David Le Breton montrait que le corps est un enjeu symbolique pour des catégories sociales relativement précises. Pour lui, les classes ouvrières valorisent plutôt la force et l'endurance, que la forme, la jeunesse ou encore le bien-être, et elles se distingueraient de ceux « *qui s'écourent trop* » (Le Breton, 1999 : 175). Par « *ceux qui s'écourent trop* », l'auteur fait référence aux couches moyennes. Ces dernières ont tendance à privilégier la « forme » et le bien-être. Elles sont soucieuses de dépenser pour obtenir une vitalité par l'immobilité. En revanche, elles sont attentives à la santé, à la prévention. En effet, « *les activités possibles du corps, celles pour lesquelles le sujet construit la vivacité de sa relation au monde, prend conscience de la qualité de ce qui l'entoure et structure son identité personnelle, tendent à s'atrophier* » (Le Breton, 1990 : 169). À la suite

de cette analyse se situe le point de vue d'Ousmane. Il pense trouver guérison à son mal grâce à l'activité physique. La pratique du sport comme stratégie de prévention du paludisme a été évoquée par Nicole Vernazza-Licht et collaborateurs (2015) dans leur étude réalisée au Cameroun. Pour ces auteurs, la population enquêtée énonçait différentes stratégies de prévention qui consistaient à veiller à rester en bonne santé et à ne pas tomber malade, notamment par la pratique du sport.

Ainsi, la démonstration de la puissance physique en tant que sous-culture du corps (Marche, Pian, 2014) est mobilisée par Coumba et Ousmane pour justifier le non-recours à la prévention. Cependant, la corrélation qu'ils établissent entre la faible constitution physique et la forte probabilité d'avoir un accès palustre, mérite d'être nuancée. Ils ont une image du corps qui correspondrait à l'apparence physique et la représentation mentale de soi dans son contour et sa solidité, alors que les expériences sont incorporées et le corps est modelé par ces expériences. En accord avec Hélène Marche et Anaïk Pian (2014), il est important de ne pas trop rapidement associer, dans les deux cas, le non-recours aux médicaments à un déni de la maladie, mais d'interroger les conflits de normes corporelles qui se déploient dans le rapport à soi et aux autres, ainsi que leur dynamique. De là, on conclut que lire dans le corps de l'autre est un moyen d'entrer en contact avec l'univers culturel dans lequel ce corps est immergé et façonné.

4.2.2.4. Accès palustre comme moyen de réadaptation

Certains voyageurs migrants considèrent le recours à chimioprophylaxie comme inutile, car leurs différents épisodes palustres peuvent leur permettre de développer une forme d'adaptation. Par conséquent, l'expérience de la maladie est perçue comme un moyen de réadaptation. Cette dernière se fait au travers de l'habitude et de l'accommodation (Lehalle et Mellier, 2005). Le récit de Djibril est démonstratif.

Djibril est un français d'origine sénégalaise hospitalisé pour un paludisme simple. Il est âgé de 59 ans et père de huit enfants, dont six garçons et deux filles. Il est actuellement divorcé et il habite seul à Langon où il est propriétaire depuis plus de 20 ans. En France depuis plus de 40 ans, Djibril est un jeune retraité amoureux de ses origines. Lorsque ses enfants étaient encore petits, ils se rendaient en famille au village natal (Saré Bidji) pour se ressourcer, mais aussi pour que ses enfants nés en France connaissent leurs origines, et la culture peule en particulier. Père soucieux de sa progéniture, Djibril prenait la peine de bien

préparer leur voyage en vaccinant ses enfants et en leur procurant une chimioprophylaxie antipaludique ajoutée à l'usage des MII avant de partir. Il affirme acheter « *tout produit qu'on juge important et utile pour éviter tout risque pour les enfants nés et ayant grandi en dehors du village. Quand on partait, j'avais toujours peur pour mes enfants* ». Leur séjour ne dépassait pas trois semaines. Aujourd'hui, ses huit enfants sont devenus majeurs et ne sont plus sous sa responsabilité. Comme tout parent, il leur conseille quand même de faire toujours attention quand ils voyagent et surtout quand ils vont dans des pays pauvres où le risque pour la santé est très élevé.

En décembre 2014, Djibril perdit son père et partit aux obsèques. Au retour, il décida d'anticiper sa retraite pour pouvoir se rendre sans contrainte au Sénégal. Depuis lors, il se rend plusieurs fois par an à Saré Bidji pour tenir compagnie à sa mère qui s'est retrouvée seule après le décès de son époux. En février 2015, Djibril y est retourné pendant trois semaines. Avant de partir, il avait, comme à l'accoutumée dit-il, pris toutes les précautions nécessaires pour prévenir le paludisme et tout autre risque de santé. Il combinait la prise de médicaments antipaludiques avec les moustiquaires imprégnées d'insecticide. Pour lui, il ne pouvait pas se passer de cette dernière mesure de prévention, car toutes les familles au village en utilisaient même en dehors des habitations (les bergers les utilisent notamment dans leurs champs). Son séjour s'est très bien passé et il est rentré sans aucun incident sanitaire.

Le 23 juillet 2015, il est reparti au pays, mais cette fois-ci pour deux mois et demi. Ce séjour était partagé entre la ville (Dakar) et le milieu rural (Saré Bidji). Pour ce voyage, il précise qu'il n'avait pas pris du tout de précautions comme il le faisait lors de ses précédents voyages : il n'avait pas consulté son médecin traitant pour la prévention du paludisme ; il buvait sur place de l'eau du puits traitée avec de l'eau de javel ; il ne dormait pas non plus comme tout le monde sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide. Lorsque je lui ai demandé pourquoi il n'avait pas pris de mesures préventives, Djibril m'a répondu que son séjour était très long. Financièrement, une chimioprophylaxie lui aurait coûté beaucoup d'argent. Il a poursuivi sa justification en évoquant son besoin de réadaptation de son corps au mode de vie locale.

« Ça fait 40 ans que je vis en France. Souvent, je vais au Sénégal pour deux semaines, maximum trois semaines. Mais, depuis que j'ai pris ma retraite anticipée, par exemple pour ce dernier voyage, j'ai fait deux mois et demi. Pendant tout mon séjour, je me suis rebellé. Je ne buvais pas d'eau d'Évian et je

n'avais pas pris de traitement préventif. (...) Tout le monde dormait sous une MII, mais moi, je n'ai jamais dormi sous une moustiquaire. Parce que ça m'était venu dans la tête, je me suis dit quand même : "il faut que je m'habitue parce que je ne peux pas rester en France éternellement". J'ai des enfants ici, j'ai des petits-enfants, c'est vrai, mais j'aimerais passer beaucoup plus de temps là-bas. Pour cela, il est important de laisser son corps s'habituer aux conditions de vie locales. »

Dès lors, il n'a pas hésité à prendre le risque de voyager sans traitement préventif contre le paludisme ni contre tout autre problème de santé. Pour lui, ne pas se prémunir contre le paludisme semble être un moyen de réadaptation. En choisissant délibérément de se « rebeller » contre les recommandations sanitaires visant à limiter la survenue de problèmes de santé, Djibril espère alors réadapter son corps aux conditions de vie locales qu'il juge trop éloignées de celles de la France. Un jour, il va devoir rentrer définitivement. Ainsi, le retour temporaire sert à se réhabituer petit à petit à l'environnement dans lequel il compte finir ses jours et qu'il a quitté pendant si longtemps. Ainsi, Djibril a délibérément pris ce risque pour un but bien précis : réadapter son corps au mode de vie local. Sur la prise de risque volontaire, David Le Breton (2000) a proposé une réflexion pertinente dans son ouvrage « *Passions du risque* », en montrant comment, dans certaines situations, le risque est délibérément choisi pour redéfinir notre existence, pour se mesurer à une situation inédite, pour éprouver ses capacités personnelles ou encore pour rehausser l'estime de soi. Un autre auteur (Flanquart, 2016) a aussi apporté sa contribution sur ce sujet en montrant que parfois les individus recherchent volontairement des risques pour transformer le subi en choisi. Ainsi, le choix de Djibril de vivre comme les autres personnes restées sur place peut lui permettre d'échapper au risque de « toubabisation » (chapitre 2) d'une part, et d'autre part, cela peut l'habituer à vivre comme les villageois et ainsi réussir son retour définitif. Néanmoins, Djibril a malheureusement importé un paludisme en choisissant volontairement de ne prendre aucune mesure préventive visant à réduire le risque palustre.

Paradoxalement, Djibril s'était procuré tout de même en France des médicaments comme du Doliprane, de l'Efferalgan, de l'Innovair (il est asthmatique) en réserve. Ces produits sont destinés à se soigner si un problème de santé survenait au cours du séjour. D'ailleurs, ils lui ont bien servi lors de l'apparition des premiers symptômes. Le choix

d'acheter en France ses propres médicaments s'explique par un manque de confiance³⁷ envers les médicaments vendus sur place. Par ailleurs, il suspecte les médicaments vendus sur place d'être des produits contrefaits.

Cette suspicion a semblé se confirmer par son allergie aux médicaments achetés et consommés sur place pour traiter son accès palustre. Le traitement pris initialement au Sénégal avant de rentrer en France lui avait été prescrit par un professeur confirmé de la faculté de médecine de l'université Cheikh Anta Diop de Dakar. Ce dernier travaillait au Centre Hospitalier National Aristide le Dantec de Dakar. Pour confirmer ses doutes, il posa ainsi la question à un autre professionnel de santé à Kolda qui lui répondit :

« Écoute monsieur Djibril, ici, pratiquement, on a des médicaments de contrefaçon dans les pharmacies d'officines et dans les pharmacies des hôpitaux. Il y a des pharmacies où on te pose la question si tu veux la boîte de 500 francs CFA (0,76 euro) ou la boîte de 1000 francs CFA (1,50 euro) ou la boîte de 10 000 (15,20 euros) pour un même médicament. »

Le rôle ou l'implication des pharmaciens ou des pharmacies dans la circulation de produits médicaux falsifiés est ici pointé du doigt. Dans un contexte marqué de conditions économiques défavorables, les avantages liés au prix des médicaments sont des déterminants majeurs de l'achat. Depuis qu'il a entendu ça, Djibril a décidé de ne plus consommer les produits médicaux locaux. Par ailleurs, il n'hésiterait pas à conseiller aux autres voyageurs migrants qui vivent dans les pays occidentaux et qui doivent retourner temporairement dans leur pays d'origine de ne pas consommer les médicaments vendus sur place.

Il apparaît que le goût du risque semble constituer un facteur fondamental qui commande l'évaluation et la gestion du risque. La soif de repousser les limites du possible peut inciter à ne pas se prémunir contre le risque d'impaludation. D'autres participants ne prennent pas de traitement préventif parce qu'ils se sentent tout simplement invulnérables au risque de paludisme.

³⁷ L'absence de confiance se nourrit par une certaine suspicion de l'existence, dans le marché pharmaceutique (même dans les pharmacies officinales), de médicaments contrefaits. Pour reprendre Bardereau (2006), un médicament contrefait est un médicament qui a été délibérément et frauduleusement étiqueté de façon erronée quant à son identité et/ou sa source.

4.2.2.5. Le sentiment d'invulnérabilité

Le sentiment d'invulnérabilité repose ici sur la croyance d'être à l'abri du risque. D'après Gustave Nicolas Fischer (2008), le sentiment d'invulnérabilité se traduit de plusieurs façons. Il commence par l'ignorance, la reconnaissance ou l'insensibilité de nos contingences radicales. Dans ce cas, l'individu croit qu'il est à l'abri des dangers et des malheurs avec le sentiment qu'il contrôle les événements et a la capacité de faire face lorsqu'un événement malheureux lui arrivera. En outre, il peut croire qu'il a en sa possession tous les mécanismes défensifs nécessaires contre les aléas de l'imprévisibilité.

Des tendances communes à se considérer comme mieux protégé que les autres et moins enclin à se trouver un jour victime d'un accès palustre grave sont observées chez certains enquêtés. Le sociologue Peretti-Watel (2000 et 2001) avait déjà mis à jour cette tendance en la qualifiant de biais d'optimisme, qu'il définit comme étant le décalage entre le risque tel qu'il est estimé pour la société, pour soi et pour ses proches. Pour Peretti-Watel, si un individu se sent personnellement moins menacé par les risques que les autres, c'est que ce même individu surestime, au moins partiellement, sa propre capacité à les maîtriser. Logiquement, plus il pense importantes ses capacités d'action pour éviter la survenue du risque, plus important est son biais d'optimisme.

Astou, cette Franco-Camerounaise de 36 ans hospitalisée au SMIT pour un paludisme simple, a livré un discours allant dans ce sens. Elle pensait, en tant que personne originaire d'Afrique, être préservée du paludisme et invulnérable, car ce n'était pas la première fois qu'elle se rendait au Cameroun :

« Oui, j'avoue tout à fait, j'avais un sentiment d'invulnérabilité face au paludisme comme d'ailleurs tous les Africains qui sont là. Je ne dirais pas tous, mais une grande partie. Je pensais que j'étais invulnérable au paludisme parce que quand même depuis que je suis en France, je suis déjà retournée plusieurs fois en fait. Donc, tous les deux ans, je retourne au Cameroun et je n'avais jamais eu de crise de paludisme. Il n'y a que cette fois-ci que j'étais sujet alors que je suis retournée l'année dernière en fait. Et même j'étais au village, mais malheureusement pour des circonstances atténuantes, le décès de mon père. Je ne suis restée qu'au village, mais je n'ai pas eu de paludisme en fait. Lors de tous mes voyages, je n'ai jamais pris de prévention ni me suis faite vacciner contre la fièvre jaune et je n'ai jamais eu de crise de paludisme au retour. Cette fois-là, je suis partie en famille,

avec mes enfants et leur père. On a pris toutes les mesures de précaution. En plus, il n'y avait pas de moustiques parce qu'on habitait sur la colline du Cameroun en fait. »

La seule fois où elle a suivi toutes les recommandations sanitaires, elle revient avec « une crise de paludisme ». Sa réflexion sous-entendrait que le traitement préventif pour éviter le risque d'importer un paludisme l'a rendue plus vulnérable. Autrement dit, la chimioprophylaxie a rendu son corps plus faible et donc plus enclin à tomber malade parce qu'elle n'était pas en contact avec les moustiques.

Cet extrait révèle également un autre cas particulier de biais d'optimisme : la territorialisation du risque palustre. Le risque d'infection est territorialisé puisqu'Astou accorde une place importante dans son discours à la géographie du lieu de séjour. Elle affirmait séjourner sur la colline du Cameroun où normalement il ne devait pas y avoir de risque de se faire piquer par la femelle de l'anophèle. Ce dont Astou cherche à se convaincre, c'est que la colline où elle avait séjourné pour ses vacances présente certes des risques, mais bien moindres que d'autres endroits. Or, d'après l'OMS (2010), même si le risque de paludisme est habituellement moindre aux altitudes supérieures à 1500 m, dans des conditions climatiques favorables, la transmission peut se faire jusqu'à près de 3000 m. Tout ceci montre à quel point la géographie du lieu de séjour est un facteur toujours important d'exposition au risque palustre (chapitre 1).

4.2.2.6. Une « impression africaine » d'une immunisation contre le paludisme

L'immunité par la tolérance au parasite qu'elle confère a fait l'objet de plusieurs études (Desenclos, Lecollinet, 2009 ; Langhore et al., 2008 ; Artavanis-Tsakonas et al., 2003 ; Pistone et al., 2014). Cette littérature s'accorde pour montrer qu'avec une exposition régulière, l'individu développe une petite immunité contre le paludisme, mais celle-ci n'est jamais complète. La protection ainsi acquise coexiste avec la présence d'une parasitémie faible, ce qui peut permettre en théorie un maintien de la transmission. Elle s'exprime différemment selon qu'on est dans une zone où le paludisme sévit toute l'année ou dans une région où il est saisonnier. Dans une zone où le paludisme sévit toute l'année, l'hôte devient semi-immun (Desenclos, Lecollinet, 2009) et est alors à l'abri de formes graves ; même s'il n'est pas exempté des autres formes cliniques de paludisme. L'acquisition de l'immunité n'est pas définitive. Elle peut disparaître si l'hôte n'est pas en contact avec le parasite au bout d'un ou deux ans. Le nombre d'années exact de la perte de l'immunité n'est pas précisé dans la

littérature. On sait qu'« *elle n'est que relativement efficace et qu'au bout de plusieurs années et disparaît en quelques mois si l'hôte n'est plus infecté.* » (Desenclos, Lecollinet, 2009 : 554)

Étant originaires d'un pays impaludé, beaucoup de voyageurs migrants croient être immunisés totalement contre le paludisme. Avant leur hospitalisation pour un accès palustre, la quasi-totalité des patients originaires d'un pays d'Afrique subsaharienne hospitalisés pour un paludisme au SMIT y croyait. D'ailleurs selon un des médecins qui s'occupent de la prise en charge des patients impaludés, c'est la principale raison que les malades lui avancent. En outre, les voyageurs migrants pensent qu'ils ont un risque nettement réduit d'avoir un accès palustre.

« Moi je pense que le véritable problème de la prévention chez les migrants, c'est que beaucoup de ces migrants d'origine africaine, peut-être encore plus ceux qui sont nés là-bas et ont vécu une partie de leur enfance là-bas, ils ont vraiment l'impression d'avoir un risque qui est nettement réduit de tomber malade du paludisme. Ils se croient protégés en fait. » (Georges, 32 ans, spécialiste des maladies infectieuses et tropicales, CHU de Bordeaux)

Cette conception de l'immunité chez les voyageurs originaires des pays d'endémie palustre est certes différente de la réalité biologique, mais pas totalement erronée. Sur le terrain, j'ai constaté qu'en termes de gravité, les voyageurs migrants impaludés sont moins nombreux à présenter des formes graves. Tous les voyageurs migrants hospitalisés que j'ai rencontrés avaient des accès palustres simples. Pour Apha, un autre acteur de santé spécialiste des maladies infectieuses et tropicales, effectivement, les voyageurs qui ont grandi et ont vécu une bonne partie de leur vie en Afrique ont rarement un paludisme grave qui demande une hospitalisation en réanimation.

« Je pense qu'il y a un inconscient collectif qui tourne autour du fait qu'on a grandi sur place, donc on est immunisé contre le paludisme. Ce qui n'est pas totalement faux. Si on grandit dans une zone à forte transmission palustre, on va très rarement en réanimation. Mais par contre ça contredit les données des pathologies d'importation qui indiquent que les $\frac{3}{4}$ des cas de paludisme contractés en importation en France sont subis par les migrants qui retournent justement au pays ; et là justement la situation de la prévention fait défaut. Mais si on regarde dans le groupe des $\frac{3}{4}$, il n'y a quasiment aucun qui expérimente le

paludisme grave de réanimation. La plupart du temps il va se solder par une hospitalisation classique ou une prise en charge à domicile. Mais c'est déjà ça. Une hospitalisation en médecine, c'est déjà trop du point de vue médical. Donc, il faut faire entendre aux gens. (...) Les faits sont têtus. Les ¾ sont issus des populations migrantes, mais effectivement le palu est souvent moins grave. Donc dans la perception, il y a peu de migrants qui sont récupérés au fond d'un lit entre la vie et la mort. Par contre, ils sont souvent hospitalisés.» (Alpha, 42 ans, spécialiste des maladies infectieuses et tropicales, CHU de Bordeaux)

Bien que les voyageurs migrants présentent moins de formes graves de paludisme d'après Alpha, les données épidémiologiques nationales démontrent une augmentation paradoxale de la proportion de patients impaludés d'origine subsaharienne vivant en France.

Dans la littérature, la réalité sur cette impression d'une immunisation contre le paludisme chez des sujets qui ont vécu en zone d'endémie est diversement appréciée. Des études sur le paludisme importé à France (Pistone et al., 2014 ; Bouchaud et al., 2005) et en Europe (Jelinek et al., 2002 ; Matteelli et al., 1999) ont montré que la semi-immunité au paludisme peut persister chez les migrants VFR, d'autant plus que ce groupe est moins susceptible d'utiliser une chimioprophylaxie que les voyageurs d'origine européenne. Par conséquent, les accès palustres sont généralement moins graves lorsqu'ils surviennent chez cette catégorie de voyageurs (Jelinek et al., 2002 ; Legros, Danis, 1998 ; Matteelli et al., 1999 ; Serigne et al., 2011 ; Schlagenhauf, Steffen, Loutan, 2003). On notera, dans ce même ordre d'idée, l'analyse que fait Thierry Pistone avec d'autres auteurs (2014) à propos de cette impression d'une immunisation contre le paludisme chez les sujets originaires d'Afrique conçue comme une réalité dans le contexte bordelais. Leur étude a montré, entre 2000 et 2007, une sévérité plus modérée du paludisme à *Plasmodium falciparum* chez les migrants VFR que chez les voyageurs d'origine européenne. Ainsi, pour ces auteurs, les migrants VFR possèdent donc une semi-immunité à « long terme » du paludisme, qui devrait persister pendant une période de 12 mois après le départ d'une zone endémique.

Toutefois, une autre étude réalisée à Paris (Hôpital Tenon) auprès de migrants VFR avait montré une modification de la répartition des différentes formes cliniques auprès de cette population (Develoux et al., 2012). Les auteurs avaient observé un pourcentage de formes graves à *Plasmodium falciparum* non négligeable (13,2%). Ce changement a été retrouvé dans d'autres pays européens comme au Royaume-Uni (Jennings, De Souza, Todd,

2006). Les accès graves diagnostiqués de 2000 à 2002 au Royaume uni étaient bien plus observés chez les sujets ayant vécu en zone d'endémie, que chez les sujets naïfs vis-à-vis de l'infection à *Plasmodium falciparum*.

La conclusion qui émerge de cette littérature est que le dogme voulant que les sujets ayant vécu en zone d'endémie palustre présentent moins volontiers de formes sévères ne fait pas l'unanimité, et que l'immunité contre l'infection par le paludisme est relativement lente à se développer et est incomplète. Ainsi, personne n'est à l'abri du paludisme même, avec l'acquisition d'une prémunition.

4.2.3. Expérience du paludisme en France

L'accès palustre en France est différemment interprété. Le paludisme simple importé devient aussitôt une expérience « *trop difficile* », « *très dure* » et « *très fatigante* ». Les critères évoqués pour qualifier un épisode palustre grave sont : la fatigue, les vomissements, la perte de poids, et surtout l'hospitalisation au SMIT.

4.2.3.1. « Je n'imaginai pas avoir un paludisme en France »

« J'ai eu plusieurs fois le paludisme au Gabon, mais comme chez nous c'est quelque chose qui est fréquent, on ne le considérait pas trop comme grave. Il suffit d'aller à l'hôpital, on te fait des piqûres et tu rentres chez toi. Avec le nombre de personnes qu'on rencontre à l'hôpital qui ont aussi le paludisme, on ne peut penser que c'est grave. Mais, je n'ai jamais imaginé que ça pouvait m'arriver en France. Les premiers jours, j'étais très fatigué. J'avais le corps chaud, des courbatures et une perte du goût. Je ne pouvais pas manger. Lorsque je me suis forcée pour manger quelque chose et boire un peu d'eau, automatiquement je les régurgitais. Mais, comme je ne pensais pas faire un paludisme en France, j'ai laissé traîner un peu les choses. » (Fifi, 38 ans, gabonaise, mariée, 1 enfant, aide à domicile, en France depuis 9 ans, hospitalisée pour un paludisme simple)

« Donc en fait le paludisme, donc déjà je suis originaire du Cameroun. Quand je suis arrivée en France, j'avais 16 ans. Je pense que dans ma petite enfance j'ai déjà dû avoir une crise de paludisme certainement. Parce que je suis née au Cameroun. Au fait là récemment j'étais en vacances. Je suis partie du 9 mai au 25 mai en famille. On était un groupe de 15 avec mes trois enfants et mon mari. Il

n'y a que moi au retour qui a eu cette crise de paludisme. Je ne pensais pas que cela m'arriverait puisque j'ai pris toutes les précautions comme je te l'ai dit. » (Astou, 36 ans, Franco-Camerounaise, mère de 3 enfants, aide-soignante, en France depuis 20 ans, paludisme simple)

Faire un accès palustre en France était inimaginable pour Fifi et Astou. Elles ont été surprises d'avoir un paludisme hors de l'Afrique où le paludisme constitue un véritable problème de santé publique. Cela explique un recours tardif à la consultation, en favorisant au passage l'automédication.

4.2.3.2. « Quand j'ai été hospitalisée pour le paludisme, je me suis dit : "c'est grave" »

« Avant d'être admise ici, je me sentais faible. (...). Quand j'ai été hospitalisée à cause de ça, c'est là où je me suis dit : " Tiens ! C'est vraiment grave quand même un palu". C'est une maladie dangereuse. En deux ou trois jours, j'ai perdu du poids comme si je l'avais eu toute ma vie. (...) C'est ce qui fait que c'est une maladie grave. Même le sida n'est pas comme ça, parce qu'il y a des gens qui ont le sida et qui sont bien portants physiquement. Si tu les croises, tu ne sauras jamais qu'ils sont malades. Le fait de vomir et de ne pas pouvoir manger rend le corps faible. Moi, avant de tomber malade du paludisme en France, je le minimisais. Heureusement qu'avec le traitement ça ne dure pas trop longtemps. Le docteur a dit que si tout va bien, je pourrais rentrer à la maison en fin d'après-midi. » (Fifi, 38 ans, Gabonaise, mariée, 1 enfant, aide à domicile, en France depuis 9 ans, hospitalisée pour un paludisme simple)

La prise de conscience de la gravité et de la dangerosité de la maladie semble ici n'être intervenue qu'en contexte migratoire. Ainsi, la banalisation de la maladie est relativisée.

Cette prise de conscience tardive de la gravité du paludisme a été constatée chez les membres du personnel de santé qui travaillent dans les services spécialisés en maladies tropicales. Une cadre de santé du service des maladies infectieuses et tropicales du CHU de Bordeaux me disait lors d'une rencontre qu'elle commençait à « *prendre conscience du risque de paludisme grave, car elle ne savait pas que le paludisme pouvait avoir des formes aussi graves.* » Cette perception montre qu'il faut se confronter à un paludisme grave pour en prendre conscience. L'hospitalisation en elle-même contribue également à l'évolution de la

perception entre l'accès palustre expérimenté dans le pays d'origine et celui expérimenté dans le pays d'accueil.

4.2.3.3. Rapport à l'hôpital et représentation de l'hospitalisation

L'hôpital est considéré, dans les études anthropologiques portant sur les itinéraires thérapeutiques, comme une étape dans le processus de la quête de guérison (Benoist, 1996 ; Gruénais, 1990 ; Ebang Ondo, 2012 ; Sainsaulieu, 2010 ; Fainzang, 1985 ; Ndoye, 2009). Dans les pays africains, ces études ont montré également la complexité des itinéraires thérapeutiques. Cette complexité est marquée par la diversité des recours et elle retarde, pour beaucoup de malades, la consultation à l'hôpital (Ndoye, 2009). Avant de consulter un professionnel de santé, le malade peut pratiquer l'attentisme avant d'explorer toutes les voies de recours à sa portée (automédication, tradithérapeute, etc.). Le cas de Jules est un parfait exemple qui illustre bien cette analyse. Mais, pour Tidiane Ndoye (2009 : 127), « *L'ensemble de ces recours envisagés ou effectivement choisis doit être compris comme la construction sociale d'une réponse thérapeutique adaptée face à l'interprétation de la maladie.* »

Dans le contexte français, les affections simples sont généralement prises en charge par les médecins généralistes. Ce n'est que lorsque la maladie demande une expertise de spécialiste que le patient est transféré vers le spécialiste concerné. Pour les participants à cette enquête, le fait que leur épisode palustre soit pris en charge à l'hôpital et non en médecine de ville, lui confère un caractère important car, pour eux, ce sont les problèmes sérieux qui sont généralement pris en charge à l'hôpital.

« *Quand on m'a transférée ici, j'ai tout de suite pensé que c'est grave sinon j'allais être soignée par mon médecin généraliste.* » (Fifi, 38 ans, Gabonaise, mariée, 1 enfant, aide à domicile, en France depuis 9 ans, hospitalisée pour un paludisme simple)

Pendant leur hospitalisation, leur famille n'est généralement pas présente pour les soutenir. L'absence de relais familial modifierait le rapport que le malade entretient avec l'hôpital et la représentation même de l'hospitalisation. En effet, les patients migrants déclarent se sentir parfois seuls au cours de leur hospitalisation, mais sont bien pris en charge. La suite de l'entretien avec Djibril est un exemple. Les symptômes, fièvre et maux de tête, ont débuté au Sénégal (à Dakar précisément) plusieurs semaines avant la date de son retour pour la France. Il est allé consulter une de ces connaissances, professeur des universités, qui lui

avait prescrit un traitement contre le paludisme : « *Il m'a prescrit six cachets, trois cachets à prendre le jour même et les trois autres dans une semaine* ». Cependant, Djibril n'avait pas réussi à estomper les symptômes avec le traitement. Quelques jours après, il retournait au village et la situation s'est aggravée : « *j'étais tellement mal et je sentais que j'étais en train de me déshydrater* ». Il décida alors de faire appel cette fois-ci à un infirmier du village qui lui avait posé des perfusions à domicile pendant une semaine. Lorsque nous lui avons demandé pourquoi il n'était pas allé directement à l'hôpital, il nous répondit en ces termes :

« En voyant ce qui se passe dans les hôpitaux, je ne pouvais pas être hospitalisé là-bas parce que moi, ce que j'ai toujours connu pendant 40 ans, c'est que quand on va à l'hôpital, tu es bien accueilli, tu te sens vraiment bien, on s'occupe de toi. Tout le monde est aux petits soins, les médecins, les infirmiers, les internes et même les femmes de ménage. Or quand tu vas dans les hôpitaux en Afrique (...), les médecins t'agressent carrément surtout quand tu viens du milieu rural. Moi, j'ai subi ça indirectement parce qu'un neveu à moi est tombé malade, je l'ai amené à l'hôpital de Kolda. Sur place, il n'y avait personne pour s'occuper de lui. Le médecin, son bureau était à côté. Je suis allé le voir, j'ai essayé de lui serrer la main, il n'a même pas voulu me donner la main. Il me demande : " Vous voulez quoi ? " Je lui ai répondu que je voulais juste savoir qui s'occupe des patients et que je veux savoir ce qu'a mon neveu. Il me dit : " Je n'ai pas à vous dire ce qu'il a votre neveu". Je lui ai dit : " ah bon d'accord". (...) À la différence, ici, par exemple pour ma prise en charge, c'est impeccable, je n'ai rien à dire. Tes collègues s'occupent bien de moi. Chaque jour il y a une infirmière qui vient me donner mon traitement. La seule chose que je déplore, c'est que je me sens un peu seul. Je suis divorcé et mes enfants ont grandi, ils ont leur vie. D'autres habitent loin de Bordeaux. Personne n'est venu me rendre visite à par toi (rires). » (Djibril, 59 ans, Franco-sénégalais, retraité, hospitalisé pour un paludisme simple, en France depuis 40 ans)

Le sentiment de solitude se trouve comblé par la satisfaction à l'égard du corps médical : les médecins ici sont à l'écoute. Si c'est en Afrique, on ne les regarde même pas.

4.3. Des comportements ambivalents

Les différentes expériences personnelles du paludisme dans le pays d'accueil peuvent modifier l'appréhension du risque et favoriser éventuellement le recours à la chimioprophylaxie ; ou elles peuvent au contraire contribuer à maintenir sa banalisation, et donc, à limiter la prévention. En effet, comme l'a souligné Gruénais (2003), c'est sans doute l'expérience qui rend la prévention d'endémie palustre très complexe.

4.3.1. L'expérience comme moteur de changement de comportements préventifs

L'expérience du paludisme contribue au changement de comportements préventifs pour ceux qui ont expérimenté le paludisme pour la première fois et/ou en cours de migration. Pour l'anthropologie du changement social et du développement, c'est dans des représentations « émiques », des « modes de vie et de pensée indigènes et locaux » et des « façons de penser autochtones » qu'il faut puiser pour comprendre comment les processus de changement sont pensés et vécus par les acteurs concernés (Olivier de Sardan, 1995). L'influence de l'expérience du paludisme dans le pays d'accueil s'est révélée décisive : elle a favorisé une modification de perceptions par le biais d'une prise de conscience de la gravité du paludisme et de l'importance de la prévention. L'analyse faite par Didier Fassin et Patrice Bourdelais (2005) du phénomène des changements de valeurs et des sensibilités permet aussi de mieux comprendre la transformation du rapport au risque de paludisme. Selon eux, ces changements induisent le passage d'une frontière à une autre, d'une perception à une autre, d'un état d'esprit à un autre. Ils expliquent les changements de valeurs par deux approches. La première s'attache aux signes et aux symptômes corporels. Dans celle-ci, la perception de la douleur de la maladie se modifie dans le développement de la moindre tolérance. La deuxième approche consiste à éprouver le rapport à soi et à l'autre. Ici, l'individu reconnaît ses propres affects, auxquels il accorde une légitimité, il découvre la souffrance d'autrui, qui peut s'exprimer dans le monde de la compensation.

4.3.1.1. « Avec mon expérience ici, j'ai plus peur du paludisme et j'accepterai n'importe quel moyen de prévention »

Aziz est un jeune docteur sénégalais à la recherche d'un emploi. Il a 30 ans et il est en France depuis 8 ans. Avant, il n'achetait pas autant de médicaments préventifs et détestait aussi utiliser la MII. En 2009, il a eu un accès palustre au retour du Sénégal. Depuis cette expérience, sa représentation du paludisme a changé. Lui, qui voyait le paludisme comme une

maladie bénigne, a désormais une vision différente et fait plus attention à la prévention. Cette discussion le montre bien :

Aziz : « Le paludisme, je ne sais pas, parce que maintenant, avec le fait d'avoir eu le paludisme en France, j'ai deux définitions de la maladie. Avant, quand j'étais au Sénégal, je trouvais ça comme une maladie banale comme le rhume. (...) Mais après, quand je suis venu en France, avec le recul et mon expérience de 2009, j'ai eu une autre définition du paludisme. C'est une maladie grave vu les expériences que j'ai eues et que mes frères ont eues. Je pense qu'on pouvait y rester quand même. Si je décide d'aller en vacances cet été par exemple je vais prendre... je compte aller voir un médecin qui va me prescrire des vaccins contre les maladies tropicales et des médicaments pour le paludisme surtout parce que moi j'ai plus peur du paludisme que les autres maladies, car j'en ai été victime plusieurs fois. Quand j'étais malade ici, c'était horrible. J'ai peur parce le fait d'avoir voyagé et connaître autre chose, d'autres cadres de vie et d'autres conditions climatiques, aujourd'hui, j'ai plus peur. Mais aussi parce que ça faisait presque six ans que je n'ai plus le paludisme, et mon corps n'avait pas supporté. Avant j'arrivais à la faire, donc j'ai plus peur de l'avoir. »

Césarine : « Une fois à Kaolack, accepteriez-vous de dormir sous une moustiquaire imprégnée ? »

Aziz : « Mais oui ! Parce que je ne veux pas tomber encore malade du palu comme en 2009. Quand je pars chez moi, je dors et je dormirai toujours sous une moustiquaire imprégnée alors que quand j'étais au Sénégal, je n'arrivais jamais à le faire. Je détestais les moustiquaires, mais juste par souci de prévention et par peur de l'avoir j'accepterai de dormir sous une moustiquaire. Déjà, vous savez j'habite à Kaolack au centre du Sénégal. On taquine même les kaolackois du fait d'avoir beaucoup de moustiques. On dit que quand on descend de la gare de Kaolack, ce sont les moustiques qui vous accueillent et qui vont prendre votre sac et vous accompagnent jusqu'à chez vous. Par peur de la maladie et des piqûres de moustiques, j'accepterai de dormir sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide même si son efficacité reste à prouver. Par peur des piqûres de moustiques qui font très mal, j'accepterai n'importe quel moyen de prévention.

N'importe quel médicament j'accepterai. Je ne veux pas tomber encore malade du paludisme comme en 2009. »

Avant son accès palustre en France, Aziz, tout comme Astou, relativisait le caractère grave du paludisme. Aujourd'hui, les deux admettent avoir peur du paludisme. La présence prolongée dans un pays exempté du paludisme a tendance à affaiblir leur corps. Du coup, lorsqu'ils étaient malades, leurs corps n'arrivaient plus à supporter le paludisme comme avant. Ils étaient plus sensibles au paludisme. Cette épreuve sensible du corps constitue une dimension non négligeable dans l'expérience palustre. Pour le philosophe et l'anthropologue Pierre Sansot (1986 :5), le sensible crée le point où « *se produit la conjonction la plus élémentaire et la plus énigmatique (la plus admirable) du sens et des sens* ». Pour d'autres auteurs (Berger, Bois, 2008), quand l'expérience du corps sensible est profondément et consciemment vécue, au-delà de ce qu'elle donne à ressentir, se livrent également son sens profond, la valeur qu'elle peut prendre pour la personne qui la vit ou, plus exactement, la valeur qu'elle offre à la personne qui la vit. Ainsi, la sensibilité ressentie lorsqu'ils étaient impaludés va devenir une source de motivation et de changement et redonner une valeur épistémique à la perception.

Dans le discours d'Astou, l'expérience du paludisme en France va agir comme un choc intérieur et remettre en question son invulnérabilité ressentie initialement. L'expérience récente efface les autres expériences passées ainsi que les souvenirs qui vont avec.

« Oui tout à fait ma perception a changé. En fait, je me disais qu'avec mes origines et tout, j'ai vécu là-bas, je suis née au Cameroun, j'allais être préservée en plus par rapport au vaccin et au traitement préventif, mais j'ai eu tort. Les crises sont aussi virulentes que quelqu'un qui vit ici et qui a eu les moyens préventifs. Avec ce qui s'est passé malgré la prévention, oui, j'ai peur du paludisme. Maintenant, j'aurais plus peur. Avant je relativisais parce que mes souvenirs du paludisme étaient lointains. Je n'avais pas de souvenirs personnels où j'avais eu vraiment des crises de paludisme de ce type quand j'étais plus petite. C'était éphémère dans mes souvenirs. Je me rappelle juste à l'internat j'avais des copines et des camarades qui faisaient des crises très virulentes et c'était même des crises délirantes où on nous disait que c'était le paludisme. Bon, c'était lointain donc. Oui maintenant comme j'ai eu ces symptômes à l'âge adulte, oui, j'ai plus peur. »

Les propos d'Aziz et d'Astou indiquent une réelle volonté de respecter prochainement les recommandations préventives, puisque même si la prévention a des limites, ils suivront à la lettre les consignes de prévention. De plus, ils conseilleront, sans hésitations à toute personne, qu'elle soit migrante ou non, de respecter les consignes préventives.

4.3.1.2. « Je respecterai les mesures préventives et je conseillerai aux autres de faire pareil »

Ce processus de changement de comportement préventif découle d'un changement de perception et de sensibilité (Fassin, Bourdelais, 2005). En misant sur les souvenirs des accès palustres, le recours futur à la prévention du risque palustre serait alors la conséquence de l'expérience sensible de leur corps pendant la maladie.

« Cette expérience personnelle du paludisme a permis une réelle prise de conscience de la gravité de la maladie. Un simple palu qui m'a terrassé comme ça. D'habitude je suis costaud hein ! Là les amis qui sont venus me voir et qui m'ont vu dans quel état je suis, savent qu'il est important de respecter les consignes. Maintenant, vous dire que je ne retournerai pas au Gabon ? Non ! Si j'y retournerai, mais mieux protégé. Je m'achèterai une moustiquaire et je me baladerai avec une moustiquaire (rires) ; j'achèterai des médicaments et je vais suivre le traitement comme il le faut. » (Fifi, 38 ans, Gabonaise, mariée, 1 enfant, aide à domicile, en France depuis 9 ans, hospitalisée pour un paludisme simple)

Après une expérience d'accès palustre en France, beaucoup de voyageurs migrants promettent de mieux respecter les recommandations en achetant la prophylaxie antipaludique et d'être mieux observant. Ils conseilleraient également à leur entourage de se prémunir contre le paludisme.

D'autres personnes interrogées proposent de réduire leur séjour en plus de respecter toutes les précautions nécessaires pour éviter de tomber malade, notamment éviter de boire de l'eau du puits et de rester trop longtemps dehors pendant la nuit.

4.3.1.3. Se (ré)investir et être ambassadeur de la prévention auprès des autres voyageurs

Les résultats de l'enquête révèlent également une résolution : se réinvestir et être ambassadeur de la prévention du paludisme auprès de leurs compatriotes. Aziz, qui est jeune docteur en sociologie, avait décidé de proposer en 2016 la prévention du paludisme comme

thème de discussion lors du Festival des Sénégalais d'Aquitaine, Sénéfesti³⁸. Toutefois, sa proposition a été refusée par le comité d'organisation. C'est seulement à l'édition de 2017 qu'une table ronde a été prévue sur les thèmes suivants : Droit à la santé, Internet en diaspora et Investissement en Afrique. Cette table ronde devrait être aminée par des docteurs et des doctorants sénégalais à Bordeaux, dont Aziz et Ngor, ce doctorant en droit de la santé que j'ai cité dans les chapitres précédents. Ils disposaient de trente minutes chacun pour parler de leurs travaux respectifs et échanger avec le public. Aziz avait décidé de faire brièvement la promotion de la prévention du paludisme. Malheureusement, cette table ronde n'a pas eu lieu par manque de temps. Le planning de la journée n'était pas bien respecté et, par conséquent, les organisateurs avaient décidé de l'annuler au profit du *Taaneber*, une danse traditionnelle sénégalaise. Néanmoins, Aziz ne s'est pas découragé pour autant même s'il trouvait dommage d'avoir raté cette occasion. Lorsque je l'ai interrogé sur place, il m'a répondu qu'il comptait continuer à chercher des occasions pour sensibiliser ses compatriotes sénégalais sur l'importance de la prévention du paludisme.

« C'est dommage que je n'aie pas eu l'occasion d'en parler ici, car c'est vraiment l'endroit idéal vu le nombre de gens qui sont là. Mais, je pense qu'il aura d'autres occasions pour en parler. J'essayerai de guetter la moindre occasion pour sensibiliser mes compatriotes Sénégalais et Africains en général, car tous les Africains sont concernés par ce problème. » (Aziz, 30 ans, docteur en sociologie, note d'entretien informel à l'occasion du Sénéfesti, le 08 juillet 2017)

Quant à Astou, en tant qu'aide-soignante, elle compte aborder dès que l'occasion se présente la question de la prévention du paludisme auprès de ses patients.

Pour ceux qui viennent nouvellement d'expérimenter le paludisme, l'expérience a renforcé leur perception du paludisme. C'est le cas notamment de Yolande. Le paludisme n'était pas une maladie méconnue. Elle l'a connu à travers les autres lors de ses séjours en Afrique, notamment en République Démocratique du Congo (RDC) et en Centrafrique. Dans le cadre de son travail humanitaire, elle prenait en charge des patients atteints de paludisme. Yolande voyait le paludisme comme une maladie grave, mais pas aussi violente que

³⁸ Sénéfesti est un festival organisé par l'Union des Travailleurs Sénégalais de la France (UTSF) de Bordeaux. Le but de ce festival est d'exprimer la diversité culturelle de la rive droite bordelaise, illustrée par des événements autour du cinéma, de rencontres-débats, d'animations diverses et de concerts. À travers Sénéfesti, l'UTSF cherche à montrer une large palette de ce que les Sénégalais apportent à leur pays d'accueil ou d'adoption, la France, en particulier ceux qui sont expatriés en Aquitaine et les Français de parents Sénégalais.

lorsqu'elle a expérimenté. Son accès palustre est d'après elle une mauvaise et douloureuse expérience :

« C'est ma première fois, mais je sais que j'aurais pu y passer quand même. C'était une mauvaise expérience. Je ne pensais pas que c'était quelque chose de sérieux à ce point. Donc, je pense que c'est quelque chose à prendre au sérieux. Si je dois partir à nouveau en mission dans un pays où il y a du paludisme ou si j'ai un ami qui doit partir, je lui conseillerai de suivre à la lettre les recommandations. Je ne serai pas en mode découverte. »

En somme, l'expérience du paludisme peut participer à l'idée de se prémunir soi-même contre le paludisme ou de prendre soin des autres, notamment des enfants.

Toutefois, si l'expérience antérieure du paludisme est importante à prendre en considération, elle n'est nullement suffisante pour prendre des mesures de prévention pour certains voyageurs migrants. Elle peut contribuer au maintien des différentes perceptions du risque palustre et démotiver l'adhésion aux mesures de prévention.

« Comme je l'ai dit tout à l'heure j'ai eu des palus graves par le passé, mais ça ne change rien ! » (Samba, 39 ans, Sénégalais, agent de sécurité, Saïge, en France depuis 11 ans)

Depuis son enfance, il a souvent été victime du paludisme comme, c'est le cas d'ailleurs de la majeure partie de la population vivant dans les zones impaludées. L'exception de Samba, c'est qu'il pense que ses expériences sont différentes. Il les vit autrement avec un regard amusé :

« Avec mes expériences, je n'ai pas plus peur du paludisme. Ça ne me fait ni chaud ni froid le paludisme. La dernière fois que je l'ai eu, c'était...il y a 5 ans. C'était grave d'après les médecins en Espagne, parce qu'avant de venir à Bordeaux, j'étais en Espagne. (...) J'ai survécu à ça pendant que j'étais petit. Si ça revient tous les 5 ans, ce n'est pas grave. La grippe c'est tous les ans, le paludisme, ça peut être tous les 5 ans (rires). »

À travers son discours sur son expérience, on voit bien que Samba n'avait jamais eu peur du paludisme, encore moins du risque palustre. Au contraire. Les différents accès

palustres simples ou graves ont fini par créer chez Samba un certain sentiment d'indifférence.

Par ailleurs, chez d'autres enquêtés, cette expérience a permis de ne plus avoir peur du paludisme. L'exemple de Pierre qui a eu cette maladie par le passé et qui venait de l'expérimenter pour la première fois en France est illustratif. Pour lui, il n'a plus peur de cette maladie.

« C'était intéressant, car j'explique mes expériences comment ça s'est passé, et vous me posez des questions quand j'ai eu les choses et puis voilà. Et avec mon expérience, je n'ai pas plus peur du paludisme. Ça ne me fait plus peur le paludisme. Pour la perception peut-être un peu franchement comme je l'ai dit tout à l'heure j'ai eu du palu par le passé, mais ce n'est jamais revenu. Donc j'espère bien qu'ils vont trouver un moyen de le soigner correctement. (...). La grippe c'est tous les ans le paludisme ça peut-être tous les 8 ans (rires). Ce n'est pas plus grave que ça surtout à mon âge, les bébés, bien sûr ! Mais bon à mon âge quand même on ne meurt pas de paludisme comme ça. Je pense qu'à mon âge on ne peut pas mourir du paludisme parce que je suis costaud non ! Je ne suis pas fragile. »
(Pierre, Camerounais, 26 ans, footballeur professionnel, Mérignac, en France depuis 8 ans, hospitalisé pour un paludisme simple)

Dans certaines situations, l'expérience de l'accès palustre en France ne favorise pas la peur de la maladie. Elle contribue au contraire à sa banalisation. En plus, à son âge, le paludisme est une maladie insignifiante, car on ne peut pas mourir du paludisme facilement quand on est un adulte costaud. En revanche pour les enfants et les bébés, c'est une maladie grave dont il faut les protéger.

4.4. Quand l'expérience des parents fait de la prévention du risque de paludisme pédiatrique une priorité

Il est question ici de montrer le rôle de l'expérience d'un parent dans la prise de décision de recourir, en famille, à la prévention du paludisme. Le processus décisionnel est complexe et dépend de plusieurs variables. À côté de l'expérience même du paludisme simple ou grave, d'autres modalités entrent en jeu, notamment l'âge et la parentalité.

4.4.1. Lorsque le fait d'être parent encourage le recours à la prévention du paludisme

La parentalité est un concept souvent analysé autour de trois axes : exercice, expérience, et pratique (Ben Soussan et al., 2002 ; Houzel, 1999). Pour le psychologue Didier Hourzel (1999), l'exercice de la parentalité renvoie à son identité (niveau symbolique, droits et devoirs qui sont attachés aux fonctions parentales, etc.) ; celle d'expérience aux fonctions de la parentalité (processus de parentification³⁹) ; et celle de pratique aux qualités de la parentalité (pratiques quotidiennes, soins parentaux).

Dans le domaine de la santé, les attentes de la société à l'égard des parents sont nombreuses et débutent avant la naissance de l'enfant (déclarer la grossesse, examens obligatoires pendant la grossesse, etc.). À la naissance, père et mère sont considérés comme garants de la santé de leurs enfants et responsables de la prévention. L'article 371-2 du Code civil énonce ainsi que *« l'autorité appartient au père et à la mère pour protéger l'enfant dans sa sécurité, sa santé, sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement. »* (Cicchelli-Pugeault, 2002). Cependant, le rôle de la parentalité, dans la santé en général et dans la promotion de la santé des enfants en particulier, a été principalement étudié par la psychologie. Les études portent généralement sur la prévention des risques liés aux troubles de la santé mentale des enfants (Shankland, Lamboy, 2011 ; Dugravier et al., 2009 ; Suchocka, Kovess-Masfety (2006), ce qui a sans doute favorisé l'émergence en France d'un mouvement de santé publique visant à promouvoir la santé mentale des enfants et des parents : les programmes d'appui à la fonction parentale. Ces programmes, reprenant les méthodes issues de la médecine fondée sur les preuves (*evidence-based medicine*⁴⁰), envisagent la parentalité *« comme un modérateur de santé pour l'enfant, et, les mauvaises pratiques parentales sont considérées comme un facteur de risque de troubles (troubles du comportement, troubles psychiques, conduites à risques, consommation de substances psychoactives, absentéisme et échec scolaire, délinquance) chez l'enfant et de*

³⁹ Par ce terme, on désigne les processus psychiques qui se déroulent chez un individu qui devient père ou mère. C'est dans le but de décrire ce processus que la notion de parentalité a été introduite dans le vocabulaire psychologique et psychopathologique. Cf Stoleru, S. (1989) « La parentification et ses troubles », in Psychologie du bébé, sous la direction de Lebovici, S. ; Weilhalmern, G., Paris PUF, pp 113-130.

⁴⁰ 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 avant de s'étendre partout. Faisant partie intégrante de la pratique médicale, cette approche consiste à baser les décisions cliniques, non seulement sur les connaissances théoriques, le jugement et l'expérience (qui sont les principales composantes de la médecine traditionnelle), mais également sur des « preuves » scientifiques, tout en tenant compte des préférences des patients. Cf Anonymous, (1992) Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. Evidence-Based Medicine Working Group [see comments]. JAMA. 1992; 268:2420-5.

nombreuses difficultés sanitaires et sociales ultérieures. » (Delawarde et al., 2014 : 274) À l'inverse, pour Stewart-Brown (2008), des attitudes parentales « positives » seraient des facteurs de protection essentiels au bon développement social, psychologique et cognitif de l'enfant.

C'est cette logique de protection qui a probablement encouragé Coumba, une jeune maman de 25 ans que j'ai rencontrée à Santé-Voyage, à se comporter positivement en faveur de la prévention du risque de paludisme. La discussion ci-dessous est un exemple éclairant.

Coumba : *« Depuis que je suis devenue maman, je fais attention à la prévention pour moi, mais aussi pour mon enfant ! Je suis une mère et je ne dois pas négliger certaines choses, surtout la santé parce que par exemple si je tombe malade, il sera inquiet et vice versa. »*

Césarine : *« Avant d'être maman, vous ne faisiez pas attention à votre santé ? »*

Coumba : *« Avant de tomber enceinte, je ne me préoccupais pas trop de ma santé surtout en ce qui concerne la prévention. L'exemple le plus parlant c'est la vaccination contre la grippe. Je suis née en France et je n'ai jamais été vaccinée contre la grippe. Mais quand je suis tombée enceinte, je l'ai fait. Et c'est aussi pareil pour la prévention du paludisme. C'est quand je suis devenue maman que je fais tout ça. »*

Césarine : *« Et pourquoi ? Expliquez-moi un peu ! »*

Coumba : *« Parce que je ne suis plus seule. J'ai un petit garçon qui compte sur moi. Je dois le protéger des maladies. Et pour ce faire, je dois d'abord me protéger moi-même. Je suis ici pour ça. Je prépare un voyage avec ma maman, la grand-mère et je dois aussi amener mon fils. Nous avons pris un autre vaccin. »*

Césarine : *« Quel vaccin ? »*

Coumba : *« Pas la fièvre jaune. Comme c'est dix ans, je n'en ai pas besoin. C'est un autre pour la saleté. (...) Ah ça me revient : le vaccin contre la typhoïde. Donc j'ai pris ça et les médicaments pour le paludisme que nous allons prendre pendant et au retour. »*

Coumba a commencé à se préoccuper de la prévention du paludisme quand elle est devenue mère. Elle refuse d'exposer son fils en s'exposant ou en tombant malade. Ainsi, c'est à elle de protéger sa famille de tout risque sanitaire lié au voyage puisque les enfants sont complètement dépendants de leur environnement familial pour la prise en charge de leur santé. Une revue de la littérature montrait que, dans le champ du paludisme, la participation des parents dans les interventions de lutte contre le paludisme, l'analyse de la perception et des représentations qu'ils font de la protection physique contribuait à diminuer la prévalence de la morbi-mortalité liée au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans en Afrique subsaharienne (Houeto D, et al., 2007). Au Sénégal, Tidiane Ndoye (2009 : 122) écrivait que « *lorsqu'un enfant tombe malade, il est peu fréquent qu'il prenne lui-même les décisions relatives à son traitement. Les adultes, notamment les parents, s'impliquent fortement, essayent de décrypter les signes et de s'orienter vers un recours susceptible de fournir la guérison. Dans ce processus, ils peuvent être aidés dans leur choix par d'autres relations (parents eux-mêmes) ayant connu des maladies similaires.* » Une étude réalisée au Cameroun montrait le rôle primordial de la famille dans le choix des options thérapeutiques (Bonono et al., 2005). Une autre, quant à elle, s'attache à percevoir la famille comme un « partenaire thérapeutique » (Batman, 2005). Le paludisme peut être considéré comme une affaire de famille.

4.4.2. Les parents acceptent plus facilement d'acheter la chimioprophylaxie que pour leurs enfants

La santé des enfants en général et de la prévention du risque palustre en particulier peuvent constituer des préoccupations majeures pour les parents qui souhaitent séjourner dans les zones d'endémie palustre. Les parents priorisent le recours à la prévention et à la prise en charge du paludisme. À titre illustratif, tous les voyageurs rencontrés à Santé-Voyage et au SMIT sont essentiellement des parents accompagnés de leurs enfants, tous nés en France. La plupart voyageaient pour la première fois en famille. Tous les parents avaient une ordonnance ou avaient pris une chimioprophylaxie pour chaque enfant.

« Quand les migrants qui retournent au pays avec leurs enfants qui sont nés ici... l'enfant de migrant né en France, là ils ont le souci pour les enfants souvent. Ce n'est pas systématique, mais souvent les gens sont demandeurs au moins d'une prévention pour les enfants. Mais à juste titre puisqu'ils ne sont pas immuns. »

(Alpha, 42 ans, Spécialiste des maladies infectieuses et tropicales, CHU de Bordeaux)

Chez les familles nombreuses, les parents demandent toujours un traitement préventif et uniquement pour leurs enfants.

« Je pense que dans une famille modeste qui gagne le SMIC avec trois enfants, la prévention pour les vaccins et pour le paludisme à hauteur de 600 euros, comme l'exemple de cette dame, c'est exorbitant. Les parents peuvent et c'est compréhensible, se sacrifier pour leurs enfants. C'est compréhensible et logique. En tant que parents, on accepte plus la prévention pour nos enfants que pour nous-mêmes. On se dit bon, c'est comme on le sait très bien notamment les personnes les plus vulnérables, c'est toujours les enfants ou les personnes âgées, donc, en tant que parents, on privilégie plus les enfants que nous-mêmes, quelque part. » (Sokhna, 52 ans, Sénégalaise, Cenon, mère au foyer, 4 enfants, en France depuis 21 ans, Santé-Voyage)

Même en présence d'un risque de « toubabisation » (voire chapitre 2), Sokhna a toujours privilégié le bien-être et la santé de ses quatre enfants avant de penser à sa famille restée au Sénégal et aux cadeaux. Cet exemple n'est pas un cas isolé. Une étude menée auprès des populations migrantes tziganes montrait que, généralement, la santé n'apparaît pas prioritaire dans leurs préoccupations. En revanche, une exception est faite à ce principe, celle de la santé des enfants, particulièrement de ceux en bas âge qui demeurent un souci constant pour les parents (Lamara, Aiach, 2000).

L'extrait d'entretien ci-dessus révèle aussi le renoncement à la prévention pour les parents pour des raisons économiques, mais pas seulement. Des parents y renoncent ou choisissent délibérément d'y renoncer parce qu'ils se croient être autonomes et responsables, contrairement aux enfants. Caroline Desprès et ses collaborateurs (2011) avaient livré une réflexion très éclairante sur les significations du renoncement et les logiques sociales, économiques et culturelles qui déterminent de telles attitudes. Pour eux, le facteur économique est rarement isolé. Il se combine avec d'autres raisons amenant les individus à renoncer à un soin. Pour les auteurs, outre l'obstacle financier, un individu peut renoncer à un soin spécifique par simple refus dans le but d'exprimer, d'une part, son autonomie à l'égard

de la médecine conventionnelle, et ainsi signifier sa perception de l'inutilité du soin ; d'autre part, il peut refuser un soin simplement pour contester le pouvoir médical.

La priorisation de la prévention des enfants par les parents s'inscrit également dans la ligne droite des politiques de lutte contre le paludisme au niveau international, national et local. Les acteurs de santé insistent beaucoup sur la prévention du paludisme chez l'enfant dans les zones de forte transmission. Ainsi, les personnes vulnérables comme les enfants et les femmes enceintes ont un plus large accès aux interventions de lutte contre le paludisme. Les bailleurs qui participent au financement de la lutte, notamment l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID), le Fonds Mondial, le Fond des Nations Unies pour les enfants (UNICEF) et la Banque mondiale, orientent également leurs actions sur la promotion et la distribution de moustiquaires imprégnées de longue durée en faveur des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans (Le Marcis et al., 2013). L'idée que la vulnérabilité est une nouvelle catégorie de l'action publique (Brodiez-Dolino, 2015) semble particulièrement patente dans le cas du paludisme. La reconnaissance de la vulnérabilité de l'enfant face au paludisme a fait de l'enfant la cible des organismes dans le cadre de lutte contre le paludisme.

Cette préoccupation est également présente dans les préconisations du Comité des Maladies liées aux Voyages et des maladies d'Importations (CMVI), elles aussi orientées par les directives de l'OMS. Le Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) dévoilait le 6 juin 2017 les nouvelles recommandations sanitaires pour 2017 concernant les voyageurs. Bien que l'accent soit mis particulièrement sur les maladies à transmission vectorielle telles que zika ou le paludisme, une partie importante est également consacrée aux précautions à prendre pour les enfants. Les régions à risque de paludisme sont à éviter. La raison : les enfants sont particulièrement exposés au paludisme grave. Deux tiers des décès liés au paludisme surviennent chez les moins de 5 ans. Si le voyage est maintenu, qu'un médicament antipaludéen soit recommandé ou non, aucun moyen de protection contre les piqûres de moustiques (vêtements couvrants, insecticides, moustiquaire, etc.) ne doit être négligé chez le jeune enfant. L'OMS, dans son rapport sur les recommandations aux voyageurs internationaux de 2010, mentionnait que les enfants des personnes ayant migré vers des régions de non-endémie étaient particulièrement exposés lorsqu'ils retournent dans des zones d'endémie palustre à l'occasion d'une visite chez des amis ou des proches. Devant le risque de contracter un paludisme, l'enfant doit être protégé contre les piqûres de moustique. Ce

ciblage est sans doute légitimé par le fait que le paludisme demeure toujours un facteur majeur de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans en Afrique subsaharienne, même si le taux de mortalité a baissé de 29% entre 2010 et 2015 (Aubry, Gauzère, 2017).

Dans les pays industrialisés, les enfants sont considérés comme des voyageurs fragiles par rapport à l'adulte en raison de l'immaturation du système immunitaire (Naudin et al, 2014). Pour ces auteurs, les enfants nés de migrants qui retournent dans leur pays d'origine de leurs parents constituent des cas particuliers. Leurs séjours sont souvent plus prolongés que ceux des personnes voyageant dans un cadre touristique et ils présentent des risques plus importants de contracter des maladies en rapport avec leur séjour. Une autre étude (Hagmann et al. 2010) rapporte que les enfants séjournant à l'étranger au sein de leur famille sont plus jeunes que ceux voyageant pour des raisons touristiques. Toutefois, dans le cadre spécifique du paludisme, la prophylaxie de l'enfant voyageur semble être moins étudiée par rapport au voyageur adulte (Garnier et al, 2000 ; Naudin et al., 2014). Or, en cas d'impaludation, le passage d'une forme simple à une forme sévère avec atteinte neurologique peut être très rapide.

En accord avec les politiques de lutte, les parents considèrent eux aussi que les enfants nés en France sont encore plus vulnérables au risque palustre. Dans la littérature, la notion de vulnérabilité est différemment définie et utilisée. Pour le sociologue Marc-Henri Soulet (2014), la vulnérabilité est une « *potentialité à être blessé* ». Ainsi, cette notion dynamique appelle des approches processuelles et invite aussi à des analyses pluricausales. On a montré combien la difficulté économique peut fragiliser au plan sanitaire (accès moindre à la chimioprophylaxie, par exemple). De ce point de vue, retenons en partie la définition fournie par Mezzino Clément et Nadine Bolduc (2004). Ils appréhendent la vulnérabilité comme « *des processus de fragilisation ; une zone de bascule entre l'intégration sociale et l'exclusion ; un milieu à risque (il n'y aurait ici vulnérabilité que devant une situation donnée) ; état fragile (maladie, handicap, pauvreté, etc.) ou une période de la vie (adolescence, vieillesse) ; de groupes dont l'autonomie et la dignité sont mises à mal (homosexuels, toxicomanes, séropositifs, immigrants, femmes victimes de violence, SDF, etc.)* » (Clément, Bolduc, 2004 :61). Dans le domaine de la santé, des individus ou des groupes sont considérés comme vulnérables si ce sont des personnes prédisposées à la maladie, à un dommage ou encore à une issue négative. Cette prédisposition peut être de nature génétique, biologique, sociale ou psychologique. Par ailleurs, la fragilité d'un individu ne va pas de soi. Elle relève d'une

articulation de facteurs économiques, sanitaires, sociaux, familiaux, génétiques, environnementaux, qu'il convient de penser conjointement afin d'en comprendre les mécanismes.

L'enfant est sociologiquement considéré comme « *éminemment vulnérable* » (Brodiez-Dolino, 2015), puisqu'il est l'archétype de l'être inachevé et en devenir, qui n'a pas encore acquis toutes ses défenses endogènes (Soulet, 2014) – donc, « en danger » et fragile. Cette première forme de vulnérabilité au cours de la constitution biologique, psychologique et sociale, associée à l'absence d'immunité, et le fait de n'avoir jamais eu de paludisme et d'être né en France sont autant d'éléments qui le fragilisent ou le prédisposent à une potentielle infection palustre. Ainsi, la vulnérabilité est utilisée ici par les parents pour désigner l'état de fragilité de leurs enfants et la propension à être infectés lors de la piqûre d'anophèle femelle au cours du séjour. Les enfants sont plus susceptibles d'être à la merci d'une impaludation et sont moins enclins à y résister. Ndeye, une Française, d'origine guinéenne de 44 ans et mère de trois enfants (respectivement âgés de 16, 8 et 5 ans), met l'accent sur la vulnérabilité de l'enfant et s'intéresse plus à la prévention du paludisme pédiatrique qu'à la prévention du risque palustre en général. Sa justification est double. Premièrement, la prévention doit concerner surtout les enfants.

« La prévention du paludisme, c'est surtout pour les enfants. Moi, je suis venue ici pour ça. En 2009, nous étions au Sénégal parce que ma mère est sénégalaise, on a pris des médicaments pour eux. Les médicaments, c'est seulement pour les enfants en Afrique et les femmes enceintes, je crois. »

Deuxièmement, le paludisme est une maladie très dangereuse chez les enfants.

« Ce n'est pas plus grave que ça surtout à mon âge, les enfants bien sûrs, mais bon à mon âge quand même on ne meurt pas de paludisme comme ça. Je pense qu'à mon âge on ne peut pas mourir du paludisme, parce je ne suis pas fragile. Mais pour les enfants c'est très dangereux. J'ai toujours peur pour mes enfants quand ils rendent visite à leurs grands-parents en Guinée. » (Ndeye, Franco-guinéenne, 44 ans, mariée, 2 enfants, Santé-Voyage)

Cette perception de vulnérabilité et de fragilité fait de la prévention du paludisme pédiatrique une priorité parentale et politique. En effet, la politique de prévention dans les

pays à risque palustre met en avant, dans les campagnes de prévention du paludisme, la dangerosité et la fonction létale des infections palustres chez les enfants. Le discours de Ndeye fait écho à des politiques existantes en Afrique concernant le paludisme chez les enfants. Elle a fait un bref retour sur le passé en lien avec ses connaissances (objectives et subjectives) issues des expériences de lutte contre le paludisme en Afrique. Frédéric Le Marcis et ses collaborateurs expriment la même idée quand ils écrivaient : « *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.* » (Le Marcis et al., 2013 : 13)

Toutefois, Ndeye n'a pas de limite d'âge. Tous ses enfants, qu'ils soient en bas-âge ou grands sont catégorisés comme « enfants ». C'est ainsi que les adolescents de 16 ans sont mis dans le moule des enfants, et considérés comme vulnérables au même titre que les enfants de moins de 5 ans.

4.4.3. Famille mixte et recours à la prévention

Les résultats constatent que souvent, dans ces familles, l'un des deux parents est d'origine africaine. Les profils types de patients rencontrés en situation de consultation à Santé-Voyage sont des familles mixtes. Les médecins généralistes ont également fait le même constat.

« Je pense que les gens ne viennent pas forcément pour des conseils éclairés et pas toujours par rapport au paludisme, mais il y a certains qui sont informés parce qu'ils ont lus dans leur guide touristique et dans le livre du routard qu'il fallait consulter le médecin avant. Donc ils viennent pour des conseils globaux. Ceux-là sont des voyageurs avec des enfants. Les familles africaines que je reçois souvent ont des enfants métissés, c'est-à-dire un des deux parents est Européen. Ils vont voir parfois de la famille qui habite sur place que ce soit des autochtones ou des métropolitains français qui travaillent dans les pays africains. » (Hady, 55 ans, médecin généraliste, 26 ans d'expériences, Begles)

« Le profil type, oui ça va être beaucoup plus les jeunes et des fois des gens qui font un voyage de groupe parce que les agences de voyages les informent. Pour le profil type voilà. Quand je parle des jeunes, c'est surtout les jeunes qui y vont

pour la première fois et puis certains Africains, mais surtout les Africains qui viennent ici, ce sont les couples mixtes qui partent en Afrique pour la première fois avec leurs enfants. Sinon quand c'est eux, je pense que c'est un peu moins fréquent. Il y a aussi des Africains qui sont ici. » (Corinne, 47 ans, médecin généraliste, 15 ans d'expérience, Bordeaux)

Pour ces deux acteurs de santé, les voyageurs qui consultent le plus, avant le voyage, sont des enfants et leurs parents, ainsi que des jeunes qui se rendent dans un pays à risque palustre pour la première fois. Les voyageurs africains qu'ils reçoivent généralement pour une consultation de voyage sont des parents d'enfants nés en France et mariés à des Occidentaux. Cela ne veut pas dire que les autres voyageurs migrants mariés entre eux ne recourent pas à la prévention. Tous les parents s'intéressent à la prévention du paludisme pour leurs enfants, mais le degré d'intérêt et de préoccupation est différent selon que le parent est dans un « couple migrant » ou dans un couple mixte. Sur le terrain, j'ai constaté dans les familles mixtes que tout le monde avait recours à la prévention, contrairement aux familles migrantes dont seuls les enfants bénéficiaient de la prophylaxie antipaludique. Pourquoi les couples mixtes recourent plus à la prévention du paludisme ? Y a-t-il un des deux partenaires qui influence l'autre ? Je n'ai pas obtenu d'éléments de réponses explicites à ces questions. Cependant, les propos recueillis auprès de certains participants le sous-entendent. Pour Justin, ce français de 48 ans et père de 4 enfants métis, outre ses propres expériences palustres en Afrique vers les années 1990, les différents accès palustres de sa femme, ivoirienne d'origine, ont beaucoup motivé le recours à la prophylaxie :

« Oui ma femme est Africaine et mes enfants sont métis. Ils sont allés en Côte d'Ivoire et ils ne sont pas tombés malades et ma femme n'a jamais été malade en France. Donc, on n'en parle quasiment pas jusqu'à maintenant. On parle de la prévention, mais pas là maintenant parce que ce n'est pas contagieux. Les enfants, ils sont allés en 2010, pareil on avait pris des Malarone pour eux. On n'avait pas de Doxycycline à l'époque. Et ils ont pris le traitement de la Malarone pendant tout leur séjour et ils ne sont pas tombés malades. L'expérience de ma femme au cours de son enfance n'est pas un frein au recours à la prévention. Au contraire, elle, elle ne veut pas que ses enfants vivent ce qu'elle avait vécu. Elle prend toujours de la Doxycycline quand elle part en Côte d'Ivoire. Elle y va tous

les ans et elle prend, elle se soigne préventivement. » (Justin, 48 ans, marié, 4 enfants, hospitalisé pour un paludisme simple)

Le fait que sa femme soit d'origine africaine et plus précisément de la Côte d'Ivoire est un atout pour Justin et ses enfants. Ils peuvent bénéficier des conseils précieux de la mère de famille, mais aussi tirer profit des leçons de ses différents accès palustres antérieurs. Dans la littérature, on constate que l'adhésion aux mesures de prévention dépend également de l'expérience des autres et que la parole d'une personne qui a expérimenté à plusieurs reprises un accès palustre peut aider les autres qui n'ont aucune expérience par exemple dans le processus d'adhésion (Gruénais, 2003).

Ceci dit, lorsque les deux parents sont des voyageurs migrants et qu'ils ont eu plusieurs accès palustres et acquièrent de l'expérience, ils n'agissent qu'en faveur de leur progéniture.

« La prévention pour les enfants, c'est cher ! Mais avant tout c'est les enfants. Moi, je n'ai pas pris et leur papa n'en prend jamais quand il va au pays. Pour revenir à ta question, oui pour nous parents, ce n'est pas une priorité. On connaît le paludisme, comment ça marche, tout ça ; on se dit voilà, ce n'est pas une priorité. Mais, pour les parents, la santé des enfants est primordiale et n'a pas de prix. J'ai privilégié plus le bien-être d'abord des enfants avant de penser à quoi que ce soit. Malgré le fait que je sais très bien que c'est récurrent chez nous parce que quand on arrive, on voit les valises, elles étaient pleines d'abord je dirais des médicaments pour mes enfants. » (Sokhna, 52 ans, Sénégalaise, Cenon, mère au foyer, 4 enfants, en France depuis 21 ans, Santé-Voyage)

Pourtant, si la santé des enfants en général et la prévention du risque de paludisme pédiatrique en particulier demeurent une priorité pour les parents et pour les acteurs de santé publique, les entretiens et les observations montrent que le paludisme d'importation est un sujet rarement abordé en famille. Les enfants nés en France n'ont entendu parler de cette pathologie que lorsqu'ils partaient pour la première fois dans leurs pays d'origine. Pour d'autres qui sont nés en Afrique, ils n'en parlent que lorsqu'un membre de la famille importe la maladie.

Conclusion

L'expérience du paludisme est un événement qui joue un rôle important dans le processus décisionnel de la prévention du risque palustre. La prise de décisions, en tant que processus, relève du rôle joué par les expériences personnelles ainsi que celles des autres, et des conceptions de la santé et de la maladie.

Ce chapitre montre l'évolution de la perception de la gravité du paludisme entre le pays d'origine et le pays d'accueil. Au pays d'origine, le paludisme grave, souvent appelé « crise de paludisme », était apprécié à partir des symptômes de la convulsion. En France, on constate que le paludisme simple cliniquement peut être perçu comme grave par les voyageurs migrants en raison d'une hospitalisation. En effet, l'hospitalisation augmente le sentiment de gravité dans la mesure où les affections simples, d'après nos enquêtes, sont généralement prises en charge en médecine générale par les médecins traitants.

En contexte de migration, l'expérience du paludisme favoriserait, d'une part, un changement de perception du paludisme et, d'autre part, un changement de comportement préventif. Néanmoins, cette expérience du paludisme en Europe peut également décourager le recours à la prévention pour ceux qui ont suivi les recommandations et ont tout de même importé un paludisme, montrant dans cette perspective l'ambivalence de l'importance de l'expérience antérieure palustre sur le processus décisionnel.

CHAPITRE 5 : Acteurs de santé : rôle et mobilisation dans la prévention et la prise en charge du paludisme

Introduction

Je propose dans ce chapitre d'analyser le rôle et la mobilisation des médecins généralistes et des pharmaciens dans la lutte contre le paludisme du retour. Depuis quelques années, le service des maladies infectieuses et tropicales du CHU de Bordeaux accueille des cas graves de paludisme qui demandent une hospitalisation et parfois un traitement intensif en réanimation. Une étude descriptive rétrospective menée au CHU de Bordeaux réalisée par Pistone et collaborateurs (2010) sur la prise en charge du paludisme a rapporté une fréquence plus élevée de paludisme hospitalisé entre janvier 2000 et décembre 2007, avec notamment deux fois plus de cas compliqués. Plusieurs facteurs sont associés au cas de paludisme d'importation sévère, notamment l'absence de chimioprophylaxie selon les recommandations, la faible perception du risque palustre par le voyageur en zone d'endémie (Marbough, 2012) et les retards de diagnostic (Pistone et al, 2010a).

Avec l'organisation du parcours de soins en France, le médecin traitant est dans la majorité des cas la première source d'information sur les risques sanitaires liés au voyage et le premier consulté en cas de fièvre du retour. La plupart des patients impaludés rencontrés avaient consulté au préalable leur médecin traitant. Il est donc important, voire indispensable, que le médecin généraliste soit capable de bien conseiller les voyageurs en quête d'informations, de diagnostiquer rapidement le paludisme en cas de fièvre du retour et de le traiter efficacement. Toutefois, certains travaux (Huneau, 2008 ; Pin, 2004) ont montré qu'il y avait des lacunes en mettant en évidence des inadéquations entre les informations données aux voyageurs par les médecins généralistes et les recommandations notamment en termes de prévention, de prise en charge et de vaccination. Ainsi, quel rôle jouent les médecins généralistes et les pharmaciens dans la prévention et la prise en charge du paludisme ? Quelles sont les logiques et les différentes pratiques thérapeutiques qui tournent autour du diagnostic et de la prise en charge de cette maladie en médecine générale ?

5.1. Rôle et place du médecin généraliste dans le système de soin

La médecine générale est actuellement en questionnement dans la plupart des pays industrialisés (Moore, Showstack, 2003) et cherche aussi en même temps à redéfinir son rôle dans un système de soins de plus en plus hospitalo-centré et technique (Dory et al, 2009). Plusieurs nouvelles définitions officielles de la profession ont ainsi été proposées (Olesen et al., 2000 ; WONCA-Europe, 2002). Toutes ces définitions mettent en avant le rôle du médecin généraliste de première ligne dans les systèmes de soins. D'autres auteurs comme Valérie Dory et collaborateurs (2009) à partir de leur étude exploratoire menée auprès de futurs médecins généralistes à Liège, à Paris et à Bordeaux, identifiaient la notion de responsabilité sociale comme centrale dans ces nouvelles définitions. Ainsi, pour les auteurs, les jeunes médecins, en fin de spécialisation ou ayant terminé leur spécialisation, définissaient la médecine générale « *comme une discipline clinique d'intégration qui prend en compte tous les problèmes médicaux des patients, de l'aigu au chronique, de la prévention aux soins palliatifs, de l'organique au psychologique.* » (Dory et al., 2009 : 5) Jean Godard (2009) et Aline Sarradon-Eck (2010) la considéraient respectivement comme étant au carrefour entre le médical et le sociétal et comme « pivot » du système de soins. Andrew Abbot (1988) quant à lui a proposé une approche systémique des professions en montrant que la pérennité d'une profession dépendait de sa capacité à en définir les tâches.

En France, la place qui doit être la leur dans l'organisation des soins fait l'objet de débats (Bloy, Schweyer, 2010). Les tâches et les missions de la médecine générale sont dictées par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Une des mesures de cette loi était le développement d'un parcours de soins coordonnés autour du médecin traitant. Ainsi, tout assuré de seize ans ou plus doit choisir un médecin traitant qu'il désigne à l'assurance maladie et ne consulte alors un médecin spécialiste que sur recommandation de son médecin traitant. Ce dernier a pour mission d'orienter le patient dans le système de soins et de gérer son dossier médical. Il prescrira, si besoin, la consultation d'un autre médecin spécialiste. Toutefois, l'accès à certains spécialistes ne nécessiterait pas une prescription du médecin traitant. Ce sont les « spécialistes d'accès direct » comme les gynécologues, les stomatologues, les ophtalmologues et, pour les patients âgés de 16 à 25 ans, les psychiatres et les neuropsychiatres⁴¹. Si le patient n'a pas recours au médecin traitant ou qu'il ne respecte pas le parcours de soins coordonnés, la loi prévoit une possible majoration du ticket

⁴¹ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000625158>

modérateur. Le ticket modérateur est la partie des dépenses qui reste à la charge de l'assuré social une fois que la CNAM a remboursé sa part. Il s'applique sur tous les frais de santé remboursables, mais est variable selon la nature du risque, selon l'acte ou le traitement et selon le respect ou non du parcours de soins coordonnés.

Les médecins généralistes interrogés se considèrent comme étant au centre du système de soins. Ils jouent un rôle primordial dans la prévention, la prise en charge et la surveillance des maladies avec une fonction importante de coordination. Les propos recueillis auprès de deux médecins généralistes sont illustratifs :

« Alors, le rôle du médecin généraliste aujourd'hui, si vous voulez pour moi, c'est euh, ça devrait être, je ne sais pas si on réalise souvent. D'abord, on est en première ligne, c'est-à-dire qu'on doit porter les premiers diagnostics. Lorsqu'on a une suspicion, bien sûr, on va confier notre patient à un spécialiste qui va confirmer le diagnostic. Et puis ensuite, il y a toute la partie qui est relationnelle entre le patient, les différents spécialistes, parce qu'il faut mettre quelques fois un tout petit peu de cohérence dans les démarches voire même dans certains traitements, parce que si vous voulez adresser un patient au cardiologue, il n'a pas toujours la notion des antécédents du patient, de ses allergies, de ce qu'il prend comme autres thérapeutiques, etc. Donc, on a, nous, un rôle de régulation en quelque sorte. Et puis, on a aussi un rôle de confident, un rôle de, comment dirais-je... On est en première ligne, on reçoit la famille, on a souvent des coups de téléphone pour nous demander : "Alors qu'est-ce que vous en pensez ? ", etc... Énormément de questions qu'ils n'oseront pas poser aux spécialistes. Donc, si vous voulez, il y a cette relation médecin-patient, médecin-famille qui est privilégiée et indispensable si on veut que tout fonctionne bien. Moi, il m'arrive très souvent de prendre mon téléphone et prendre les rendez-vous chez les spécialistes pour les patients. Neuf fois sur dix, je prends les rendez-vous. Si je demande aux patients de prendre un rendez-vous, ils vont avoir un rendez-vous dans 4 mois. » (Maurice, 58 ans, médecin généraliste, 27 ans d'exercice, Cenon)

« Mon rôle en tant que médecin généraliste, c'est de soigner les gens. Je les soigne bébés, je les soigne petits, je les soigne grands. Je traite toutes les pathologies infantiles. Le médecin généraliste joue un rôle sur le suivi, la prévention ; la prévention-tabac, l'alcool, la prévention contre la drogue, les informer au niveau sur les risques liés aux voyages, au niveau psy parce que des

fois il y a des problèmes. (...) Eh bien on remplace le curé, c'est-à-dire que voilà on a des pathologies médicales, mais on a aussi un rôle psychologique très important. Le stress de la vie, le chômage, la précarité dont je parle dans les consultations...allez, disons une bonne moitié est réellement malade et l'autre moitié ils veulent parler de leur souffrance. Oui, souffrance psychique. » (Anitah, 42 ans, médecin généraliste, 11 ans d'exercice, Bordeaux)

Les rôles énumérés – porter les premiers diagnostics, référer le patient à un spécialiste si c'est nécessaire, prendre des rendez-vous chez le spécialiste, suivre le patient tout au long du processus de prise en charge chez le spécialiste, contribuer à la prévention des pathologies, apporter une aide psychologique – sont officiels, car ils correspondent à ceux dictés par la loi.

En outre, les propos des deux médecins généralistes, Maurice et Anitah, font ressortir trois éléments remarquables qui révèlent un peu l'évolution de la médecine générale : la notion du partage des patients entre le généraliste et le spécialiste, le rôle de confident et celui du curé. Le partage des patients se fait régulièrement en fonction de critères relationnels. Lorsqu'un médecin traitant adresse son patient au spécialiste, il conseille très souvent au patient des noms de confrères avec qui il a l'habitude de travailler. En travaillant en réseau d'interconnaissances, qui peut être formel ou informel, il a la certitude d'être tenu informé du suivi de la prise en charge. La forte implication du généraliste dans le parcours de prise en charge, la multiplicité des rencontres (dans le cadre de la pathologie chronique par exemple) entre patient et médecin traitant finissent par créer une confiance mutuelle. La consultation médicale devient alors le moment des confidences. Le patient discute avec le généraliste de ses problèmes sociaux, qu'ils soient ou non en relation avec son état de santé. Le médecin généraliste tente autant qu'il peut de prendre en compte l'ensemble des problèmes énumérés dans le processus de diagnostic, de le conseiller et de l'orienter vers des professionnels susceptibles de lui apporter des solutions. Ces rôles contribuent à qualifier la médecine générale de profession consultante qui oscille entre médecine savante et prestation de services pour reprendre le titre de Simone Pennec (2010) et prouve en effet le rôle primordial du médecin généraliste dans le système de soins.

Cette évolution pourrait être imputable aux différentes préoccupations, aux besoins et aux attentes des usagers de la médecine de ville. Beaucoup ne viennent plus pour un diagnostic, mais plutôt pour valider l'idée qu'ils ont de leur problème. En effet, certains patients établissent au préalable leur propre diagnostic avant la consultation. Ils fouillent

habituellement sur internet, et disent, par exemple, « *J'ai vu sur internet, j'ai telle maladie docteur !* », me rapportait Issa, un médecin généraliste. Dans ce cas de figure :

« Il va falloir convaincre le patient qu'il souffre d'une autre maladie, c'est-à-dire remettre en question son diagnostic à lui ; c'est ça qui complique notre pratique. Il faut toujours essayer de comprendre, de décoder la demande du patient qui n'est pas forcément de l'ordre du pathologique parce qu'il y a des gens qui viennent nous voir parce qu'ils ont juste envie de discuter de leurs problèmes sociaux, de trier dans tout ce qu'ils nous disent ce qui constitue vraiment un problème de santé, de poser le diagnostic et organiser si nécessaire un référencement. Il faut surtout négocier avec le patient pour pouvoir bien le prendre en charge. » (Issa, 53 ans, 14 ans d'exercice, Saint-Augustin)

Les patients arrivent au cabinet médical avec la conviction profonde d'être atteints de telle pathologie. Cette croyance complique la prise en charge. Pour y parvenir, il faut que le professionnel de santé négocie et trouve des arguments solides pour les convaincre qu'ils ont un problème de santé que celui préalablement assigné. La négociation dans la relation entre le médecin généraliste et le patient n'est pas nouvelle. Des auteurs comme Simone Pennec (2010) et Aline Saradon-Eck (2010 et 2002) montraient déjà que la relation entre le médecin et le malade était marquée par une négociation avec le patient et son entourage autour de la maladie et des handicaps au quotidien. Ainsi, dans la négociation du modèle explicatif de la maladie entre le médecin et le malade, *« le médecin participe à l'édification de ponts symboliques entre les événements de la vie du patient, entre l'environnement et le patient ; en cela, il agit également sur les liens sociaux en création ou en cours de restauration »* (Saradon-Eck, 2002 : 942). En suivant ce raisonnement, la rencontre clinique apparaît dans cette perspective comme un lieu de médiation et de négociation du lien social. On n'est pas dans une relation thérapeutique structurellement asymétrique ni sur l'autorité du médecin comme la définit Talcott Parsons. On est plutôt dans une situation de négociation du lien social (Strauss, 1992), avec une démocratisation du savoir médical via internet. L'apparition des nouvelles technologies et des nouvelles pratiques d'informations (forums de discussion en ligne) (Lamy, 2017) a contribué à fragiliser l'autorité médicale que détenait le médecin. Les patients sont aujourd'hui plus (mieux ?) informés sur leur état de santé grâce à internet. Les échanges et les conversations discontinus sur internet sur des thématiques définies et cadrées où chacun peut être à son tour éditeur, lecteur et modérateur (Marcocchia, 2003) favorisent la circulation de l'information sanitaire. Si internet est entre autres un espace privilégié de

circulation de l'information sanitaire, il constitue ainsi un des espaces où peuvent être discutées les figures de l'autorité médicale.

Concernant la médecine des voyages, quel rôle occupe-t-il ? Quelle est la place de la médecine générale dans la lutte contre le paludisme ?

5.2.Médecine générale dans la prévention et la prise en charge du paludisme

La prévention occupe une place de plus en plus importante en médecine générale. Dans la médecine des voyages⁴², le médecin généraliste doit jouer un rôle de plus en plus important du fait de l'augmentation du nombre de voyageurs et de la fréquence des problèmes de santé qui surviennent aux retours. Il doit ainsi être un des principaux acteurs de la prévention du paludisme en prodiguant aux voyageurs des conseils adaptés et personnalisés dans le cadre d'une consultation. Il est particulièrement bien placé pour conseiller les voyageurs du fait de sa connaissance du patient. Au cours de la consultation avant le voyage, le médecin traitant doit tenir compte de plusieurs facteurs, comme le profil du voyageur, son état de santé et ses antécédents, ses facteurs de risque, ses allergies, ses vaccins, ses traitements, la destination, les modalités du voyage, les activités programmées, les capacités financières, etc. (SPILF, 2017 ; Cossar, Reid, 1999 ; Powell, Ford, 2010 ; Santin et al., 1998)

Toutefois, les résultats de notre enquête révèlent les limites de certains médecins généralistes dans la prévention du risque de paludisme.

5.2.1. Les difficultés du médecin traitant dans la prévention du paludisme d'importation

Le médecin généraliste apparaît dans plusieurs études (Jeannel, 2007 ; Santin et al., 1998 ; Cossar, Reid, 1992) comme la première source d'informations des voyageurs. Une étude anglaise avait montré que le médecin de famille était le mieux placé pour conseiller les voyageurs avant un départ (Cossar, Reid, 1992). Une étude française réalisée par téléphone entre 2005 et 2006 montrait que 75 % des personnes interrogées estimaient tout à fait justifié de consulter leur médecin avant un voyage hors de la France métropolitaine pour se renseigner sur les mesures de prévention à respecter. Les médecins viennent en tête des sources d'informations sur les mesures de prévention (60 %), suivis par les agences de

⁴² La médecine des voyages est une discipline préventive nouvellement reconnue et en pleine expansion grâce à la démocratisation des voyages qui induit une augmentation des maladies importées d'un pays à l'autre. Son but est de prévenir la survenue de maladies ou de blessures au cours d'un voyage. Pour cela, le médecin doit identifier les risques sanitaires, établir un programme de vaccination, prescrire une chimioprophylaxie et informer les voyageurs sur les précautions à prendre.

voyages (14 %) et les sites internet spécialisés (9 %). Les consultations spécialisées et les centres de vaccinations internationaux sont cités par 5 % des voyageurs, à égalité avec l'entourage personnel ou professionnel. Toutefois, il apparaît qu'un nombre non négligeable de voyageurs ne recherche aucun conseil (Jeannel et al, 2006).

L'obtention d'une chimioprophylaxie n'est pas automatique. Le voyageur migrant doit passer par plusieurs acteurs de santé différents : le médecin généraliste, le spécialiste et le pharmacien.

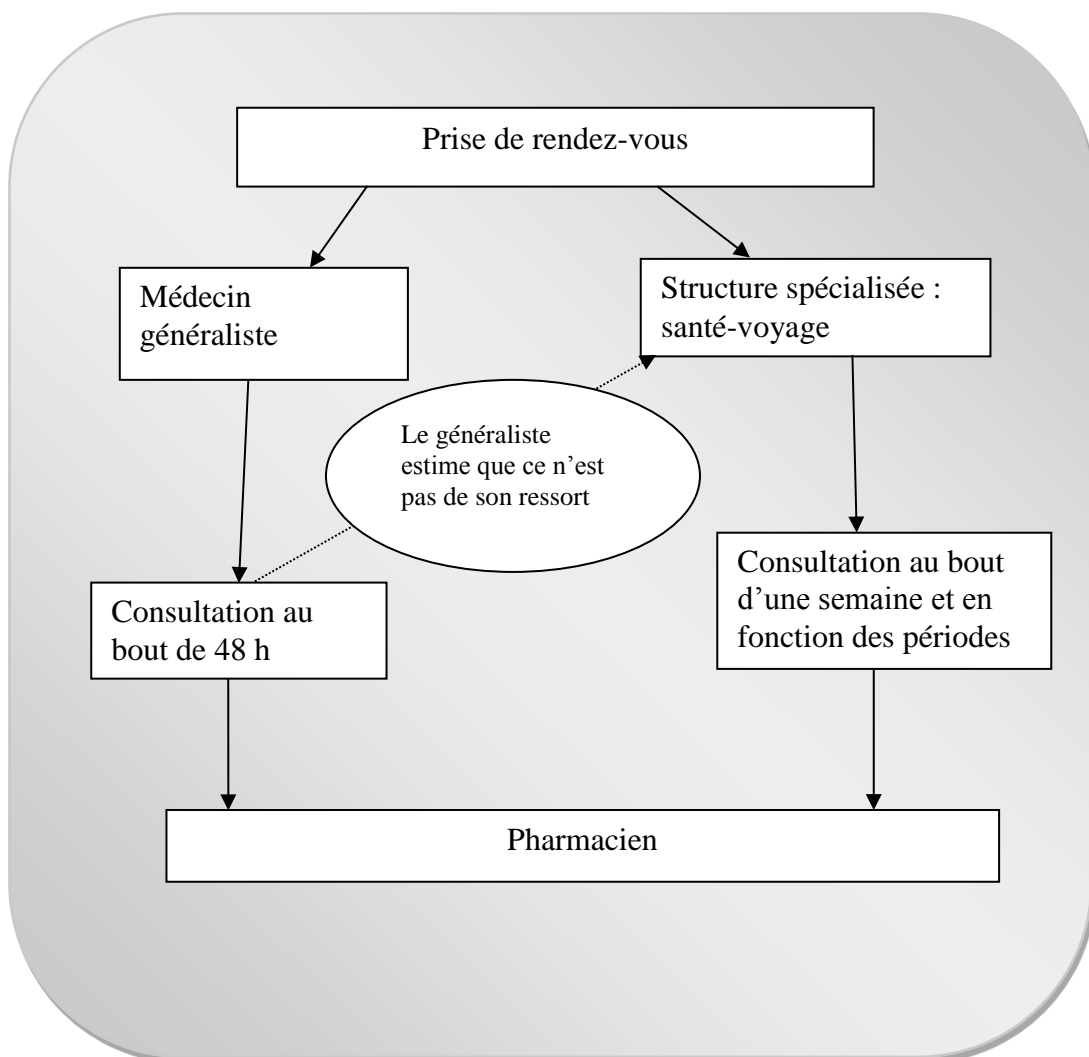


Figure 5 : Circuit de prévention

Dans tous les cas, le voyageur doit consulter un médecin généraliste ou un spécialiste avant de passer à la pharmacie pour obtenir son traitement préventif.

En se référant à la législation et aux recommandations sanitaires des voyageurs, le voyageur peut passer par 3 circuits :

- a) La médecine de ville via le médecin traitant

Le premier circuit est le moins long. La consultation chez le médecin généraliste peut avoir lieu en moyenne dans les 48h. En effet, le médecin généraliste était l'acteur de santé que mes enquêtés ont consulté ou comptaient consulter avant le départ en zone d'endémie palustre. À Paris, Michel Develoux et collaborateurs (2012) ont également fait les mêmes constats chez les 199 migrants impaludés et pris en charge à l'hôpital Tenon. Parmi les 32 migrants qui avaient pris une chimioprophylaxie avant le départ, seuls 8 avaient eu une consultation spécialisée. Les prophylaxies des 28 autres migrants étaient prescrites par leurs médecins traitants. Mais pour ces auteurs, la prophylaxie prescrite en dehors d'une consultation spécialisée était dans 50 % des cas inadaptée au pays visité. Ils justifient cela par les modifications à deux reprises des recommandations du Haut Conseil de Santé publique concernant la chimioprophylaxie en Afrique de l'Ouest. En mai 2005, les pays côtiers d'Afrique de l'Ouest ont été déclarés en zone III de résistance puis, en juin 2008, cela a été le tour des pays enclavés de cette même région. Ainsi, pour eux, « *il existe forcément en dehors des services spécialisés, peu consultés par nos patients, un temps de latence avant que l'information passe et soit appliquée, ce qui explique à notre avis l'importance des chimioprophylaxies inadaptées en particulier pour la Côte d'Ivoire.* » (Develoux et al., 2012 : 99)

- b) Passer directement dans une structure spécialisée (Santé-Voyage par exemple) :

La consultation dans un centre de vaccination internationale comme Santé-Voyage se fera en moyenne au bout d'une semaine, en fonction des périodes à partir de la date de prise de rendez-vous. Les voyageurs qui passent directement pour une chimioprophylaxie uniquement dans un centre de vaccination internationale comme à Santé-Voyage sont rares. Pour un acteur de santé travaillant à Santé-Voyage, la plupart des voyageurs, dont les migrants, ne vont à Santé-Voyage uniquement pour la vaccination. C'est au cours de la consultation que la prévention du paludisme est proposée. L'exemple de Sophie est illustratif. Elle 47 ans et était hospitalisée pour un paludisme grave. C'est lors de son passage au centre départemental de vaccination de Périgueux pour se faire vacciner contre la fièvre jaune que le spécialiste lui a proposé une chimioprophylaxie. Néanmoins, pour Sophie et d'après le spécialiste, cette

prévention n'est pas obligatoire et elle ne limitait l'accès palustre qu'une fois sur deux. La suite de la discussion avec Sophie est intéressante et très éclairante.

Sophie : « Il y a une chose que je connais et que je suis un peu surprise. Bon, on est allés se faire vacciner contre la fièvre jaune à Périgueux, les médecins nous ont dit qu'il y avait aussi des cachets à prendre pour éviter le paludisme, mais que de toute façon ce n'était pas obligatoire et que de toute façon ça marchait une fois sur deux. »

Césarine : « Tout à l'heure vous avez dit que les médecins vous ont dit que la prévention du paludisme n'est pas obligatoire. Vous parliez de quels médecins ? »

Sophie : « On est allés se faire vacciner au Centre Départemental de Vaccination de Périgueux. C'est le médecin qui nous a vaccinés contre la fièvre jaune qui nous a dit qu'on peut aussi prendre un traitement contre le paludisme, comme on peut ne pas le prendre, car ce n'est pas une obligation. Mais, les gens qui partent en Afrique sont vivement conseillés de prendre un traitement. (...). À la maison, nous avons décidé d'aller quand même consulter notre médecin de famille qui nous a prescrit le traitement. Quand on entend ça, on peut facilement se dérober de la prévention. »

Le fait d'entendre dans la bouche d'un spécialiste de conseil au voyageur que la prévention du paludisme n'est pas obligatoire et qu'elle limitait une fois sur deux l'accès palustre a empêché Sophie de prendre la chimioprophylaxie proposée par le spécialiste. C'est une fois à la maison que Sophie, son époux et leur fille ont décidé ensemble de consulter leur médecin de famille qui leur a prescrit un traitement prophylactique que Sophie a interrompu au bout de 3 jours, car elle ne supportait pas le traitement. Pour la prévention du paludisme, les voyageurs consultent généralement leur médecin généraliste.

- c) Chez le médecin généraliste et au centre de vaccination internationale :

Quant au troisième circuit, il est important à décrire. Il n'existe que lorsque le médecin généraliste estime que la prévention et le conseil aux voyageurs ne sont pas de son ressort, et que c'est plutôt au spécialiste de le faire ou lorsque le généraliste a en face un patient qui a d'autres problèmes de santé comme le VIH par exemple. Par conséquent, le voyageur migrant qui passe par ce circuit accuse beaucoup plus de temps. Il cumule les deux temps des deux

premiers circuits. Ce fut le cas notamment de Julie qui est renvoyée par son médecin généraliste à Santé-Voyage dans sa quête d'information, rallongeant ainsi son parcours de prévention.

Julie est une doctorante en anthropologie. En octobre 2016, Julie devait se rendre au Burkina Faso pour un colloque. À quelques jours de son départ, elle m'a demandé conseil à propos de la prévention des risques sanitaires qu'elle pourrait encourir en se rendant au Burkina Faso. Je lui ai conseillé de prendre un rendez-vous avec son médecin traitant pour une consultation préventive, car il est vivement conseillé de se prémunir contre le paludisme. Mais à ma grande surprise, son généraliste l'a informé qu'il n'était pas habilité à lui prescrire une ordonnance chimioprophylactique. Pour en obtenir, il fallait se rendre à Santé-Voyage. À sa sortie de la consultation, elle m'a appelé à nouveau et m'a demandé si je pourrais intervenir auprès de Santé-Voyage afin de lui obtenir un rendez-vous dans les 48 h, car elle partait trois jours après. Cet exemple laisse entrevoir une certaine limite du médecin généraliste face à la prévention du paludisme. Voici l'avis sur la question d'un spécialiste des maladies infectieuses et tropicales :

« C'est lorsque les médecins sont démunis face à ce genre de demandes qu'ils disent qu'ils ne sont pas habilités. Bien sûr que c'est aussi leur travail. Le conseil au voyageur et la prévention du paludisme ? C'est aussi le travail du médecin généraliste. Ce n'est pas pour rien que l'on conseille aux voyageurs de consulter leur médecin traitant avant de se rendre dans un pays impaludé. Nous, on est là en cas de difficultés. (...) Dans d'autres situations, c'est mieux de renvoyer leurs patients directement parce qu'avec les professionnels du centre de vaccination, ils bénéficieront des meilleurs conseils. » (Georges, 32 ans, spécialiste des maladies infectieuses et tropicales, CHU de Bordeaux)

Cette difficulté n'est pas totalement assumée sous prétexte que c'est le travail du spécialiste. Toutefois, du point de vue thérapeutique, et en absence de connaissances sur la question, il vaut mieux orienter le patient vers un spécialiste de conseils personnalisés aux voyageurs et de vaccination internationale. D'ailleurs, Julie se réjouissait d'avoir bénéficié des conseils du spécialiste travaillant à Santé-Voyage qui se traduit en ces termes :

« Enfin, j'ai eu mon ordonnance en main. (...). La consultation s'est très bien passée. Le médecin qui m'a reçu était très sympathique et il était très content de conseiller quelqu'un qui va dans son pays d'origine (le médecin en question est

d'origine burkinabé). En plus, il m'a conseillé d'aller acheter mes médicaments à la pharmacie qui se trouve vers la fin de la rue SC⁴³ parce qu'apparemment, c'est la pharmacie la moins chère. »

Des spécialistes des maladies infectieuses et tropicales et de conseils aux voyageurs ont aussi fait les mêmes constats. Ils considèrent la prévention du paludisme comme une activité un peu trop compliquée pour les médecins généralistes.

« Les médecins traitants sont des omnipraticiens, donc ils doivent un peu savoir tout sur tout. Et théoriquement, le conseil aux voyageurs, comme ça évolue un peu, les groupes, les zones pour la prévention du paludisme, les zones à risque et un peu moins à risque, ils sont un peu perdus. Ils aiment bien appeler ici. Il y a jusqu'à 15 médecins généralistes par jour qui appellent pour avoir un avis. Non seulement ils regardent sur internet, mais ils préfèrent avoir un confrère au téléphone pour qu'on leur dise : prévention ? Pas prévention ? Et quel médicament ? Donc, oui il y a un bon paquet de médecins généralistes qui ne sont pas à l'aise, qui n'ont pas l'expertise en tout cas, qui sont capables de s'interroger sur le fait de donner une prévention du palu, mais qui ont besoin d'être rassurés pour l'indication. Pareil pour les vaccins. C'est d'ailleurs la même chose pour les pathologies de retour, ils appellent beaucoup face à une fièvre, à une diarrhée, parce qu'ils pensent qu'il peut y avoir un retour après la consultation. » (Alpha, 42 ans, spécialiste des maladies infectieuses et tropicales, CHU de Bordeaux)

Une étude allemande (Ropers et al, 2004) corrobore cette analyse. Elle montre que plus des trois quarts des médecins généralistes avaient régulièrement recours à des avis spécialisés et que 85,6 % des médecins généralistes pensaient devoir suivre une formation supplémentaire en matière de médecine du voyage. D'autres auteurs (Powel et Ford, 2010) estiment que, si les médecins généralistes peuvent conseiller leurs patients avant un voyage, ceux-ci doivent toutefois les orienter vers un spécialiste en cas de voyage dans un pays à haut risque de paludisme, de fièvre jaune ou autre maladie tropicale.

⁴³ Le nom de la rue est remplacé par ce sigle conformément au contrat moral d'anonymat établi avec les personnes enquêtés.

5.2.2. Parcours de prise en charge en cas d'importation du paludisme

En se référant à la législation et dans le cadre des soins de premiers recours, la plupart des pathologies importées en France, dont le paludisme, devraient être prises en charge en ville par les médecins traitants.

Cependant, les compétences des médecins généralistes en la matière sont limitées. La prise en charge du paludisme constitue un sujet peu maîtrisé. Selon les patients hospitalisés pour un paludisme à Bordeaux et interrogés dans le cadre de cette recherche, la majorité des médecins de ville rencontrent des difficultés à envisager le paludisme dès la première rencontre et à le traiter. C'est le cas d'Astou :

« Honnêtement, non ! Je me demande vraiment s'ils sont... je vais dire déjà assez informés sur la maladie du paludisme. Parce que quand même ça reste une maladie tropicale. Donc, est-ce que sans douter de l'information des médecins généralistes de France et d'ici... Parce que bon c'est vrai, je me suis dit ça passerait, mais bon, déjà dans mon cas j'étais quand même à l'arrêt maladie, donc d'aller voir le médecin pour dire que j'avais ce genre de symptômes, est-ce que tout de suite il allait diagnostiquer le paludisme, j'avoue j'ai un point d'interrogation là-dessus. Je pense qu'ils ne sont pas aussi suffisamment outillés pour traiter de genre de problèmes sanitaires. » (Astou, 36 ans, Franco-Camerounaise, mère de 3 enfants, aide-soignante, en France depuis 20 ans, Paludisme simple)

Une étude justifie cette difficulté par l'incompatibilité du diagnostic du paludisme avec la pratique de la médecine de ville (Delvert, 2014). En effet, le nombre de consultations ne laisse pas le temps de faire un diagnostic précis qui demande, entre autres, un recueil systématique d'informations sur le séjour en zone tropicale. Ainsi, souvent il n'y a pas de prescriptions pour la recherche d'un plasmodium. Cela conduit des fois à un diagnostic erroné de l'infection, ce qui confirme d'autres études internationales (Castéla, Legros, Lagardière, 2003 ; Chalumeau et al., 2006 ; Parola, et al., 2005, et Williams, Chitre, Sharland, 2002). Qui plus est, certaines recherches (Hoyez, 2011 ; Manlhan, 2008 ; Kotobi, 2000 ; Fassin, 2000a) en dehors du paludisme en France ont montré que les professionnels de santé rencontrent des difficultés dans la prise en charge des migrants. Ils ont des difficultés à faire des diagnostics cliniques et à communiquer avec eux.

Dans le cas où la prescription de recherche d'un plasmodium serait réalisée, beaucoup de biologistes, qui ne rencontrent cette maladie qu'occasionnellement au cours de leur pratique professionnelle en France, peinent à obtenir un résultat concluant, surtout quand il s'agit d'un paludisme à faible parasitémie difficile à identifier. Lorsque le résultat est positif, le traitement initié par le généraliste est souvent inadéquat en raison de sa méconnaissance sur la résistance de certains antipaludiques, surtout pour les cas en provenance de l'Afrique subsaharienne.

5.2.2.1. Reconnaître et interpréter une « fièvre du retour » comme un paludisme

« Toute fièvre au retour des tropiques, quels que soient les symptômes associés, doit être considérée a priori comme pouvant être d'origine palustre et nécessite une consultation en urgence. » (Caumes, Camus, 2017)

Cette phrase, que l'on retrouve dans tous les manuels de prévention et de prise en charge du paludisme dit d'importation, a pour but de faciliter le diagnostic rapide du paludisme et d'aider tout professionnel de santé non spécialiste des maladies tropicales à orienter son diagnostic vers un paludisme. Outre cette phrase, il existe des conseils sur les conduites à tenir devant un patient présentant une fièvre au retour des tropiques. Ils sont établis dans le cadre médical sous forme d'arbre décisionnel pour aider les praticiens à poser un diagnostic du paludisme sans tarder, car c'est une urgence médicale.

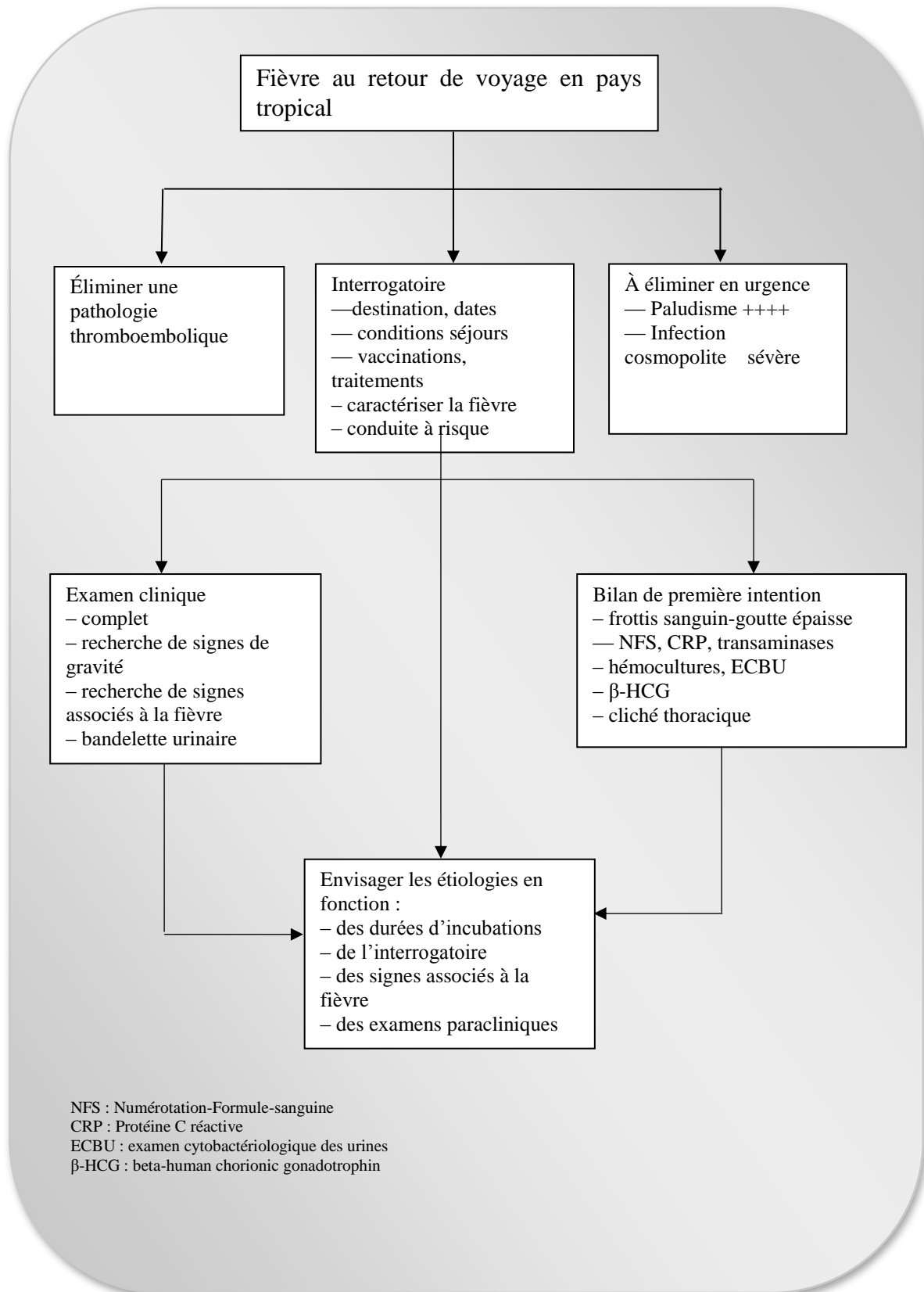


Figure 6 : Arbre décisionnel ; conduite à tenir devant une fièvre au retour de voyage en pays tropical. cf. Rault et Martinez, 2011

Cet arbre décisionnel, tiré d'un article écrit par deux praticiens hospitaliers (Rault, Martinez, 2011), renseigne la conduite initiale à tenir devant un patient présentant une fièvre au retour d'un voyage dans un pays impaludé.

On observe que l'interrogatoire est la première étape. Il est essentiel et fondamental d'après les deux médecins. Il peut faciliter l'identification de l'origine de la fièvre et des conduites à risque. Dans cette étape, ce qui est primordial, c'est le contenu des questions. La notion de voyage doit ainsi faire partie des questions posées pour que l'acteur de santé puisse identifier l'origine de la fièvre. Elle aide à orienter le diagnostic et rend la possibilité d'une maladie tropicale plus ou moins plausible en fonction des données propres au voyage et au voyageur comme le pays visité, la durée du séjour, l'utilisation d'une chimioprophylaxie antipalustre et son observance, etc. En sciences sociales, nombre d'écrits sur les rapports soignants/soignés nous apprennent que l'interrogatoire est un préalable (Fainzang, 2006b ; Jaffré, Olivier de Sardan, 2003). La communication avec le malade a une importance considérable (Adam, Herzlich, 2003) et constitue un pas vers un bon diagnostic.

Cette instruction doit être suivie d'un examen clinique et biologique. L'examen physique doit être complet avec recherche en priorité des signes de gravité ; prise des constantes virales comme la température, la tension artérielle, le pouls, les fréquences respiratoire et cardiaque, et la réalisation d'une bandelette urinaire. En complément à la situation clinique, des analyses biologiques simples doivent également être réalisées pour orienter le diagnostic et confirmer ou non les étiologies évoquées à l'interrogatoire et à l'examen clinique. Si ces derniers suspectent un paludisme, un frottis sanguin et une goutte épaisse doivent être réalisés en urgence. Les résultats devraient être communiqués dans les deux heures qui suivent le prélèvement (Rault, Martinez, 2011 ; SPILF, 2017). Lorsque le doute subsiste après un frottis sanguin et une goutte épaisse négatifs, dans un contexte clinique évocateur, la HAS (2016) propose la technique d'immunochromatographie (ICG). C'est une technique qui existe depuis les années 1990 (Berry, Iriart, Magnaval, 2009) et qui est communément appelée dans la littérature Test de Diagnostic Rapide. Elle détecte des antigènes spécifiques (des protéines) produits par les plasmodiums présents dans le sang des personnes infectées (Aubry, Gauzère, 2018).

Néanmoins, cet arbre décisionnel semble être méconnu par les médecins traitants des patients impaludés rencontrés.

« C'est une information qu'il faut aller chercher nous-mêmes. Il faut se documenter par toutes les voies possibles : internet, articles scientifiques, recommandations, etc... pour avoir l'ensemble des informations. Ce n'est pas quelque chose que, nous, on enseigne à nos étudiants. Dans les recommandations de prise en charge du paludisme, on sait très bien qu'il faut, devant un patient présentant des symptômes de fièvre du retour, envisager un paludisme. Mais là aussi, il faut que la notion de voyage soit évoquée. (...). Dans le cas contraire, on ne peut pas attribuer toute fièvre ou mal de tête à un paludisme. » (Hady, 55 ans, médecin généraliste, 26 ans d'expérience, Bègles)

En effet, on constate que les symptômes – fièvre du retour de mal de tête – ne sont pas si facilement associés au paludisme par le médecin traitant, alors que c'est une condition nécessaire pour que les tests et examens soient prescrits. Plusieurs cas différents le démontrent.

5.2.2.1.1. Cas 1 : Absence d'association des symptômes de « fièvre du retour » et de mal de tête à un accès palustre

Le diagnostic de paludisme semble être écarté par certains médecins généralistes lorsqu'une chimioprophylaxie avait été prescrite à leurs patients avant le séjour du patient en zone endémique. Dans ce cas, le médecin traitant a tendance à dissocier les symptômes de fièvre du retour et de mal de tête avec un paludisme.

L'exemple de cette femme franco-camerounaise de 42 ans en est une illustration. Je l'appelle Monique. Je l'ai rencontrée pour la première fois le 11 mars 2016 lors de son hospitalisation au SMIT du CHU de Pellegrin. Elle est mariée et a 5 enfants. Elle avait l'habitude d'aller au Cameroun pour rendre visite à sa belle-famille. Comme à l'accoutumée, elle s'est fait prescrire par son médecin traitant une chimioprophylaxie qu'elle a suivie à la lettre. Elle prenait quotidiennement son traitement, le doxypalu, et utilisait aussi des produits répulsifs. Par contre, elle n'utilisait pas de moustiquaire imprégnée d'insecticide, parce que dit-elle : *« moi, j'étais au village et il n'y avait pas du tout de moustiques. J'ai passé trois semaines au village et ma belle-famille ne dormait pas aussi sous des moustiquaires, car il n'y avait pas du tout de moustiques. »* Mais cette année, même avec le traitement préventif, elle a commencé à avoir une température élevée le 22^e jour au soir après son retour (23 février

2016). Le lendemain, le mercredi 24 février 2016, tôt le matin, son mari⁴⁴, qui a constaté toute la nuit la température élevée de sa femme, appelle leur médecin de famille pour obtenir un rendez-vous au plus vite. Mais ce jour-là, leur médecin était en repos. Le jeudi 25 février 2016, Monique se sent mieux. Elle n'avait plus de fièvre⁴⁵ et n'a pas jugé nécessaire d'appeler son médecin généraliste. Pendant la nuit, elle a de nouveau de la température. Au réveil, son mari a de nouveau appelé leur médecin de famille, qui était toujours absent, et Monique a eu affaire à sa remplaçante. Elle est tout de même allée à la consultation, parce que dit-elle : « *on m'avait prévenue que s'il y avait une forte fièvre, il faut aller directement consulter le médecin généraliste* ». Au cours de la consultation, elle explique au médecin remplaçant ses symptômes (fièvre la nuit et mal de tête), et l'informe de son retour du Cameroun. La généraliste l'ausculte en prenant sa température et sa tension artérielle. Tout était presque normal, et Monique n'avait que peu de fièvre. La remplaçante lui prescrit du paracétamol en cas de fièvre la nuit ainsi qu'une analyse de sang « *mais il n'y avait pas de recherche de paludisme* » me dit Monique. La remplaçante demande à Monique de l'appeler le samedi (27 février 2016) pour connaître les résultats de l'analyse de sang. Le samedi matin, comme convenu, Monique appelle la remplaçante qui lui annonce : « *ne vous inquiétez pas madame, il n'y a rien de méchant. Mais appelez quand même votre généraliste habituel le lundi* ». Le lundi 29 février 2016, elle contacte encore son médecin traitant qu'elle n'avait pas pu voir. Ce dernier lui donne un rendez-vous l'après-midi même. Au cabinet, la consultation a débuté d'abord par l'interrogatoire sur le parcours de soins de Monique qui explique alors comment les choses se sont déroulées depuis son retour du Cameroun. Puis le généraliste lui confirme les propos de son confrère sur les résultats des analyses réalisées : « *Les résultats d'analyse ne révèlent rien d'anormal* ». Le médecin traitant lui donne un autre rendez-vous le mardi 1^{er} mars 2016 pour lui prescrire des analyses pour l'Hépatite A⁴⁶ et pour la maladie de Lyme⁴⁷, mais les résultats ne révèlent rien d'anormal à cet égard. Les tests réalisés étaient tous

⁴⁴ Le mari de Monique que j'ai rencontré le jeudi 17 Mars 2016 est originaire du Cameroun. Il a 46 ans.

⁴⁵ La fièvre est l'un des principaux symptômes du paludisme. Elle peut être continue ou irrégulière et/ou rémittente.

⁴⁶ L'Hépatite A est une infection hépatite provoquée par le virus VHA qui se propage essentiellement lorsqu'une personne non infectée ou non vaccinée boit de l'eau ou consomme des aliments contaminés par les matières fécales d'un sujet contaminé. C'est une maladie qui est étroitement liée au manque d'eau potable et d'assainissement et à une mauvaise hygiène personnelle. Elle constitue l'une des maladies les plus fréquentes d'origine alimentaire. Géographiquement, le virus VHA s'est beaucoup développé dans les pays en voie de développement, notamment en Afrique et touche considérablement les enfants et les personnes non immunisées.

⁴⁷ La maladie de Lyme (Lyme Borreliosis) est causée par la bactérie *Borrelia* et se transmet par la piqûre de tiques infectées. Cette maladie se manifeste de la fièvre, des frissons, des céphalées, de la fatigue et des douleurs musculaires et articulaires. Elle peut également se manifester par une éruption cutanée qui apparaît souvent à l'endroit de la morsure avant de s'étendre progressivement pour former une zone circulaire pâle en son centre, et se propager à d'autres parties du corps.

négatifs. Jusque-là, un prélèvement pour rechercher une éventuelle infection palustre n'était pas envisagé car, d'après son généraliste, les symptômes que décrivait sa patiente ne correspondaient pas forcément aux symptômes habituels d'un accès palustre. Monique avait peu de fièvre. La manifestation de sa fièvre était un peu particulière : sa fièvre était inconstante et passagère. Sur le coup, dit son généraliste, « *ce n'était pas évident !* » La nuit du jeudi 3 mars 2016 au vendredi 4 mars 2016, Monique fait de nouveau une « *crise de fièvre* », et elle se sentait très mal. Son mari téléphone à SOS médecins qui est venu aussitôt au domicile du couple. Le mari explique en détail à SOS médecins les pics de fièvres de son épouse depuis son retour du Cameroun, et lui remet aussi les résultats des différentes analyses déjà réalisées. SOS médecins l'ausculte et précise que Monique n'aurait pas pu faire toutes ces analyses, car l'examen clinique évoquait une possible mononucléose⁴⁸. Le médecin prescrit un traitement pour soulager Monique et un examen biologique à faire le lendemain. Vendredi 4 mars 2016, avant de se rendre au laboratoire pour la prise de sang, Monique informe par téléphone son médecin traitant de l'intervention de SOS médecins et des analyses sanguines à réaliser. Son généraliste, un peu dépassé par la situation, appelle le docteur R. du SMIT pour demander un avis. Ce dernier conseille au généraliste d'adresser Monique aux urgences de Pellegrin sans tarder parce qu'il y a une incohérence entre les crises de fièvres et les résultats des différents examens sanguins. Aux urgences, les médecins urgentistes refont une analyse de sang, mais cette fois-ci pour chercher un paludisme. Le résultat est positif. La découverte du paludisme avait beaucoup soulagé Monique car, dit-elle, « *depuis ce temps, je ne m'arrêtais pas de me demander qu'est-ce qui passe réellement. (...) Alors je suis passée par Hépatite A, après la maladie de Lyme, puis la mononucléose pour en arriver voilà au paludisme. Au moins, là je sais ce que je dirai à la famille surtout mes enfants qui n'arrêtaient pas de me demander ce que j'avais et je n'arrivais pas à leur donner une explication claire.* » Monique reconnaît la difficulté de tous les professionnels de santé à qui elle a eu affaire pendant sa quête de guérison à diagnostiquer le paludisme. Par conséquent, la prochaine fois, en cas de fièvre de retour, elle passera directement aux urgences de Pellegrin ou appellera le SMIT et n'ira pas chez le docteur généraliste qui a ralenti la prise en charge.

Cette absence d'association des symptômes de fièvre du retour du Cameroun et de mal de tête à un accès palustre n'est pas un cas isolé. La quasi-totalité des patients hospitalisés a été confrontée à ce type de situation. L'information donnée (évoquant le retour d'un pays à

⁴⁸ La mononucléose est une maladie virale due au virus d'Epstein-Barr. Le virus se transmet essentiellement par la salive. On l'appelle aussi souvent sous les qualificatifs de « maladie du baiser » ou « maladie des fiancés ». La mononucléose se manifeste par une importante fatigue, une fièvre élevée et une angine.

risque palustre, fièvre la nuit, mal de tête, fatigue) au médecin traitant lors des différentes consultations est caractéristique d'un possible paludisme, reconnaissable par une fièvre continue ou irrégulière et parfois n'apparaissant qu'à partir du 7^e jour, jusqu'à 6 mois après la piqûre de moustique. Cette fièvre peut s'accompagner ou non de maux de tête, de douleurs musculaires, d'un affaiblissement, de vomissements, de diarrhées et de toux (SPILF, 2007).

Les symptômes de la fièvre et du mal de tête, associés à un voyage dans un pays impaludé sont suspectés comme étant la manifestation d'autres pathologies.

5.2.2.1.2. Cas 2 : Interprétation de la « fièvre du retour » comme symptôme d'une autre maladie déjà expérimentée

D'autres médecins généralistes, à défaut d'interpréter la fièvre du retour comme un paludisme, l'expliquent comme symptôme d'une autre maladie en se basant sur le Dossier Médical Personnalisé⁴⁹ (DMP). C'est le cas de Yolande. J'ai rencontré Yolande le 29 février 2016 au cours de son hospitalisation et le 24 mars 2016 lors de sa visite de contrôle au SMIT de Pellegrin⁵⁰. Elle a 36 ans et elle habite à Agen. Célibataire et sans enfants, elle a vécu pendant 10 ans sur l'île de la Réunion en tant qu'infirmière dans le privé. En octobre 2014, elle est rentrée en France avant de repartir pour sept mois en République centrafricaine (RCA) dans le cadre d'une mission humanitaire avec une organisation non gouvernementale.

Entre décembre 2015 et février 2016, elle repart en mission humanitaire en tant qu'infirmière et coordonnatrice de projet dans la même ONG en République Démocratique du Congo (RDC). Elle était sous chimioprophylaxie : Doxycycline (un comprimé chaque jour de 100 mg) parce que, dit-elle « *pour les organismes dans lesquels je travaille en général, il y a des choses à respecter, et la prévention du paludisme en fait partie. Tout le personnel reçoit des conseils sur les médicaments et le traitement antipaludique est pris en charge financièrement* ». Elle dormait également sous une MII. Néanmoins, elle était en « *mode découverte* », elle n'utilisait pas de répulsifs et elle ne portait pas d'habits longs couvrant les bras. D'ailleurs selon elle, sa seule erreur était de ne pas mettre du répulsif tous les jours.

⁴⁹ Le Dossier Médicale Personnalisé (DMP) est un dossier médical informatisé qui contient des informations personnelles de santé nécessaires au suivi des personnes : traitements, antécédents médicaux et chirurgicaux, compte rendus hospitalisation et de radiologie et analyses de laboratoire. Avec l'accord eu patient, les professionnels de santé chargés de son suivi peuvent partager les informations utiles à la coordination de ses soins. Toutes ces données sont stockées chez un hébergeur de données agréé par le ministère en charge de la santé.

⁵⁰ Le second entretien devrait avoir lieu normalement à son domicile. Mais pour des raisons d'éloignement (elle habitait à Agen au moment de l'enquête), j'ai réalisé le deuxième entretien au SMIT lors de son second passage pour la visite de contrôle.

Durant cette mission, Yolande occupait deux postes : elle était responsable d'une campagne de vaccination contre la rougeole et responsable des soins infirmiers de l'hôpital pédiatrique.

Le dernier jour de sa mission, le dimanche 31 janvier 2016, elle commence à avoir « *une fébricule 38 à 39, des nausées, des maux de tête et une éruption cutanée.* » Ayant déjà soigné des cas de paludisme, elle a tout de suite reconnu les symptômes et son supérieur hiérarchique lui a conseillé un traitement présomptif : le Coartem ©, soit une thérapie combinée à bas d'Artémisinine. Yolande suit ce traitement pendant deux jours en attendant son retour pour la France le 2 février 2016. En France, les symptômes s'estompent un peu : elle avait plus ou moins de fièvre, mal à la tête et moins de nausées. Le jeudi 4 février 2016, elle décide quand même de partir en consultation chez son médecin traitant. Devant le généraliste, Yolande décrit les symptômes (fièvre, nausées, mal de tête, éruption cutanée) et informe son médecin traitant de son retour de la RDC. Ce dernier a juste regardé son Dossier Médical Personnalisé (DMP) et lui a dit : « *Ne vous inquiétez pas, ça doit être le reste de l'hépatite B.* » Son généraliste lui prescrit du Doliprane pour calmer ses maux de tête. Pour Yolande, la consultation était bâclée. « *Il (mon médecin traitant) ne m'a pas fait de bilan, ne m'a pas posé des questions, il ne m'a pas auscultée. Il savait que j'avais voyagé, mais il ne m'a pas auscultée, il ne m'a pas fait un bilan sanguin. Il a juste regardé dans mon dossier. Donc pour moi ça ne m'a pas rassuré du tout.* »

Malheureusement, la fièvre et le mal de tête ont continué. Elle ne se sentait toujours pas en forme malgré le traitement par Doliprane. Le 8 février 2016, elle téléphone au Service interne des maladies tropicales du CHU de Toulouse pour prendre un rendez-vous. On lui a donné un rendez-vous un mois et demi plus tard, soit le 29 mars 2016. Yolande demande à la personne au téléphone si le rendez-vous ne pouvait pas être rapproché. La réponse était : « *Il n'y a pas de rendez-vous disponible avant le 29 mars. Si, entre-temps, ça ne va pas du tout, il faut passer aux urgences.* » Son état de santé ne s'est pas amélioré. Le vendredi 12 février 2016, elle décide alors de consulter à nouveau son médecin traitant. Cette fois-ci, le généraliste lui fait faire un examen sanguin. Les résultats ont révélé une hépatite ancienne (elle avait des antécédents de santé avec Hépatite B) et confirment l'examen clinique établi précédemment. Plusieurs jours après sa deuxième consultation chez son médecin traitant, Yolande recommence à avoir de « *fortes fièvres en fin de journée* » alors qu'elle pratiquait toujours l'automédication. Le mercredi 24 février 2016, elle consulte un autre médecin généraliste parce qu'elle avait l'impression que son médecin traitant sous-estimait les symptômes décrits. À la consultation, elle explique au généraliste le déroulement des

événements (son séjour en RDC, les résultats des examens réalisés par son médecin traitant, les principaux symptômes et le traitement pris pendant tout ce temps). Le généraliste lui prescrit une goutte épaisse et un complément de bilan et lui conseille d'arrêter la prise du Doliprane. Les résultats des examens sont prévus pour le lendemain. La nuit du 24 au 25 février 2016, Yolande refait une forte fièvre qu'elle n'arrive pas à supporter, donc elle téléphone au numéro 15 et les personnels du SAMU (Service d'Aide Médicale d'Urgence) l'amène aux urgences. Une fois là-bas, elle explique aux médecins urgentistes le déroulement des événements comme elle l'avait fait avec le deuxième médecin généraliste et mentionne les tests réalisés la veille. Sans tarder, les médecins réalisent d'autres tests dont un pour le paludisme qui se révèle positif quelques heures après. Ainsi, elle est transférée aux urgences du CHU de Pellegrin. Sur place, d'autres tests sont encore réalisés, notamment une goutte épaisse, un bilan complet et un scanner des poumons. La goutte épaisse montre un taux de parasitémie élevé. Tout de suite, elle est admise au service de réanimation où elle a passé deux jours avec comme traitement l'Artésunate intraveineuse, avant d'être transférée au SMIT où je l'ai rencontrée.

Faute de pouvoir résoudre l'énigme de la fièvre, de la fatigue et du mal de tête décrits par les patients, d'autres médecins s'attacheront aux antécédents de santé via le DMP. Ce récit montre bien qu'il n'y a pas eu de recherche poussée pour comprendre le véritable problème.

Cette expérience indique aussi un manquement qui résulte d'une sous-estimation des symptômes, parce que souvent assimilés à une autre maladie antérieure. En effet, l'assimilation et la banalisation des symptômes aident à écarter l'hypothèse d'une nouvelle maladie qui nécessite un nouveau traitement (Levanthal et al., 2001) ou qui pourrait inquiéter le patient : « *Ne vous inquiétez pas, ça doit être le reste de l'hépatite B* », disait un médecin traitant de 49 ans (Agen) à sa patiente à propos de son état de santé. Par cette phrase, le généraliste assimile finalement les symptômes (fièvre, maux de tête, nausées, éruption cutanée) en contexte de retour d'un pays à risque palustre à une hépatite qui est une des maladies antérieurement expérimentées par sa patiente. Dans d'autres cas, le généraliste réoriente la consultation vers des maladies que l'on retrouve dans le contexte épidémiologique français comme la grippe par exemple.

5.2.2.1.3. Cas 3 : Assimilation de la « fièvre du retour » à la grippe

Ce troisième cas reprend le parcours de prise en charge de Daniel que j'ai rencontré le 15 mars 2016 au CHU de Bordeaux lors de son hospitalisation, et le 13 mai 2016 à son

domicile à Langon. Daniel a 46 ans et est divorcé. Il est informaticien et développeur Web. Dans le cadre de son travail, Daniel voyage régulièrement à l'étranger. Le jeudi 18 février 2016, il se rend au Cameroun pour deux semaines. Il n'avait pas pris de précautions particulières par faute de temps : « *c'était prévu, mais je n'avais pas le temps de passer chez le médecin avant* ». Au Cameroun, Daniel séjournait dans un hôtel et ne se protégeait pas non plus des piqûres des moustiques.

Deux jours après son retour du Cameroun (samedi 5 mars 2016), Daniel développe les premiers signes : frissons, courbatures, maux de tête. Il initie un traitement par Doliprane à domicile. Le mercredi matin, le 7 mars 2016, les symptômes persistent. Daniel décide de consulter son médecin traitant. Pendant la consultation, il décrit au médecin ses symptômes (frissons, maux de tête et courbatures) et signale au médecin son retour du Cameroun. Le généraliste l'ausculte et conclut à une grippe parce que pour Daniel, « *en ce moment-là, il y avait toujours l'épidémie de la grippe en France.* » Son médecin traitant lui administre un traitement pour soigner la grippe : doliprane et ibuprofène. Convaincu d'avoir vraiment une grippe, Daniel suit minutieusement ce traitement pendant quelques jours : « *J'ai cru que j'étais vraiment grippé. Les symptômes ressemblaient à une grippe. En plus, je n'ai jamais eu de problèmes de santé liés au voyage. Je me déplace beaucoup en Afrique, mais je n'ai jamais eu ça.* »

La nuit du jeudi 10 mars 2016, à trois heures du matin, Daniel ressent une forte fièvre (40°). Il contacte les urgences de l'hôpital Pasteur de Langon et leur explique ses symptômes et les informe de son retour du Cameroun. Les ambulanciers l'amènent aux urgences de cet hôpital. À l'hôpital Pasteur, les médecins réalisent une goutte épaisse. Le résultat est positif, mais, avant d'initier le traitement, le médecin urgentiste contacte par téléphone le SMIT de Pellegrin pour connaître quel antipaludique utiliser. Le docteur de garde ce soir-là au SMIT demande à son collègue de Langon quels étaient les antipaludéens dont l'hôpital Pasteur disposait. L'urgentiste répond qu'il n'a que de la Malarone en réserve. Ainsi, le médecin de garde au SMIT conseille à son collègue la Malarone, 4 compris par jour pendant trois jours. Les médecins ont gardé Daniel en observation le premier jour de son traitement.

Le lundi 14 mars 2016, Daniel se réveille avec un mal de tête et une forte fièvre. Il appelle encore les urgences de l'hôpital Pasteur qui lui ont remis les coordonnées téléphoniques du SMIT de Pellegrin. Il téléphone au SMIT et leur explique la chronologie des faits. Le médecin de garde à qui Daniel parle semblait être surpris par l'histoire de Daniel car,

pour l'acteur de santé, ce n'était pas normal que Daniel ait encore des symptômes (fièvre et maux de tête) après un traitement antipaludique de 3 jours. Il faut donc que Daniel se rende au SMIT pour consulter un spécialiste des maladies infectieuses et tropicales afin de vérifier si c'est encore un paludisme ou une autre pathologie. Avec l'aide du spécialiste qu'il a eu au téléphone, il obtient rapidement une ambulance qui le transporte à l'hôpital Pellegrin. Sur place, l'infectiologue lui fait faire des analyses sanguines notamment une goutte épaisse. Les résultats révèlent toujours un paludisme.

Si on prend l'exemple de Daniel, on comprend que l'absence d'antécédents palustres malgré des séjours répétés en zone à risque favorise l'assimilation de la fièvre du retour à une grippe, d'autant plus que le paludisme et la grippe débutent généralement avec des symptômes similaires. En outre, la survenue de la fièvre pendant l'épidémie de la grippe en France brouille la piste d'un paludisme dans la mesure où le contexte épidémiologique dans lequel se déroule la consultation évoquerait plus une grippe qu'un paludisme d'importation. Pendant l'épidémie de grippe, un patient fébrile a plus de chance d'être considéré comme grippé sans confirmation biologique.

Il convient toutefois de noter que certains médecins généralistes n'acceptent pas cette explication. Corinne est une généraliste de 47 ans, informée⁵¹ de la prise en charge de cette maladie. Elle avait tenu des propos critiques à l'encontre des confrères généralistes qui ont tendance à assimiler la « fièvre du retour » à une grippe. Pour ce généraliste, ce n'est pas pour rien qu'on parle de fièvre du retour. Se limiter à la fièvre sans rechercher son origine en prescrivant un traitement contre la grippe relève de la facilité. Poursuivant son discours, elle précise que :

« Le thème, c'est la fièvre du retour. Aller chercher l'information de : "Est-ce que vous avez voyagé ?" Il faut peut-être l'avoir tous en tête quand quelqu'un vient avec la fièvre. Même quand on est en pleine épidémie de grippe, il faut y penser. La fièvre est le symptôme qu'on retrouve dans tout, donc ça peut amener à une certaine confusion. Mais il faut savoir que le palu, ce n'est pas que de la fièvre aussi. Ils ont mal à la tête, des vomissements, ça fait partie des choses qu'on retrouve chez un patient palu après les obnubilations. Il y a d'autres signes qui peuvent faire penser à ça qu'on n'a pas la grippe. Donc la fièvre certes, c'est le point de départ de beaucoup de choses, mais bon. Après je ne vais pas dire qu'à

⁵¹ Elle est originaire du Mali. Elle a débuté sa carrière en Afrique avant de venir s'installer en France.

chaque fois que je pense à un palu, c'est un palu. Vaut mieux y penser à temps que de passer à côté. Même en étant en pleine période de froid hivernal, c'est trop facile de considérer la fièvre comme une grippe. Donc, c'est parce que justement il y a tellement souvent la fièvre, qu'on parle de fièvre du retour pour aider les médecins.» (Corinne, 47 ans, médecin généraliste, 15 ans d'expérience, Bordeaux)

La dissociation de « la fièvre du retour » d'un accès palustre, la réorientation de la consultation sur des pathologies répertoriées dans le DMP et l'assimilation de la fièvre du retour à des maladies que l'on retrouve dans le contexte épidémiologique français ont pour conséquence de ralentir le diagnostic du paludisme. Elles peuvent conduire à une insatisfaction des attentes du patient vis-à-vis du médecin généraliste et à l'aggravation des cas. Avant de parler des retards de diagnostic, il est important d'analyser les principales raisons qui rendent l'interprétation de la « fièvre du retour » si difficile pour beaucoup de médecins généralistes.

5.2.3. Quelques facteurs explicatifs

Les résultats de terrain révèlent un ensemble de facteurs qui peuvent expliquer les problèmes de diagnostic que rencontrent les médecins traitants. Ces facteurs sont la formation du professionnel de santé, le déroulement de la consultation médicale, le caractère exotique du paludisme en France et la nature des symptômes de la maladie.

5.2.3.1. La formation et le défaut d'information

Les sciences sociales et médicales s'interrogent de plus en plus aujourd'hui sur le problème que peut poser la formation des professionnels de santé sur la qualité de la prise en charge du paludisme (Ndoye, 2009 ; Vidal, Fall, Gadou, 2005 ; Pistone et al., 2010a ; Morin, 2011). L'insuffisance de la formation en médecine des voyages et le défaut d'information du généraliste comme facteurs explicatifs des problèmes de prise en charge sont évoqués dans beaucoup de travaux (Pistone et al, 2010a ; Morin, 2011). Les médecins généralistes sont peu sensibilisés aux pathologies tropicales. Les différentes analyses soulignent le lien entre la lutte contre le paludisme et les formations des professionnels de santé (Gruénais, 2003). Une évaluation des besoins de formation des médecins généralistes en médecine des voyages réalisée par Morin (2011) a révélé des discordances entre les besoins en formation des

médecins généralistes et ceux identifiés par les spécialistes, et une sous-évaluation par ces derniers des besoins de formation sur la fièvre du retour.

Précisons que les données présentées ici sont des données déclaratives qui sont issues des différents entretiens menés auprès des acteurs de santé également chargés d'enseignement. Le contenu des cours n'a pas fait l'objet de recherche spécifique. Il ne s'agit pas de remettre en cause la qualité de la formation reçue, mais de montrer le temps consacré à cette formation et le contexte dans lequel elle se déroule. Cela requiert de relier la formation initiale reçue par les médecins généralistes et leurs difficultés à réaliser une prise en charge du paludisme.

La formation initiale en matière de prévention et de prise en charge du paludisme est constituée de deux volets : le premier volet se fait au second cycle et le deuxième volet au troisième cycle.

- 1) La formation au second cycle est assurée par les infectiologues. Le temps consacré à ce cours n'est pas important. D'après un médecin généraliste qui siège au département de la médecine générale de Bordeaux :

« Il y a deux heures de cours qui sont consacrées à la pathologie et au conseil au voyageur au cours des trois ans des diplômes d'études spécialisées de médecine générale où là on peut aborder la problématique et la prophylaxie du paludisme et éventuellement la prise en charge en cabinet. » (Hady, 55 ans, médecin généraliste, 26 ans d'expérience, Bègles)

- 2) Quant au second volet, il n'y a pas de formation spécifique, et ce pour deux raisons : premièrement, ce n'est pas prévu dans le programme et, deuxièmement, l'organisation de l'enseignement est basée sur un modèle de pédagogie inversée qui repose sur les situations cliniques qui sont amenées par les étudiants avec ou sans thématique particulière. Cette pédagogie inversée, nommée Portfolio⁵², suppose, à partir des situations professionnelles authentiques observées pendant les stages, un processus réflexif favorisant les interactions avec les formateurs et les apprentissages contextualisés. Dans les Portfolios, les futurs médecins généralistes rapportent des situations cliniques qui peuvent être thématiques ou pas. Parmi celles thématiques, un

⁵² URL : <https://sante.u-bordeaux.fr/Espace-etudiant/Medecine/Medecine-generale/Portfolio>

médecin généraliste qui siège au département de la médecine générale de Bordeaux m'expliquait :

« Il peut y être abordé la question de la prévention et de la prise en charge du paludisme. Mais, ça va dépendre un tout petit peu des situations qui sont ramenées par les étudiants. Nous (enseignants), on fait seulement un petit recentrage et un petit complément en fin de cours sachant qu'au début du cours ce sont les étudiants qui présentent des situations qu'ils ont rencontrées dans leurs stages et, donc du coup parfois on parle du paludisme, parfois non pour ce qui est de la pathologie elle-même. » (Hady, 55 ans, médecin généraliste, 26 ans d'expérience, Bègles)

Les médecins généralistes n'avaient reçu que deux heures de cours au second cycle sur les maladies tropicales et les conseils aux voyageurs. C'est dans ce cours que sont abordées les questions de la prophylaxie du paludisme et éventuellement de la prise en charge en ville. Occasionnellement, ces sujets peuvent être abordés au troisième cycle lorsque les étudiants rapportent des situations cliniques portant sur le paludisme. Dans le cas où le paludisme et/ou le conseil aux voyageurs ne feraient pas partie des situations professionnelles rencontrées par les étudiants, ces derniers se contenteront des deux heures de cours reçus en master.

Les résultats révèlent également des contradictions sur la place accordée au paludisme dans ce cours entre médecins généralistes et spécialistes des maladies infectieuses et tropicales. Pour certains médecins généralistes, cette pathologie occupe une place secondaire au profit des autres fièvres du retour comme la Dengue, le Chikungunya ou les arboviroses de manière générale. Selon Georges, un spécialiste des maladies infectieuses et tropicales du CHU de Bordeaux, on continue au contraire d'insister sur le paludisme puisque c'est une urgence. Si le diagnostic n'est pas fait à temps, il peut être fatal. Néanmoins, il reconnaît qu'en termes de visibilité, la dengue, le chikungunya et tout récemment le Zika doivent être mis au premier plan :

« Le paludisme, on en parle depuis longtemps, et les médecins le connaissent plus ou moins. Et, généralement, ils ont quelques notions basiques. Alors que la dengue et le chikungunya, c'est quelque chose qui est plus émergent parmi les pathologies que l'on voit au retour et les spécialistes commencent à bien le savoir. Mais la communauté des médecins généralistes le découvre de façon plus

récente au même titre que les patients qui partent en voyage. Sur ce point, il faut les mettre en avant pour les gens et les professionnels non spécialistes.»
(Georges, 32 ans, spécialiste des maladies infectieuses et tropicales, CHU de Bordeaux)

Si les deux heures de cours étaient exclusivement dédiées au paludisme, seraient-elles suffisantes pour bien former en profondeur les futurs médecins généralistes ? Les acteurs de santé chargés de l'enseignement s'accordent avec les autres médecins généralistes interviewés pour reconnaître que le temps consacré à la formation n'est pas suffisant. Toutefois, d'après Hady qui est en même temps formateur au département de médecine générale de Bordeaux et médecin généraliste, il n'y a pas besoin pour un médecin généraliste de connaître la prise en charge complète du paludisme à l'hôpital et le traitement.

« Ce qu'on apprend aux étudiants, c'est en fait, quelle que soit la pathologie à laquelle ils sont confrontés, on leur demande tout simplement de trouver les moyens, de réfléchir si la conduite à tenir qu'ils ont eue est adéquate en fonction des recommandations ou pas. Par exemple, si on prend le cas du paludisme, s'ils rencontrent en consultation un patient pour lequel ils suspectent un paludisme, ils doivent se poser les questions suivantes : est-ce qu'il y a des critères de gravité ? Est-ce que le patient doit être gardé à domicile ? Est-ce qu'il doit être hospitalisé ? Quel traitement va-t-on mettre en place si on garde le patient à domicile, et quels sont éventuellement les examens complémentaires à faire ? Ces éléments-là, ce sont des éléments que doit connaître le médecin généraliste. Il n'a pas à connaître la prise en charge complète du paludisme à l'hôpital, le traitement, etc. Ce qui est important de savoir c'est : est-ce que c'est un paludisme grave ou pas ? Est-ce qu'il y a une urgence ou pas ? S'il n'y a pas une urgence, qu'est-ce que je fais ? Comment je confirme le diagnostic et comment je traite le patient à domicile ? Sinon, quel moyen je mets en œuvre pour l'hospitaliser dans le meilleur délai ? » (Hady, 55 ans, médecin généraliste, 26 ans d'expérience, Bègles)

Trois objectifs sont attendus à l'issue de cette formation. Le médecin généraliste doit :

- 1) penser et être capable au moins de diagnostiquer le paludisme ;
- 2) évaluer la gravité ;

3) identifier le spécialiste et orienter le patient.

La médecine générale est à la croisée de l'ensemble des pathologies et des spécialités, donc la formation sur le paludisme est assez limitée. Les généralistes, qui au cours de leur pratique professionnelle souhaitent actualiser leurs compétences sur la prise en charge du paludisme peuvent, demander à recevoir une formation continue sur ce thème.

Si les participants n'ont pas explicitement affirmé que la formation initiale est défailante, les lacunes et méconnaissances des médecins traitants mises en avant dans les études de cas de Monique, de Yolande et de David peuvent s'expliquer non seulement par le peu de temps consacré à l'enseignement de la médecine des voyages en second cycle, mais aussi à la façon dont elle est enseignée. Pour Astou, qui est patient, mais aussi aide-soignante, c'est surtout le temps consacré à la formation qui fait défaut.

« Ils ont certes reçu une formation, je suis dans le corps médical, je sais de quoi je parle, mais cette formation n'est pas suffisante pour diagnostiquer, traiter et soigner des maladies tropicales comme le paludisme facilement. En plus il y a de plus en plus de maladies tropicales, le temps dédié à la formation n'est pas suffisant, sachant que malheureusement la population bouge beaucoup. Avant les gens voyageaient certes, mais ils ne voyageaient pas beaucoup comme maintenant. » (Astou, 36 ans, Franco-Camerounaise, mère de 3 enfants, Aide-Soignante, en France depuis 20 ans, Paludisme simple)

La formation professionnelle sur les techniques de diagnostic du paludisme est à souligner. Le service d'évaluation des actes professionnels de la HAS (2016) avait évoqué l'absence d'enseignement de la technique de la goutte épaisse par certains CHU dans le cursus d'internat de biologie. Cette absence de formation est problématique dans un pays où le taux d'importation de paludisme est important. Néanmoins, dans le cadre du Développement Professionnel Continu (DPC), plusieurs organismes dont les enseignants sont des parasitologues universitaires avaient inscrit la technique de la goutte épaisse à leur programme. Là encore, les examens de parasitologie ne sont plus inscrits dans le plan d'accréditation comme une famille spécifique, mais sont inclus dans la famille « microbiologie », ce qui a sans doute provoqué un désintérêt de certains biologistes pour les programmes de maintien des compétences dans ce domaine. L'absence de formation du personnel de laboratoire a été constatée ailleurs, notamment dans les pays endémiques (Ndoye, 2009) où une seule partie du personnel des laboratoires au Sénégal avait reçu une

formation. En plus, ceux qui sont considérés comme formés l'ont souvent été « sur le tas », et de manière informelle.

Le manque de temps constitue un deuxième facteur qui augmente la difficulté des médecins généralistes à diagnostiquer et à prendre en charge le paludisme d'importation.

5.2.3.2. Le manque de temps

La consultation chez le médecin traitant pour la prévention ou en cas de fièvre au retour de voyage dans une zone impaludée est vécue par mes interlocuteurs comme un moment qui ne laisse pas le temps d'évoquer en détails les conditions de séjour et le retour d'une zone à risque palustre. La consultation avec le généraliste n'est pas ouverte et ne donne pas l'occasion pour le médecin ni pour le malade de discuter largement des circonstances d'apparition de la fièvre. La forte fréquentation des cabinets et le manque de temps qui en résulte sont avancés par de nombreux généralistes qui déplorent ne pouvoir ni ausculter leurs patients ni poser des questions ni communiquer avec eux de manière approfondie. Les médecins généralistes sont souvent obligés d'aller vite afin de pouvoir recevoir tous les patients. C'est le cas de ce médecin généraliste de 46 ans qui exerce depuis 17 ans à Méridac. Il consulte sans rendez-vous. Tous les jours et surtout le lundi, explique-t-il :

« Mon cabinet est bondé de patients. Pour recevoir tout le monde, je suis obligé de faire vite. La consultation dure en moyenne 10 minutes. Au moins, tout le monde sera reçu. Je raccourcis souvent les consultations pour aller à l'essentiel, c'est-à-dire prendre la tension artérielle, rythme cardiaque, demander au patient depuis quand les symptômes ont débuté, ce sont ces genres de choses. »

En France, la durée moyenne de la consultation en médecine générale est estimée selon les études entre 14 min 30 s (Chambonnet, Barberis, Peren, 2000) et 18 min 30 s (Popelier et al., 2008). Ces mêmes études soulignent toutefois que la durée des consultations ainsi calculée reste la plus longue en Europe. Certes, les 10 minutes que ce médecin généraliste consacre en moyenne pour chaque consultation semblent être peu, mais encore faut-il les comparer aux autres pays européens comme l'Espagne, l'Allemagne et le Royaume-Uni où les consultations durent en moyenne entre 8 min et 9 minutes (Devergel, Duho, Kandel, 2002).

Pour d'autres médecins généralistes, le paiement à l'acte influencerait le temps qu'ils accordent à chaque patient. Les raisons économiques sont souvent évoquées pour justifier la brièveté de la consultation. Ils considèrent leur cabinet comme une entreprise : « *Le cabinet,*

c'est comme une entreprise. Il faut la faire tourner. J'ai des charges à payer comme tout le monde ! », me disait Issa, un médecin généraliste à Saint-Augustin. Une attitude qui s'accroît dans la mesure où le bon médecin pour le patient est de plus en plus défini comme celui qui dispose d'une grosse patientèle et est disponible pour eux. En effet, il doit garder un niveau de vie élevé, correspondant à son niveau d'études et de responsabilités (Isnard, 2011).

À noter également que la satisfaction des patients est souvent corrélée avec la durée de la consultation. Yolande n'a pas hésité à critiquer le temps que les médecins généralistes accordent à leurs patients.

« Je trouve inadmissible qu'on ne nous accorde pas assez temps. Personne ne quitte son domicile pour aller se promener chez son médecin traitant si on n'est pas malade. Je peux comprendre que tout le monde n'a pas la même évaluation des problèmes de santé, mais là, à aller vite comme ça, ça me désole ! Moi, comme je t'ai expliqué tout à l'heure, quand je suis allée voir mon médecin traitant, il ne m'a même pas ausculté ni m'a posé des questions à part : "Qu'est-ce qui vous amène ?" La consultation a duré trop vite et pourtant j'avais pris un rendez-vous. »

Même les médecins traitants qui ne consultent que par rendez-vous ne consacrent donc pas nécessairement plus de temps à leurs patients. Le généraliste n'a pas posé de questions pour comprendre l'origine du problème afin de poser le bon diagnostic. Or, la relation entre le médecin et le malade et plus particulièrement l'échange d'information, font partie des principales préoccupations des usagers de la médecine générale (Krucien et al, 2011). Rappelons-nous, lors du premier passage de Yolande chez son médecin traitant, il n'y avait pas eu d'auscultation. La médecine nécessite aussi un contact avec le corps malade en plus de l'échange verbal. L'absence de ce contact est souvent perçue par les patients comme un manquement professionnel et peut rendre invalide le diagnostic.

5.2.3.3. Les médecins généralistes reçoivent peu de cas de paludisme ?

Dans son discours, Yolande faisait souvent référence à ses expériences dans l'humanitaire en établissant des comparaisons avec ce qui se passe en France. Environ 90 % des cas qu'elle recevait alors étaient des cas de paludisme grave dont 2/3 dus au *Plasmodium falciparum*. Or, à l'inverse des structures sanitaires en Afrique, cette

pathologie ne constitue pas la première cause de consultation en France. Les médecins généralistes reçoivent peu de cas de paludisme.

« Le paludisme est une pathologie extraordinairement rare en médecine générale. Il y a à l'heure actuelle 4000 cas en France de paludisme et il y a à peu près 60 000 médecins généralistes. Alors si on divise, on se rend compte que le médecin généraliste rencontre ce cas une fois tous les 10 ans. S'il est à Bordeaux un peu plus souvent du fait du mouvement des populations plus importantes en ville. Et s'il est en campagne, il pourra ne jamais y rencontrer de paludisme. »
(Hady, 55 ans, médecin généraliste, 26 ans d'expérience, Bègles)

En France, les médecins généralistes n'ont pas l'habitude d'avoir à diagnostiquer et à traiter des cas de paludisme au quotidien. Vu que le paludisme ne constitue pas un motif fréquent de consultation, les compétences des médecins généralistes peuvent être limitées. Des travaux portant sur les pathologies de retour abondent dans ce sens (Caumes et al., 2008 ; Asnart et al, 2005 ; Ryan et al., 2002 ; Mosnier et al., 2007). Anne Mosnier et collaborateurs (2007), qui avaient mené une étude prospective et descriptive portant sur la pathologie au retour de voyage observée en médecine de ville en France entre 2005 et 2006, montraient que les problèmes de santé au retour de voyage représentaient une faible part de leur activité. Seulement 0,4 consultations par médecin généraliste et par mois concernaient un problème de santé lié au voyage et 2 % de ces cas avaient trait à un accès palustre. Toutefois, il est nécessaire de noter que la survenue d'une fièvre est l'un des motifs de consultation après un séjour en zone tropicale (Rault, Martinez, 2011). Même si cette fièvre peut n'avoir aucun rapport avec le séjour à l'étranger, le premier réflexe du médecin est d'envisager les maladies possiblement liées à ce séjour, donc en premier lieu le paludisme, du fait de son caractère évolutif et potentiellement létal.

Cet extrait d'entretien avec Hady soulève aussi la question des disparités se rapportant au paludisme entre zone rurale et urbaine. Cette réalité illustrée par Justin, un père de famille de 48 ans que j'ai rencontré au SMIT lors de son hospitalisation. Justin habite à Saint-Loubès, une commune qui se trouve à 26,5 km de Bordeaux. Il est commercial itinérant dans la vente. Entre 1989 et 1994, il travaillait pour la construction de puits en Casamance (au Sénégal). Durant cette période, il avait fait plusieurs accès palustres soignés sur place. En octobre 2015, il s'est rendu en Côte d'Ivoire pour visiter sa belle-famille. Il était sous Doxycycline durant le séjour, mais au retour, il a arrêté d'en prendre au bout de cinq jours parce que la boîte était

terminée et il n'avait pas jugé nécessaire d'en acheter une nouvelle, même s'il lui restait 5 jours de traitement. Pour Justin, la partie préventive la plus importante est bien respectée : « *L'essentiel c'est de prendre le médicament pendant le séjour. En plus y avait très peu de moustiques au mois d'octobre.* » Le 22 décembre 2015, il a fait d'après lui « *une crise de palu* ». Justin est allé consulter son médecin traitant, mais ce dernier n'avait jamais pensé au paludisme. C'est Justin qui, à partir de ses expériences antérieures en Casamance, lui avait mis la puce à l'oreille pour réaliser un examen sanguin à la recherche d'un accès palustre. Cependant, son médecin généraliste lui a répondu qu'il ne savait pas quoi faire et qu'il fallait contacter le CHU de Bordeaux pour connaître la procédure à suivre. Justin n'a pas semblé étonner de la réponse de son médecin généraliste. Pour lui, l'ignorance de son médecin traitant était tout à fait normale et justifiable au vu du petit nombre de migrants dans cette commune :

« Franchement, un médecin à Saint Loubès, pour tomber sur un cas de paludisme, c'est très rare. Par exemple, pour mon médecin traitant, je suis le premier cas. Il reçoit peut-être 20 patients par jour, mais il n'a jamais eu de patient atteint de paludisme. Donc, un paludisme, ça lui arrive une fois ou deux fois dans sa vie. Il a fallu que ça soit moi pour qu'il voie un paludisme. Heureusement que j'ai pensé tout de suite au paludisme, sinon il allait passer à côté. (...) Par contre, les médecins en ville, ils ont plus de chance d'avoir affaire à tes patients qui ont le paludisme. »

Le professionnel de santé sait ce dont il a l'habitude. Au Sénégal par exemple, les diagnostics palustres établis par les acteurs de santé prenaient également appui sur le fait que ces acteurs se trouvent dans une zone endémique où la prise en charge des paludéens est une des activités quotidiennes (Ndoye, 2009).

La difficulté augmente quand le généraliste a rarement affaire à des patients originaires des pays tropicaux. Tel est l'avis de Georges qui souligne que les généralistes qui ont le plus de problèmes en matière de prévention et de prise en charge du paludisme sont ceux qui sont confrontés à des patients qui n'évoquent guère un contexte de paludisme :

« Il est difficile pour les confrères généralistes de penser au paludisme, lorsque le généraliste n'est pas en face d'un patient originaire d'Afrique, lorsque la consultation a lieu au milieu de l'année scolaire ou si le patient n'a pas trop conscience du risque encouru quand il s'est rendu dans la zone impaludée. »

(Georges, 32 ans, spécialiste des maladies infectieuses et tropicales, CHU de Bordeaux)

L'origine des patients, le moment de la consultation et la perception du risque palustre sont donc invoquées pour justifier le fait que le généraliste peine à identifier et interpréter la fièvre du retour comme un éventuel paludisme.

Lorsque le professionnel de santé est devant un type de *plasmodium* rare, la difficulté peut également s'accroître, même pour les praticiens qui se trouvent dans des zones d'endémicité palustre. Jeannette, une expatriée rapatriée de Zanzibar (Tanzanie) pour raisons de santé est un exemple illustratif. Le 27 février 2016, elle part en vacances en compagnie de ses amis à Zanzibar. C'est pendant ce séjour qu'elle est tombée malade avant d'être rapatriée en France. Au lendemain de leur arrivée à Zanzibar, elle a commencé à avoir de la fièvre accompagnée de migraines, de fatigue, de mal à la nuque et de difficultés à uriner. Elle a contacté le médecin de l'hôtel où elle logeait pour une consultation. Avant l'arrivée du médecin, Jeannette avait déjà établi son diagnostic clinique : « *J'ai tout de suite pensé au paludisme et j'ai appelé le médecin de l'hôtel pour faire un test.* » Ainsi, un test de diagnostic rapide a été réalisé, mais le résultat était négatif. Comme elle rencontrait également des difficultés pour bien uriner, le médecin a réorienté son diagnostic vers une infection urinaire. Des antibiotiques et un examen d'urine ont alors été prescrits à Jeannette. Pour elle, ce diagnostic semblait être le bon. Cependant, pendant la nuit du 1^{er} mars 2016, elle a eu des vomissements importants. Elle a été évacuée à l'hôpital où des examens de paludisme, de la dengue⁵³ et de la typhoïde ont été réalisés, mais tous étaient négatifs. Toutefois, une forte baisse de plaquettes a été constatée dans les résultats d'analyse. Face à cette situation, Jeannette a demandé à être rapatriée d'urgence en France. Dès son arrivée en France et sous les conseils de son médecin à Lomé, elle s'est rendue aux urgences de Pellegrin. Là encore, des analyses sanguines ont été réalisées, dont un frottis sanguin. À nouveau, le résultat montrait l'absence de *Plasmodium falciparum*. Étant donné que les plaquettes remontaient et qu'elle n'avait pas beaucoup de fièvre, les urgentistes ont décidé de la laisser repartir chez elle. Le surlendemain de son passage aux urgences, elle a eu encore de la fièvre qu'elle décrivait en ces termes : « *Quand j'avais cette énorme crise de fièvre, c'était vraiment assez spectaculaire : des frissons, des tremblements assez compulsifs. J'étais dans mon lit, j'étais allongée et je ne pouvais rien faire hein. J'ai eu des migraines, j'avais un sentiment d'épuisement car j'avais mal partout.* » Sa mère, qui avait le numéro personnel d'un praticien au SMIT, a appelé ce dernier qui a

⁵³ La recherche de la dengue n'est pas anodine. En 2010, elle avait contracté un chikungunya à Madagascar.

ordonné à Jeannette de venir sans tarder. Sur place, cette dernière a expliqué son parcours de prise en charge depuis Zanzibar jusqu'aux urgences de Pellegrin. Tout de suite, les docteurs présents au SMIT ont refait un frottis sanguin, mais cette fois-ci pour rechercher tous les types de *plasmodium*. Le résultat des analyses révèle un *plasmodium ovale*. Ce type de *plasmodium* est considéré comme rare chez les voyageurs en provenance d'Afrique subsaharienne. Cette rareté fait que les médecins ont recherché systématiquement chez Jeannette le *plasmodium falciparum*.

5.2.3.4. L'inconstance de la fièvre : symptôme et manifestation trompeurs

La difficulté diagnostique démontrée dans le récit de Jeannette s'explique aussi par l'absence de fièvre et la remontée des plaquettes lors de son passage aux urgences de Pellegrin. La fièvre est un symptôme cardinal de nombreuses pathologies qui peuvent être liées ou pas à un voyage. Tidiane Ndoye (2009) expliquait que la fréquence des cas de paludisme laissait croire qu'il est facile de les diagnostiquer en se fiant aux seules données cliniques. Les symptômes sont considérés comme trompeurs, ce qui amène nombre de prestataires de santé à faire confiance à leurs aptitudes à poser des diagnostics à partir des signes cliniques. Pour cet anthropologue, « *la mise en place d'un traitement antipaludique, lorsque les signes les plus fréquents (fièvres, céphalées, asthénie, sueurs, etc.) se trouvent réunis, relève alors du bon sens.* » (Ndoye, 2009 : 159)

L'absence de fièvre durant la consultation brouille les pistes. Dans ce contexte, le médecin généraliste ne pensera pas forcément au paludisme, donc ne réalisera pas un test pour le rechercher. Avec le caractère polymorphe des symptômes, notamment l'apparition de la fièvre pendant la nuit qui parfois ne se manifeste plus lors de la consultation, ou encore une absence totale de fièvre lors des premiers jours, ainsi que des symptômes aux manifestations différentes selon l'âge, les médecins traitants sont un peu perdus.

Quelques fois, la consommation de paracétamol par automédication peut provoquer une absence de fièvre en cas de paludisme.

« Il peut ne pas y avoir de la fièvre, et qu'on n'y pense pas à tout moment. Après il y a des gens qui prennent tout le temps du doliprane et ils n'ont pas le temps de voir venir la fièvre. Mais il y a d'autres signes qui sont là. » (Corinne, 47 ans, médecin généraliste, 15 ans d'expérience, Bordeaux)

Cependant, le diagnostic du paludisme reste difficile à poser. Les symptômes comme la fièvre et l'asthénie, communs à plusieurs maladies, rendent particulièrement malaisée la seule lecture clinique.

La « fièvre du retour » est un symptôme qui n'est pas facile à interpréter dans le contexte français. Les médecins généralistes qui ont reçu une formation générale sur la prise en charge du paludisme peinent à diagnostiquer rapidement cette maladie. Cette difficulté se renforce quand le généraliste ne rencontre que rarement des cas de paludisme dans sa patientèle. De plus, quand il a devant lui un patient qui se plaint de fièvre et de maux de tête depuis son retour d'un pays impaludé, tout ceci retarde le diagnostic et la prise en charge des malades, ainsi que je l'ai constaté chez les patients impaludés hospitalisés.

5.3. Le retard de diagnostic et thérapeutique

La littérature existante souligne les retards diagnostiques et thérapeutiques, ainsi que les retards de prise en charge par négligence des patients ou de leur entourage et/ou du fait d'erreurs diagnostiques dans le cas du paludisme grave (Pistone et al, 2010a ; Narbough, 2012). Les études de cas réalisées dans cette recherche confirment que le diagnostic du paludisme pour les patients hospitalisés à Bordeaux s'est fait de manière tardive dans la plupart des cas, qu'il s'agisse d'un paludisme grave ou simple. En effet, les paludéens arrivent en urgence au CHU de Pellegrin après plusieurs tentatives auprès de médecins généralistes ou après plusieurs jours d'automédication. Les complications liées au retard de diagnostic conduisent à des aggravations qui amènent à devoir hospitaliser des patients en service de réanimation. Dans ce contexte, cette section interroge le rôle des différentes pratiques thérapeutiques dans l'identification tardive du paludisme d'importation, à savoir le passage à la médecine généraliste et l'automédication.

5.3.1. Lorsque la consultation initiale en médecine générale apparaît comme un des facteurs ralentissant la prise en charge

La consultation initiale en médecine générale apparaît comme un des facteurs ralentissant l'obtention du diagnostic, et donc la prise en charge adéquate. Les liens entre la prise en charge en médecine générale et la gravité des accès palustres ont été démontrés par différentes études. En effet, les patients hospitalisés avaient plus souvent consulté initialement des médecins généralistes en ville. Samira Narbough (2012) avait fait les mêmes constats. Son étude montrait qu'avant l'admission du patient au CHU de Bordeaux, une part importante des patients adultes impaludés avaient bénéficié d'une consultation par un médecin généraliste.

Une autre étude rétrospective importante menée par Seringe et collaborateurs (2011) pour le Centre National de Référence du Paludisme (CNRP) considérait la première consultation chez le médecin généraliste comme un facteur de risque, comparativement à une première consultation à l'hôpital. Leur étude, aussi intéressante soit-elle, ne donnait cependant aucun détail sur le parcours pré-hospitalier de ces patients. Il m'était donc impossible de connaître exactement les facteurs expliquant l'association entre une consultation initiale chez le médecin généraliste et la gravité des accès palustres.

Il est connu par les spécialistes des maladies infectieuses et tropicales et par les patients que l'aggravation des cas de paludisme survient souvent lorsque le patient consulte d'abord la médecine de ville et ne voit aucune amélioration, ou lorsque le patient ayant déjà consulté un ou plusieurs médecins s'est entendu dire « *Ne vous inquiétez pas* » ou encore « *Il n'y a rien d'anormal* ». La prochaine fois, en cas de fièvre du retour, nos interlocuteurs passeront directement aux urgences du CHU ou appelleront le service spécialisé sans aller « *chez le docteur généraliste qui a ralenti un peu leur prise en charge en leur faisant croire qu'il n'y avait rien d'anormal* » (Monique, 42 ans, Française, paludisme simple).

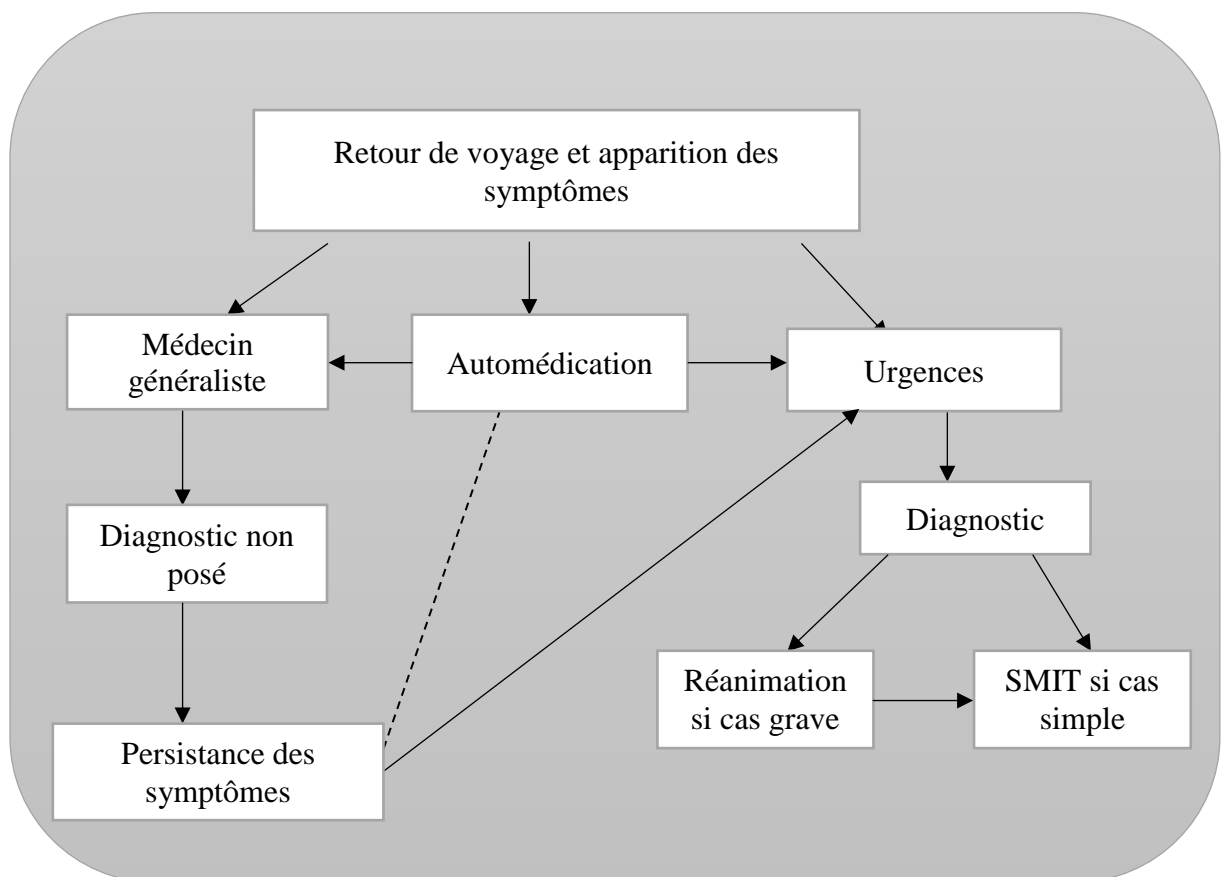


Figure 7 : Parcours de prise en charge en cas de « fièvre du retour »

Cette figure matérialise le parcours de prise en charge des paludéens rencontrés lors de leur hospitalisation. Les parcours de Monique, David et de Yolande montrent que le patient n'est (ré)orienté par le médecin généraliste ou par lui-même qu'après échec d'une ou de plusieurs tentatives de traitement. Ces échecs, qui se caractérisent par la persistance des symptômes, peuvent entraîner l'automédication chez le patient avant qu'il s'oriente vers un autre professionnel de santé, comme c'était le cas de Yolande. Toutefois, l'automédication peut devenir le premier recours thérapeutique du patient, comme je vais le démontrer dans la prochaine section. Quand la situation ne s'améliore pas, le patient recherche une aide extérieure auprès de son médecin traitant ou auprès des urgences.

Le schéma 7 montre également que le passage chez le médecin généraliste rallonge dans tous les cas le circuit de la prise en charge diagnostique et thérapeutique. Le généraliste transfère rarement le patient aux urgences et encore moins au SMIT après la première consultation. En France, dans certaines situations, les recommandations médicales laissent au généraliste le choix de décider au cas par cas de l'orientation des patients, selon des critères parfois flous ou difficiles à apprécier (Delvert, 2014). Ceci peut conduire à une multiplicité de cheminements possibles, à la fois pour obtenir le diagnostic de paludisme, mais également pour l'orientation des patients et la prise en charge thérapeutique, et donc amener à des différences de délais de prise en charge.

La législation a accordé une responsabilité importante au médecin traitant en l'instituant comme pivot d'un parcours de soins complexe. Le retard de diagnostic et thérapeutique relève largement de la responsabilité partagée des professionnels de santé, du patient et de l'organisation du système de soins.

Cette responsabilité est diversement justifiée et assumée par nos interlocuteurs. Si d'aucuns reconnaissent leurs limites en évoquant les raisons citées plus haut (rareté du paludisme, caractère trompeur de la fièvre, défaut de formation), d'autres mentionnent des éléments hors de leur contrôle. C'est le cas notamment de Hady qui estime que les médecins généralistes sont souvent accusés à tort d'être à l'origine des retards. Ainsi, s'ils ne font pas le diagnostic, c'est parce qu'ils se retrouvent souvent devant des tableaux cliniques paradoxaux qui peuvent créer des confusions et évoquer d'autres pathologies. Il poursuit sa justification en rajoutant que les médecins généralistes ne peuvent pas être sur tous les fronts à la fois. Il ajoute que, même si les symptômes orientent vers un diagnostic palustre, les moyens de faire

des examens biologiques ne sont pas toujours disponibles au moment où le patient les consulte :

« Si par exemple le patient consulte à 19 h 30, on peut toujours chercher à trouver un laboratoire de biologie pour faire une goutte épaisse ou un frottis. Mais très souvent, il n'y en a pas. Donc, du coup, on l'envoie à l'hôpital ou on attend le lendemain. Et puis la chose s'aggrave dans la nuit, et là le patient consulte la nuit ou au petit matin les urgences et là on dit : "Il a vu son médecin". Bah oui ! Il a vu son médecin ! Mais les dispositifs n'étaient pas présents. (...) Et à chaque fois qu'il y a un problème, vous dites que c'est notre faute alors qu'on n'a pas à notre disposition les moyens nécessaires pour mener à bien notre travail. En plus, la personne qui va venir en consultation ne va pas lui dire : "tiens, je reviens d'un pays étranger, j'ai de la fièvre". Il va arriver ; il dit : "J'ai de la fièvre". » (Hady, 55 ans, médecin généraliste, 26 ans d'expérience, Bègles)

Deux éléments émergent dans le discours de cet acteur de santé. Premièrement, le généraliste ne trouve pas souvent un laboratoire pour procéder à l'examen biologique. Dans ce cas, soit le patient est envoyé à l'hôpital, soit le patient doit attendre jusqu'au lendemain avec un risque que la situation s'aggrave. Deuxièmement, le médecin ne peut pas deviner que son patient revient de l'étranger. Donc, pour ce praticien, il incombe au patient d'informer son généraliste de son retour d'un voyage dans un pays à risque palustre. Est-ce le patient qui doit informer automatiquement son généraliste sur le retour récent d'un pays impaludé ou est-ce plutôt au médecin lors de l'interrogatoire de poser cette question ? La réponse à cela est ambiguë. Les recommandations de prise en charge du paludisme d'importation ne permettent pas de trancher et d'identifier à qui incombe ce rôle. La littérature s'accorde pour montrer que la difficulté du diagnostic de paludisme d'importation est souvent associée à l'absence de recueil systématique de la notion d'un séjour en zone tropicale (Dorsey et al., 2000 ; Hill, 2006 ; Delvert, 2014). Donc, il a été proposé de poser systématiquement cette question à tout patient consultant pour fièvre, car le médecin généraliste ne peut pas être au courant des déplacements de tous ses patients. Dans ce cas de figure, c'est au patient de déclarer cette information au professionnel de santé. Là encore, il faudrait que le patient lui-même relie son problème de santé à la notion de voyage, reconnaisse qu'il était probablement exposé à des risques sanitaires, notamment paludiques, lors de son séjour. Dans sa thèse, Maxime Devert (2014) montrait que la plupart des médecins ignorent la notion de voyage parce

que les patients ne leur transmettent pas cette information spontanément, ceci en raison d'une méconnaissance du paludisme. Une autre étude menée sur 191 voyageurs parisiens d'origine africaine retournant dans leur pays d'origine montrait que ces personnes, bien qu'étant conscientes du risque de paludisme lors de leur séjour (87 % pensaient qu'il était possible d'être contaminé dans le pays où ils se rendaient), avaient une faible perception de ce risque une fois rentrés en France (Pistone et al, 2007). Par conséquent, le voyageur ayant un sentiment de « sécurité » ou se sentant invulnérable au risque de paludisme pourrait ne pas penser à un accès palustre en cas d'apparition des symptômes, et ainsi ne pas évoquer et informer spontanément le médecin consulté de son retour récent d'un pays impaludé.

La responsabilité de partager cette information soulève la question en ce moment de la responsabilité en santé, où le patient est de plus en plus considéré comme actif et acteur de sa santé (Laude, 2013). Néanmoins, le passage d'une situation de relative passivité à une situation d'acteur se fait généralement dans un cadre prédéfini par les médecins. On constate, par exemple, que les généralistes délimitent le rôle du patient. Dès que le patient supposé acteur de sa santé franchit la ligne de poser un diagnostic lui-même (en allant voir sur internet), cela pose question du rôle du spécialiste. Toutefois, les résultats de terrain montrent aussi que tous les médecins ne sont pas contre le fait que le diagnostic soit posé par le patient. L'accès palustre de Justin a été rapidement diagnostiqué et pris en charge parce que son médecin traitant a accepté de suivre les conseils de son patient. De mon point de vue, cette information doit émaner de la communication lors du colloque singulier entre le médecin traitant et le patient et non pas de l'un d'eux en particulier.

5.3.2. L'automédication comme facteur qui retarde le diagnostic et la prise en charge

Comme je l'ai mentionné plus haut, la consommation de paracétamol, par automédication ou sur prescription, est un facteur de confusion diagnostique dans la mesure où elle peut faire disparaître la fièvre. Dès lors, elle peut aussi retarder le diagnostic. Certains malades hospitalisés pour un paludisme n'avaient pas consulté leur médecin traitant avant leur hospitalisation. Ils étaient arrivés directement aux urgences du CHU de Bordeaux après plusieurs jours d'automédication. L'exemple de Pierre le démontre bien.

Pierre est un jeune Camerounais de 26 ans. Il est footballeur professionnel et habite à Mérignac. Je l'ai interviewé le 4 décembre 2015 au cours de son hospitalisation. Avant d'être admis au SMIT, Pierre s'était soigné lui-même pendant 8 jours, avant que sa compagne

appelle le SAMU. Les premiers symptômes (fièvre, courbatures, fatigue) ont débuté trois jours après son retour du Cameroun, le 23 novembre 2015. Lors de ce séjour, Pierre ne prenait aucune prévention : « *Quand je partais, je n'avais pas pris de médicaments. Je ne dormais pas non plus sous une moustiquaire.* » Interpellé sur la question du pourquoi il n'avait pas suivi les mesures de prévention, Pierre explique : « *Je ne savais pas qu'il fallait prendre ce truc-là.* » En effet, la suite de la discussion laisse entrevoir l'ignorance totale de l'existence de recommandations visant à limiter les problèmes de santé et dans une moindre mesure le risque palustre. Ce dernier n'a associé à aucun moment ses symptômes (fièvre, fatigue, vertiges, troubles de la vision) à son voyage. Il les pensait plutôt comme la conséquence du manque d'activités sportives pendant son séjour. D'ailleurs, Pierre était très content de son voyage et d'être rentré pour reprendre son travail rapidement. Ainsi, quelques jours après son retour, il a continué son activité principale : l'entraînement. Cependant, à la mi-temps, il a constaté qu'il n'avait pas transpiré comme d'habitude. Après l'entraînement, il s'est senti très fatigué et a décidé de prendre du doliprane pour soulager sa fatigue. « *J'avais la sensation bizarre. Je n'étais pas en forme.* » Le lendemain dimanche 29 novembre 2015, Pierre s'est senti mieux le matin et est parti prier à l'église. Le soir, vers 20 h, il a commencé à avoir froid. Il a repris du doliprane qui avait fait son effet car, dit-il : « *J'ai transpiré toute la nuit.* » Il s'est réveillé en pleine forme et l'après-midi, il est retourné s'entraîner, mais après quelque temps : « *J'avais du mal à voir et envie de vomir. En vrai, j'avais des troubles de la vision et des vertiges. Et je me disais dans ma tête que c'est peut-être que je suis resté plusieurs semaines sans entraînement et il faut du temps et plusieurs entraînements pour que les choses reviennent comme avant.* » Bien que très perturbé visuellement et inquiet, il a poursuivi son entraînement dans l'espoir de se remettre en forme au plus vite. À la fin de l'entraînement, il s'est encore soigné lui-même avec du doliprane. La situation s'est améliorée, mais il n'a pas réussi à dormir de la nuit. Le mardi matin, il a repris son activité. Le soir venu, Pierre a fait une forte fièvre avec des maux de tête et des vertiges. Sa compagne a appelé le SAMU qui a évacué Pierre aux urgences de Saint-André. Sur les lieux, Pierre a informé les médecins de son retour du Cameroun. Un examen biologique a été réalisé dans la foulée. Le résultat montrait que Pierre avait importé un paludisme à *Plasmodium falciparum*. C'est ainsi que le footballeur a été transféré au SMIT pour sa prise en charge thérapeutique.

Le cas de Pierre permet de poursuivre la réflexion sur l'automédication considérée comme une pratique récurrente dans beaucoup de pays africains, où les débuts de traitement en cas d'infection palustre se font souvent à domicile (Roger, 1993 ; Faye, 2009 ; Ndoye,

2009 ; Kouakou, 2014). Il en va de même en France (Fainzang, 2012). Ces travaux réalisés dans deux continents différents montrent que les affections courantes telles que la fièvre et les maux de tête sont souvent soignées par l'automédication, soit par phytothérapie, soit par comprimés. Au cours du voyage, des études (Behrens, Alexander, 2013 ; Neave et al., 2014a ; Joshi, Lalvani, 2014) avaient montré que les migrants VFR qui soupçonnaient avoir le paludisme pendant leur voyage suivaient les pratiques locales et recevaient des médicaments de traitement de fournisseurs locaux (pharmacies, magasins et vendeurs de rue) sans diagnostic parasitologique, et plusieurs se seraient complètement rétablis. Il est probable que ces comportements d'auto-traitement aient été influencés par le contexte dans lequel la maladie a été vécue, où le soutien de la famille et des amis était disponible et les actions reflétaient des pratiques de gestion communes existantes dans les pays d'origine (Neave et al., 2014b).

Même si ce recours est déterminant dans l'itinéraire des patients, il est interprété diversement dans la littérature. Certains voient dans cette pratique des avantages prévenant potentiellement des formes compliquées de la maladie (Kofoed et al., 2004). Pour Sylvie Fainzang (2012), cette pratique entraîne une surconsommation de médicaments encouragée par l'augmentation de la vente libre dans les pharmacies et par l'engouement des Français à la consommation de produits médicamenteux.

L'analyse des situations dans lesquelles Pierre a pratiqué l'automédication montre en effet qu'il n'a jamais été seul, à la fois dans la lecture des symptômes et pour choisir les médicaments à prendre. Sa compagne participait aux décisions thérapeutiques : *« Quand je suis rentré de l'entraînement très fatigué le premier jour, ma compagne m'a conseillé de prendre du doliprane. On n'en avait pas à la maison et elle est partie m'en acheter à la pharmacie le temps que moi je prenne ma douche. C'est quand elle a vu que les symptômes persistaient qu'elle a appelé le SAMU. »*

Les retards de diagnostic sont fréquents chez les patients impaludés hospitalisés à Bordeaux qui ont participé à cette recherche. Le passage par la médecine de ville ne retarde pas à lui seul le diagnostic. Les comportements thérapeutiques de certains malades et de leur entourage face à la fièvre du retour retardent également le diagnostic.

5.4. Le Pharmacien d'officine : quelle place dans la lutte contre le paludisme d'importation ?

Le pharmacien est aussi un acteur central dans l'itinéraire thérapeutique. Par sa proximité géographique et sa disponibilité, il est souvent sollicité par les patients et les voyageurs en quête, respectivement, de guérison d'informations et de conseils. Pour le paludisme d'importation, comment le pharmacien d'officine se mobilise-t-il ? Quel rôle joue-t-il dans la lutte contre cette pathologie ?

Aujourd'hui, le pharmacien⁵⁴ est considéré comme un professionnel de santé de proximité, un premier interlocuteur dans le système de soins (Chemin, 2014). Plus proches de la société, les pharmaciens sont sollicités en première ligne en cas de problème de santé. Promoteurs de santé publique (Mbarga, Foley, Decollogny, 2014), leurs rôles se multiplient au-delà des tâches traditionnelles consistant à dispenser les médicaments, et à éduquer leurs clients. Ils peuvent par exemple être sollicités pour assurer une couverture vaccinale (Cretot, 2013), pour répondre à une demande humanitaire en cas d'épidémie (Kœnig, 2016), ou pour gérer et prévenir les arboviroses émergentes (Vernazza-Licht, Bley et Raude, 2012).

La quasi-totalité des pharmaciens interviewés insistent sur leurs compétences professionnelles et listent les prestations qu'ils fournissent aux usagers : identification du problème, personnalisation des objectifs thérapeutiques, conseils pour la prise de médicaments, disponibilité et écoute pour les clients, orientation du patient vers un généraliste ou un spécialiste.

En raison de la diminution du nombre de médecins généralistes⁵⁵ en activité régulière, et de la répartition inégale de médecins généralistes sur le territoire français, des professionnels du médicament se sentent parfois obligés de jouer le rôle de médecin en plus de leur rôle de pharmacien. Le quartier de Saïge est confronté à cette réalité. Il ne compte plus que trois médecins généralistes, contre une dizaine il y a quelques années. La baisse du nombre de généralistes s'explique par le manque de remplaçants après les nombreux départs en retraite au cours des cinq dernières années. D'après les pharmaciens et les habitants du

⁵⁴ L'usage du terme pharmacien vaut pour celui de pharmacien d'officine. Quant à celui de professionnels, il s'applique autant aux pharmaciens qu'aux assistants en pharmacie.

⁵⁵ Le conseil de l'Ordre des médecins recense 88 886 médecins généralistes en activité régulière en janvier 2016 ; soit une diminution de 8,4% des effectifs depuis 2007. D'après leurs prévisions, cette tendance à la baisse risque de s'aggraver jusqu'en 2025 pour atteindre 81 455 médecins généralistes en activité régulière. Voir Atlas de la démographie médicale en France, situation de janvier 2016 ; URL : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf

quartier ayant participé à cette enquête, beaucoup de jeunes médecins refusent de s'installer dans le quartier du fait de sa « mauvaise réputation ». En effet, le quartier de Saige est étiqueté comme un quartier « chaud » où règne l'insécurité. Par conséquent, les médecins présents dans le quartier sont surchargés. Les rendez-vous sont longs :

« Pour obtenir un rendez-vous, par exemple chez le docteur L. il faut prévoir une semaine ou plus. Dans d'autres quartiers, leurs médecins, ils les voient dans les 48 h. Vous voyez la différence ! Bon, voilà, en attendant la date de rendez-vous, ils passent nous voir. On fait des petites consultations pour les dépanner. Évidemment que nous ne pouvons pas nous substituer au docteur L., mais on le fait dans une logique de santé publique pour éviter par exemple que les patients contaminent les autres en cas de grippe, mais aussi pour que les choses ne s'aggravent pas. » (Bernard, 43 ans, Pharmacien, 14 ans d'expérience, quartier périphérique Bordeaux)

Pour Seydou, la difficulté d'obtenir un rendez-vous rapide chez les médecins généralistes installés dans le quartier et aux alentours oblige les habitants de Saige à se tourner vers le pharmacien, plus accessible.

« Il n'y a pas beaucoup de médecins ici. C'est un véritable problème. Les gens sont obligés, quand ils ne se sentent pas bien, d'aller chez le pharmacien directement. Il est plus accessible et les habitants se trouvent obligés de consulter celui qui est plus accessible. (...) Sur le plan économique, c'est aussi plus accessible parce que quand on va chez le pharmacien directement, on ne paie pas les conseils et la consultation par exemple. Pour quelqu'un qui n'a pas de mutuelle, c'est carrément bien ! » (Seydou, Sénégalais, 31 ans, marié, 1 enfant, Enseignant, Saige, en France depuis 8 ans)

Face à l'insuffisance de personnels soignants dans le quartier pour répondre aux besoins en santé de la population, notamment de médecins généralistes, un des pharmaciens du quartier périphérique de Bordeaux n'hésite pas à jouer le rôle de médecin dans certaines situations. Il a à sa disposition un thermomètre à infrarouge temporal pour prendre la température. Une fois la prise de la température terminée, il interroge le patient pour comprendre l'origine des symptômes. Si le pharmacien d'officine pense qu'il s'agit d'un problème de santé simple, il continue la « consultation ». Dans le cas contraire, le patient est

orienté vers les urgences. La seule particularité, c'est que le pharmacien ne rédige pas d'ordonnance. Il propose directement au patient le médicament susceptible de le soigner. Malgré tout, le client est conseillé de prendre rendez-vous chez le médecin généraliste si son état de santé ne s'améliore pas après quelques jours de traitement. D'après mon interlocuteur, ceux qui reçoivent une « consultation » du pharmacien présentent globalement des affections bénignes qu'on rencontre couramment en France comme la grippe, la gastro-entérite et la bronchite simple. Le paludisme n'a pas été énuméré dans cette liste, mais au vu des éléments présentés tout au long de ce chapitre, il semble raisonnable de supposer que parmi les patients diagnostiqués comme ayant un syndrome grippal, certains pouvaient avoir des accès palustres.

Cette « consultation » d'officine soulève des enjeux politiques, déontologiques et économiques. D'abord, ce recours auprès du spécialiste du médicament est une solution pour obtenir une aide médicale rapide et se soigner. L'accès au pharmacien étant libre et facile, la pharmacie est une porte d'entrée naturelle dans le système de soins, plus proche que celle du médecin généraliste. Les propos de Seydou et de Bernard montrent, d'une part, que le recours au pharmacien permet d'éviter le temps d'attente, parfois long, qu'implique la prise de rendez-vous pour une consultation médicale. D'autre part, la consultation chez le pharmacien est gratuite, contrairement à celle du généraliste pour laquelle le patient doit avancer les frais de la consultation si le médecin n'adhère pas au principe du tiers payant.

Ensuite se pose la question de savoir si le pharmacien est autorisé à s'adonner à ce genre de prestations. Pour l'heure, on n'a pas eu de réponse à cette question de la part de nos enquêtés. Néanmoins, le cadrage juridique dont a bénéficié le pharmacien mentionne l'existence d'actes médicaux que ce dernier peut réaliser, sans pour autant les détailler. Le rapport de synthèse du groupe de travail « Pharmaciens d'officine », qui porte sur le rôle et la place de l'officine dans le parcours de soins, publié le 9 juillet 2009⁵⁶, avait mentionné cette possibilité de consulter. Ce rapport envisage qu'un rendez-vous de santé à l'officine puisse être régulièrement proposé à chaque Français. Par contre, ce rendez-vous est à visée préventive et ne concernerait que les patients qui souffrent de pathologies chroniques ou ceux qui n'envisagent pas de consulter un médecin puisqu'ils ne se sentent pas malades. Ce rapport encourage en même temps l'instauration d'un réflexe patient-officine, car ça éviterait des

⁵⁶URL: <http://cpcms.fr/wp-content/uploads/2015/06/rapport-rioli.pdf>

consultations médicales inutiles chez un médecin grâce à la compétence d'un professionnel de santé disponible.

Attardons-nous maintenant plus longuement sur le rôle de ces pharmaciens d'officine dans la prévention du paludisme d'importation.

5.4.1. Le conseil aux voyageurs sur les maladies tropicales n'est pas une activité quotidienne

Dans le cadre de la prévention du paludisme, l'accès aux soins préventifs conditionne le passage du voyageur à l'officine. Des travaux menés en France (Lachez, 2009 ; Kepseu, 2011) et en Afrique (Diallo et al., 2017) ont montré que les pharmaciens ont une fonction d'information vis-à-vis des voyageurs et peuvent occuper une place importante dans la lutte contre le paludisme. Un article récent (Diallo et al., 2017) réalisé dans le contexte africain a évalué les connaissances, attitudes et pratiques des pharmaciens d'officine dans la lutte contre le paludisme. Les auteurs considèrent les pharmaciens comme des relais pour participer à des campagnes de prévention, du fait de leur proximité avec la population.

Dans le contexte français, les résultats de l'enquête de terrain révèlent que le conseil aux voyageurs n'est pas une activité quotidienne. Leurs connaissances sur la prévention du paludisme, ainsi que sur les éventuelles résistances des antipaludiques en fonction des pays de destination sont assez générales. La technique du « faux patient » a montré que la prévention du paludisme est une problématique un peu éloignée de leurs questionnements quotidiens. Toutefois, il arrive de recevoir des clients avec des ordonnances dans leurs pharmacies, en quête d'informations et de conseils sur les maladies tropicales et les risques sanitaires. Ainsi, quels types de conseils et d'informations les pharmaciens rencontrés délivrent-ils ?

5.4.2. Conseil et information associés à l'ordonnance

Le passage en officine est l'occasion pour le pharmacien de prévenir le futur voyageur de certains désagréments et de lui donner des conseils pour y faire face. D'après Nelly Kepseu (2011), il existe plusieurs types de conseils dans le milieu officinal en vue de satisfaire le patient dans le cadre de la lutte contre le paludisme : a) conseils face à une demande spontanée ; b) conseils associés à une ordonnance (informations concernant le médicament) ; c) conseils sur le besoin du patient ; d) conseils sur les mesures hygiéno-diététiques ; e) rappel sur l'importance des mesures de prévention du paludisme, à savoir le rôle primordial

que joue la prophylaxie mécanique et médicamenteuse dans les pays concernés par le paludisme.

Les résultats de l'enquête montrent qu'en plus du rôle de délivrer du médicament, le pharmacien d'officine participe à l'information et joue un rôle important de conseiller. Les renseignements fournis portent sur le bon usage du médicament, sur la posologie, sur les éventuels effets indésirables et sur les contre-indications. Tous les pharmaciens d'officine ne sont pas à l'aise dans ce travail de conseil et d'information devant un voyageur muni d'une ordonnance préventive.

Martin est l'un des pharmaciens que j'ai rencontrés. Il a 38 ans et exerce ce métier depuis 9 ans dans une pharmacie située dans le quartier populaire de Bordeaux. En dépit de son expérience, il hésite encore à conseiller et informer certains voyageurs avec une ordonnance de chimioprophylaxie. Ses doutes se laissent entendre par des « *peut-être* » ou encore « *il faudrait se renseigner* », proférés lorsque qu'il me conseillait :

« De manière générale, c'est un médicament simple à utiliser (i.e. la Malarone). Mais, pour le prix, c'est aussi un peu cher. Si vous devez le prendre, il se peut que vous ayez à un moment quelques effets secondaires, enfin je ne sais pas trop. Il faudrait peut-être vous renseigner davantage. Moi, ce que je peux vous conseiller, c'est de suivre ce traitement correctement parce qu'en cas d'interruption, vous vous exposerez à un possible paludisme. »

L'essentiel du conseil est fourni. Il m'a averti sur l'importance de l'observance et, indirectement, sur les dangers liés à l'inobservance du traitement, en s'appuyant sur le fait qu'une chimioprophylaxie adaptée et suivie réduit le risque d'impaludation. La Malarone est un médicament prophylactique facile d'utilisation, mais en même temps plus onéreux. Pour le reste, comme les effets secondaires, il émet quelques doutes, ce qui l'incite à jouer la carte de la prudence en me demandant d'aller chercher plus d'informations ailleurs. Martin laisse transparaître au passage ses limites. Des constats similaires ont été faits ailleurs, notamment en Suisse par Josiane Mberga et coauteurs (2014). Ces auteurs montraient que « *Les professionnels disposent, pour certains médicaments, de la certitude de leurs effets délétères, ce qui n'est pas le cas de tous les médicaments. De plus en plus de médicaments présentent des effets secondaires similaires plus ou moins fréquents. Mais, la probabilité de leur survenue n'est pas mentionnée dans les notices rédigées par les fabricants. Face à cette*

multitude de risques, non applicables à tous les usagers, et face à l'incertitude de leur survenue, les professionnels se demandent comment et pourquoi avertir les usagers des effets indésirables qui peuvent ne pas survenir. Ainsi, dans certaines circonstances, ils choisissent de taire une partie de l'information. Ce choix semble avoir une fonction utilitaire : éviter de susciter une crainte inutile et de mauvaises interprétations de la part des consommateurs, et garantir la prise de médicaments qui leur sont nécessaires. » (Mbarga, Foley et Decollogny, 2014 : 7)

En effet, la dispensation des médicaments est de plus en plus complexe et exige un niveau de compétences élevé. Ce faisant, on peut aussi lire ces hésitations comme un manque d'informations de la part de Martin, mais aussi comme une honnêteté professionnelle : les risques sont difficiles à interpréter et il en avertit les consommateurs du médicament sans « taire » la source des doutes, comme ces auteurs le suggèrent. L'exemple de Martin révèle également un besoin de formation continue en matière de prévention et de prise en charge du paludisme. Les praticiens d'officine sont très rarement inclus dans les formations et informations sur les politiques de lutte contre les endémies tropicales. Dans les pays tropicaux, s'il est vrai que certains pays africains ont formé quelques prestataires à la bonne dispensation des antirétroviraux, rien n'a été fait concernant le paludisme, pour lequel 86,7 % des pharmaciens affirment la nécessité de formation continue (Diallo, 2007).

L'enquête de terrain montre aussi l'existence de pharmaciens qui vérifient si le médicament prescrit correspond au groupe de pays dans lequel se rend le voyageur. Cette vérification passe par un interrogatoire constitué de plusieurs items, notamment le pays de destination, les conditions d'hébergement et la durée du séjour. La correspondance de l'antipaludique prescrit au pays de destination est primordiale. Elle peut permettre d'être au moins à l'abri d'un problème de résistance et, donc, de minimiser le risque palustre ; mais aussi, et surtout, d'éviter de développer une forme grave de paludisme. Généralement, le praticien d'officine se ne limite pas à l'ordonnance. Il conseille spontanément d'autres produits complémentaires comme je compte le montrer dans les pages qui suivent.

5.4.3. Quand le pharmacien d'officine conseille spontanément d'autres produits complémentaires

La prévention du paludisme ne repose pas uniquement sur la chimioprophylaxie. Elle doit être associée à d'autres mesures complémentaires, notamment la protection mécanique par l'usage des MII et des produits répulsifs. C'est ainsi qu'en jouant le « faux patient », j'ai

constaté que les pharmaciens d'officine me proposaient spontanément d'autres produits de santé complémentaires, notamment les répulsifs cutanés. Les produits répulsifs sont nombreux, mais d'efficacité et d'utilisation très variables. Les répulsifs de la famille des pyréthrinoides ont la particularité de provoquer un effet « *knock-down* » (Lundwall, et al., 2005), c'est à dire qu'ils « assomment » le moustique et/ou provoquent sa fuite. D'autres chercheurs montraient que la simple propriété excitoréulsive de l'insecticide (comme le DDT par exemple) suffirait à réduire le risque de piqûre de moustique, voire la transmission de la maladie (Combemale, 2001 ; Chareonviriyaphap et al, 2001). Cependant, concernant les répulsifs cutanés fréquemment conseillés par les pharmaciens rencontrés, aucune étude ne précise objectivement leur efficacité clinique sur la prévention du paludisme en France à notre connaissance. Il n'y a qu'une seule étude, publiée en 1987 et réalisée dans un camp de réfugiés au Pakistan (Buescher et al, 1987). Le produit testé n'était pas un répulsif classique, mais un « savon » — un pain solide plutôt — contenant 20 % de DEET et 0,5 % de perméthrine. Cette étude contre placebo, concernant 1148 sujets pendant 6 mois, a mis en évidence une diminution de 56 % du nombre d'épisodes à *Plasmodium falciparum* dans le bras savon « actif ». Toutefois, il a été constaté en France par Éric Lundwal et co-auteurs que l'utilisation adéquate de répulsifs cutanés suffisamment dosés et le port de vêtements imprégnés d'insecticide réduisaient « *le nombre de piqûres sans qu'il soit possible, faute de données disponibles, de garantir une réduction du risque d'impaludation bien que cela semble vraisemblable.* » (2005 : 847).

Certes, les répulsifs cutanés confèrent une protection individuelle pour les voyageurs qui restent exposés au risque de transmission du paludisme par les anophèles en fin de soirée, mais la manière dont les pharmaciens rencontrés me le proposaient était très incitative. Ils insistaient beaucoup sur l'importance d'utiliser des sprays en plus de la Malarone. Par contre, ils ne mentionnaient pas la MII. Peut-être ne me conseillaient-ils pas la MII parce qu'ils n'en vendaient pas, ou tout simplement, parce qu'ils ne connaissaient pas cette mesure de prévention. Néanmoins, celle-ci combinée à la prise de médicament a fait preuve d'efficacité dans la lutte contre le paludisme (Caumes, Camus, 2017).

Je les ai interpellés sur cette question, et les réponses obtenues sont assez surprenantes. Pour eux, la MII est un outil qui se vend rarement. Ainsi, il est inutile de conseiller aux futurs voyageurs cet outil qui est rarement utilisé. Économiquement, d'aucuns pensent que la MII pourrait rentrer en concurrence avec la vente des répulsifs cutanés.

5.4.4. Substitution de produits prescrits par le médecin

Les médicaments génériques sont les plus conseillés et délivrés, car moins onéreux. En France, les génériques sont en moyenne 30 % moins chers que les médicaments de marque (CEC, 2012). La délivrance des médicaments génériques est largement encouragée par le gouvernement français qui s'est fixé comme objectif un taux de substitution de 85 %, afin de réduire les dépenses de la sécurité sociale. Ainsi, un pharmacien qui délivre à un patient des médicaments que celui-ci s'est fait prescrire a l'obligation de substituer le médicament de marque par son générique, sauf si le médecin a apposé la mention manuscrite « non substituable » à côté du nom du médicament.

Dans toutes les officines où j'ai appliqué l'approche du « faux patient », la Malarone initialement prescrite par mon complice est remplacée par son générique, l'Atovaquone-proguanil. « *Je vais vous donner de l'Atovaquone-proguanil, c'est le générique. C'est moins cher et ça a le même principe actif* », me conseillait un des participants. Mais, cette dynamique est fortement influencée par la convention de 2012 sur la rémunération des pharmaciens. Selon cette convention, le pharmacien n'est pas rémunéré à la boîte vendue ; sa rémunération doit dépendre aussi pour une partie des conseils qu'il dispense (par exemple sur la pilule du lendemain, le traitement de substitution à la drogue), du suivi de certains patients (sous anticoagulants ou asthmatiques), de sa participation à des actions de santé publique, et de la réalisation d'objectifs tels que la part des génériques délivrés (Vernazza-Licht, Bley, Raude, 2012). Alors qu'en France, les médicaments génériques sont délivrés en quantité pour la prévention et le traitement du paludisme, en Afrique et plus singulièrement au Sénégal, ces mêmes remèdes sont critiqués. Pour Tidiane Ndoye (2009) beaucoup de prescripteurs considèrent les génériques comme porteurs de risques. Ils sont entre autres catalogués comme médicaments pour les pauvres par les acteurs de santé, qui émettent au passage des réserves sur l'efficacité de divers produits et sur leur contenu en principe actif.

La différence de prix est importante et variable selon les pharmacies, entre la Malarone et son générique. Les prix sont très différents suivant les molécules utilisées, mais aussi selon le laboratoire. En effet, Union Fédérale des Consommateurs (UFC) « Que choisir » montrait dans une enquête réalisée en France en janvier 2012 dans 14 villes et auprès de 548 pharmacies que le prix d'un même médicament non remboursé pouvait passer du simple au double d'une officine à l'autre. Une autre étude comparative du prix du médicament entre la France et Allemagne réalisée en 2012 par la Commission Européenne de la Consommation

(CEC) faisait les constats suivants : les prix des médicaments en vente libre sans ordonnance et des médicaments avec ordonnance non remboursés par l'assurance maladie sont plus élevés en Allemagne qu'en France. Concernant les médicaments et le matériel utiles à emporter dans la trousse de pharmacie de voyage, leurs prix sont également plus abordables en France qu'en Allemagne. Les prix français constatés sont ainsi globalement moins chers que les prix allemands. Cette étude conclut que le prix des médicaments sous ordonnance et non remboursés est très variable d'une pharmacie à l'autre.

Tableau 3 : Différence de prix de la Malarone et de son générique entre les pharmacies

Médicaments et prix en euros Pharmacies	Malarone	Atovaquone-proguanil
Quartier périphérique	46 euros	22 euros
Quartier populaire	45,60 euros	27,60 euros
Quartier centre-ville	44 euros	18,15 euros

La pharmacie qui se situe dans le centre-ville est la moins chère et elle compte garder cette réputation dans Bordeaux. D'ailleurs, un projet d'agrandissement était en cours au moment de l'enquête : une partie réservée aux produits cosmétiques et une autre aux médicaments et aux clients avec ordonnances étaient en construction.

Les antipaludiques en France sont uniquement disponibles sur prescription médicale. Le médecin prescripteur évalue les risques réels d'exposition (situation géographique, risque de résistance, durée du séjour) à la transmission avant de prescrire le traitement. Cependant certains pharmaciens d'officine avaient tendance à délivrer un médicament autre que celui prescrit par le médecin (même pas son générique), soit sur demande du patient, soit à l'initiative du professionnel. La discussion avec Bernard, un pharmacien, est démonstrative.

Césarine : « Dans le cadre de cette recherche, nous avons interrogé d'autres pharmaciens qui font un travail remarquable pour satisfaire leurs clients. Dans le souci de satisfaire toute personne qui franchit le seuil de leur pharmacie, beaucoup n'hésitent pas à substituer le médicament antipaludique prescrit par un autre parce que les clients ont jugé que c'était trop cher. Est-ce que vous aussi, ça vous arrive de le faire ? »

Bernard : *« On essaie de rendre le service le plus complet possible quand la personne vient. Effectivement, la plupart des antipaludiques sont chers ; heureusement qu'il y a les génériques maintenant. Mais, même avec les génériques, c'est toujours cher. Comme on en parle, tout récemment, j'ai eu ce cas de figure. C'est la sœur du propriétaire de la boutique africaine en face. Pour son traitement, elle en avait pour plus de 80 euros. Et quand je lui ai dit : "c'est 80 euros", elle m'a dit qu'elle ne pouvait pas. C'est trop cher. Dans ce cas, il faut trouver une autre solution pour qu'elle puisse prendre au moins un traitement. Donc, comme je la connais, je lui ai conseillé un autre qu'on donne souvent aux gens qui vont en Afrique. J'en ai encore d'autres exemples à ce propos »*

Césarine : *« Est-ce que vous pouvez me parler des autres exemples ? »*

Bernard : *« Il peut aussi arriver qu'on n'ait pas le traitement prescrit. Souvent, il va aller dans l'autre pharmacie après le rond-point. S'il ne trouve pas ce qu'il veut, il revient pour demander si c'est possible de lui donner un autre traitement. J'ai souvent du mal à dire non ! »*

Césarine : *« Pourquoi avez-vous souvent du mal à dire non ? »*

Bernard : *« Ça va vous sembler fou ce que je vais vous dire, mais c'est ce qui se passe souvent. Si je dis non, il ne va pas prendre de traitement, rien du tout. Dans ce cas, il y a plus de risques qu'il revienne malade. Le traitement n'est pas remboursé, si la personne doit en plus faire le tour de la ville pour trouver son traitement, il y a forte chance qu'elle ne le fasse pas. Donc, vaut mieux lui donner un autre traitement, et là, au moins, c'est fait. Autant lui faciliter les choses. (...) C'est aussi une façon d'aider et d'encourager les gens à se prémunir contre le paludisme. »*

Cette discussion montre trois situations dans lesquelles le pharmacien d'officine pourrait procéder à des changements de traitement. Premièrement, il le fait lorsqu'il connaît bien le patient ou à une personne à qui il a donné le même produit pour la même destination. Les mécanismes d'interconnaissances sont mobilisés pour justifier la substitution de produits dans un contexte de non-remboursement de la chimioprophylaxie. Deuxièmement, le médicament échangé fait partie des produits les plus vendus (médicaments souvent prescrits par les médecins). Troisièmement, cela arrive quand la pharmacie ne dispose pas du

médicament prescrit par le médecin. En plus de décider d'échanger le médicament prescrit par le médecin, ce pharmacien estime que ce remplacement favorisera l'accès à la prévention.

Les patients impaludés et les migrants interrogés à domicile ont aussi émis des propos qui justifient ce changement, en évoquant le coût élevé des médicaments souvent prescrits pour les voyages à destination des pays d'Afrique, mais aussi le niveau d'interconnaissances. Ce dernier est souvent considéré comme permettant « *de gommer la situation d'interface professionnelle/utilisateur pour inscrire la relation dans la sociabilité qui assure une prise en charge rapprochée.* » (Daffé, Diagne, 2009 : 117)

Justin, ce patient français de 48 ans qui est hospitalisé pour un paludisme simple, s'est vu remplacer son traitement, la Malarone, contre de la Doxycycline.

« Le médecin m'avait prescrit de la Malarone. La Doxycycline, c'est le pharmacien hein ! C'est quelqu'un que je connais depuis très longtemps. Je peux même dire que c'est un ami de la famille. Lui, par contre, il a l'habitude d'aller en Afrique qui nous a dit : "non, non, moi je ne prends pas ça, je prends de la Doxycycline, ce n'est pas cher et ça marche pareil". »

Ici, le pharmacien, à partir de sa propre expérience, conseille et délivre la Doxycycline à la place de la Malarone à Justin. Ce qui n'est pas sans conséquence puisque Justin a connu un accès palustre au retour de ce voyage. Mais, le fait de remplacer le traitement initial par un autre jugé plus abordable économiquement n'est sans doute pas le seul facteur qui a contribué à l'impaludation de Justin. Rappelons que Justin n'avait pas pris la quantité de médicaments nécessaire pour couvrir toute la durée du traitement. Même s'il n'avait pas jugé nécessaire d'en prendre une autre boîte, Justin aurait préféré que son pharmacien lui délivre un traitement complet :

« Le pharmacien m'avait donné une boîte. Ce n'était pas cher. Je ne sais plus exactement, je crois que c'est 15 euros. Parce que je restais que 15 jours et je pense que la boîte, elle ne couvrait pas tout à fait. Elle couvrait le séjour et une partie au retour. Il aurait fallu faire 25 jours de traitement au total, 15 jours sur place et 10 jours au retour alors que la boîte contenait que 20 comprimés. Il a fait une erreur de calcul et moi aussi j'ai acheté une seule boîte. Je n'ai pas fini mon traitement de 5 jours. » (Justin, Français, 48 ans, paludisme simple, SMIT)

Cette tendance à échanger le médicament prescrit par un autre moins cher s'inscrit dans une logique de fidélisation de la clientèle et, donc, dans une stratégie commerciale. Les études en sciences sociales sur les interactions entre les spécialistes du médicament et leurs clients ne sont pas nombreuses en France, mais elles ont en commun de réfléchir aux fonctions commerciales et de conseil du pharmacien (Mbarga, Foley, Decollogny, 2014). Nicole Vernazza-Licht, Daniel Bley et Jocelyn Raude ont publié en 2012 un article très intéressant sur le rôle du pharmacien dans la gestion et la prévention des arboviroses, montrant ainsi la dualité du pharmacien : acteur de santé publique et commerçant. Dans leur étude, les auteurs montrent que les pharmaciens se revendiquent en premier lieu comme des acteurs de santé publique, grâce à leur disponibilité et à la gratuité des conseils qu'ils délivrent aux patients. En matière de santé publique, ils montrent que les pharmaciens mettent en avant leur habitude de la pratique managériale au sein des pharmacies, ce qui les rend plus aptes à gérer une crise sanitaire par rapport aux médecins qui sont plutôt dans l'exercice d'une pratique individuelle.

Conclusion

Le rôle du médecin généraliste est essentiel et il répond à un double enjeu : premièrement, satisfaire au mieux la demande afin de protéger les patients et ainsi diminuer le nombre de consultations au retour, de rapatriements sanitaires et d'hospitalisations ; et, deuxièmement, limiter le potentiel d'importation des maladies infectieuses en France. Le paludisme du retour est une maladie rare en médecine générale, avec des disparités entre zone urbaine et zone rurale. L'incidence faible de cette pathologie rend moins favorable le diagnostic (Morin, 2004) et le travail de *counseling* sur les mesures préventives, tout en favorisant un travail actif de recherche d'autres maladies généralement rencontrées dans le paysage français.

Ce chapitre montre aussi que l'exercice libéral semble peu participer à la prise en charge du paludisme du retour, tant sur le plan diagnostique que thérapeutique. Les différents itinéraires thérapeutiques révèlent que plusieurs acteurs interviennent dans la prise en charge de cette maladie en médecine de ville : le médecin généraliste, le pharmacien, le patient et son entourage. Chacun, à sa manière, peut contribuer à retarder le diagnostic et la prise en charge du paludisme. Le passage initial du patient en médecine de ville et la pratique de l'automédication retardent souvent le diagnostic et la prise en charge thérapeutique du patient impaludé à la recherche d'un traitement : « la fièvre du retour » est dissociée d'un accès

palustre par le généraliste et la consommation de médicament fait disparaître la fièvre. Néanmoins, on constate que l'information et la communication entre les acteurs de santé et les patients sont des facteurs qui accélèrent le diagnostic. Les malades informés sur « la fièvre du retour » ont facilité le processus, empêchant ainsi l'aggravation de l'accès palustre.

Dans le contexte bordelais, l'importance du paludisme du retour est alarmante. Une meilleure implication des pharmaciens d'officines et des médecins généralistes dans la lutte contre le paludisme pourrait diminuer de façon considérable le taux de morbidité dû à cette maladie. Dans cette perspective, les solutions pourraient-elles passer par le renforcement des moyens investis dans ces différents domaines ?

CONCLUSION GÉNÉRALE

Cette thèse cherchait à comprendre les logiques qui sous-tendent le recours limité à la prévention du risque palustre chez les voyageurs migrants originaires d’Afrique de l’Ouest qui résident à Bordeaux. L’analyse de l’ensemble des parties qui structurent cette thèse révèle que la lutte contre le paludisme ne doit pas se limiter à l’édiction des mesures préventives par les pouvoirs publics et par l’adoption de ces recommandations par les populations. La surreprésentation de cette maladie constatée chez les voyageurs migrants originaires des pays d’Afrique subsaharienne n’est pas seulement imputable aux comportements préventifs de ces derniers. La résilience face aux risques se fait fréquemment sous la contrainte à la fois du niveau de revenus, des valeurs culturelles dominantes dans les pays d’origine, mais aussi de l’expérience et de l’acceptabilité sociale de certains comportements de prévention. Le choix de recourir ou non à la prophylaxie préventive peut résulter alors de plusieurs « *délibérations — lecture et/ou compréhension de la maladie, expériences, de l’accès aux ressources, de la complexité des niveaux de décisions, parfois de l’évaluation du rapport bénéfice/risque et cout/efficacité.* » (Ndoye, 2009 : 127).

Arbitrer entre risques identitaire et palustre

Cette recherche a montré à l’issue, de l’enquête de terrain basée sur des entretiens individuels et des observations, l’existence conjointe de deux risques, palustre et social, d’une part, et d’autre part, la présence de situations hétérogènes d’exposition au risque de paludisme. En effet, lors du retour temporaire dans le pays d’origine, les voyageurs migrants ne sont pas confrontés uniquement à la prévention du paludisme. Ils doivent aussi assumer plusieurs charges familiales en plus des transferts d’argent déjà réalisés. Lorsque les charges que le voyageur migrant est supposé assumer sont importantes, il peut, pour éviter d’être étiqueté de « toubab », injecter toutes ses ressources à la satisfaction des attentes de la famille restée au pays, au détriment de la chimioprophylaxie. Cette concurrence crée en conséquence des situations de négociations entre risques. La présence de telles situations de négociations participe à modeler l’acceptation et l’interprétation des messages préventifs et influe sur les conditions de suivi des conseils délivrés par les acteurs de la santé publique (Vidal, Fall, Gadou, 2005) lors des préparatifs du retour temporaire.

L’efficacité des actions de prévention visant à limiter l’accès palustre suppose que les récepteurs de ces messages accordent une grande importance au paludisme et que sa

prévention constitue une priorité. Néanmoins, la plupart des voyageurs migrants ayant déjà eu affaire au paludisme se préoccupent peu de sa prévention en allant dans leurs pays d'origine. L'approche du sociologue Hervé Flanquart (2016), qui consiste à considérer les risques comme dépendants les uns des autres, me conforte dans cette analyse. Pour ce sociologue, dans l'esprit humain, les risques ne sont pas des entités isolées qu'on doit traiter indépendamment. Au contraire, ils constituent des éléments liés entre eux qui peuvent se composer, entrer en concurrence ou s'exclure mutuellement. En effet, dans leur façon d'appréhender les risques sociaux et sanitaires en général, et palustres en particulier, les voyageurs migrants les prennent tous en compte simultanément, mais s'abstiennent de dépenser pour se prémunir contre le paludisme au profit d'une autre option jugée meilleure à leurs yeux et mieux acceptée dans la société d'appartenance. Autrement dit, les voyageurs migrants hiérarchisent les deux risques, avec une non-priorisation du paludisme pour prévenir le risque d'accusation de « toubab ». Toutefois, on constate que les voyageurs migrants et parents d'enfants nés en France se montrent très préoccupés du risque d'infection palustre, faisant ainsi de la prévention du paludisme pédiatrique une priorité.

En filigrane, c'est la définition d'un niveau de risque socialement acceptable qui est en débat. Patrick Peretti-Watel et Jean-Paul Maotti (2009 : 82) considéraient le social comme *« une clé pour déchiffrer le sens que les individus donnent à leurs conduites à risque, ainsi que leurs motifs et les formes de déni qu'ils adoptent. »* En effet, les conditions socio-économiques et le non-remboursement de la chimioprophylaxie par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) ne justifient pas à eux seuls la non-adoption de comportements préventifs. Les résultats ont montré également que le paludisme n'est pas suffisamment perçu comme une maladie grave. Ils continuent de percevoir le risque de paludisme comme banal, ordinaire et quotidien, et comme une fatalité. Cette manière d'appréhender le risque en contexte migratoire traduit bien ce que le sociologue Hervé Flanquart (2016 : 5) qualifie de biais de cadrage, qu'il définit comme la *« tendance à ne pas nous éloigner de notre première perception, même si elle est fautive, etc. »* Tant que la perception du risque palustre ne change pas, la hiérarchisation ne changera pas – surtout que le risque palustre peut être volontairement pris afin de redorer son image et pour réapprendre à son corps à vivre comme les connaissances et parents qui vivent dans le pays d'origine.

Ce continuum de représentations sociales et culturelles en situation de migration suppose que le paludisme n'est pas une maladie qui leur est étrangère. En effet, le paludisme

est une maladie connue et déjà expérimentée par nos enquêtés. Cette expérience, pour eux généralement éloignée dans le temps, survenait chaque année à la même période et pendant plusieurs années lorsqu'ils résidaient dans leur pays d'origine, et aurait ainsi contribué à forger une perception qui minimise le risque palustre. De plus, cette expérience aurait contribué à consolider leur corps. Cette consolidation du corps les protégerait d'une autre éventualité palustre. Donc, selon cette logique, ils n'auraient pas besoin de prévention. Cette perception différenciée du risque pour soi et de celui pour les autres est l'expression du biais d'optimisme. Ainsi, pour expliquer que celui-ci se trouve bien inséré chez beaucoup de voyageurs migrants originaires des pays d'Afrique subsaharienne, il faut évoquer leur sentiment d'invulnérabilité et la maîtrise de leur environnement quotidien, ainsi que l'acquisition d'une semi-immunité.

Il faut attendre que le paludisme soit grave et expérimenté en France pour que sa perception conduise à une remise en question du sentiment d'invulnérabilité. L'expérience grave de cette pathologie dans le pays d'accueil va en grande partie moduler leurs rapports aux risques, c'est-à-dire leur façon de les percevoir autrement et de les hiérarchiser entre eux.

La médicalisation de la prévention en question ?

Les modèles d'actions et de pensées dans le cadre de la prévention du paludisme ne sont pas forcément harmonisés entre les pays. Dans les pays d'origine, notamment l'Afrique subsaharienne, des efforts ont été déployés depuis des décennies pour lutter contre cette pathologie. Les porteurs des politiques de lutte en Afrique, notamment les responsables des programmes de santé et les professionnels de santé, mettent des moyens à la disposition des populations à risques, par exemple les MII. Dans les pays d'immigration, les recommandations suggèrent une prophylaxie antipaludique en plus d'une protection contre les piqûres de moustiques. Or, le médicament est un produit qui n'est généralement utilisé qu'à visée curative.

On a démontré (chapitre 3) que la MII constitue pour les voyageurs migrants la stratégie préventive habituelle qui incarne la lutte contre le paludisme dans leurs pays d'origine. Ainsi, la prévention par médicament semble demeurer une mesure non habituelle qui introduit une autre manière de faire, différente des expériences préventives antérieures et qui serait difficile à suivre. La prophylaxie antipaludique constitue elle-même une contrainte : la prise de médicament, effets indésirables de certains médicaments préventifs. En effet, les

effets secondaires de la consommation antérieure de médicaments antipaludique et les contraintes liées à la prise des antipaludéens contribueraient à une utilisation limitée de la chimioprophylaxie (Behrens et al., 2014). En France, les mesures préventives semblent, à la lumière des différentes études, mal comprises, mal prescrites ou mal appliquées : dans le recensement du Centre national de référence pour les maladies d'importation, plus de 80 % n'étaient soumis à aucune prophylaxie ou l'avaient utilisée de façon incorrecte (durée de traitement insuffisante, surtout au retour, ou encore posologie inadaptée) (Garnier et al., 2001).

Le paludisme : une maladie difficile à diagnostiquer en médecine de ville

Les constructions et les transformations des savoirs et des pratiques des professionnels de santé confrontés à la prévention et à la prise en charge du paludisme ont fait l'objet d'études en anthropologie (Vidal, Fall, Gadou, 2005 ; Ndoye, 2009 ; Gruénais, 2003). Les médecins, qu'ils soient généralistes disposent eux aussi différents degrés de connaissance ou de compétence pour désigner puis lire et enfin interpréter les signes de la maladie afin de prendre en charge leurs patients. S'intéressant aux inégalités et négociations plurielles dans les relations de soin en médecine de ville, Marcel Drulhe et François Sicot (2011) ont montré que les généralistes ont des styles différents en ce qui concerne l'importance donnée à la technique médicale. De plus, selon les catégories de patients, une même pathologie peut faire l'objet de diagnostics différents.

Le paludisme est un exemple typique de cette diversité diagnostique à propos d'une même maladie. En effet, « la fièvre du retour » est diagnostiquée différemment selon l'acteur de santé. Elle est rarement associée à un accès palustre en présence de la prise en considération du voyage. Elle est interprétée selon les cas comme un symptôme d'une maladie déjà expérimentée par le patient, ou assimilée à une grippe. La consultation est fixée sur des maladies autochtones et expérimentées par le patient. Cette fixation semble s'expliquer par trois principales raisons.

D'abord, le paludisme n'apparaît guère comme une cause de consultation en médecine générale. Le paludisme est rare en France et ne constitue pas une activité quotidienne en médecine de ville. Ailleurs, notamment au Sénégal, Fassin (1990) montrait comment les infirmiers qui travaillent dans les dispensaires infléchissaient leurs diagnostics du paludisme en tenant compte de leurs connaissances épidémiologiques. Par exemple, une fièvre vue en

octobre sera interprétée comme paludisme, alors qu'on parlera de grippe à partir de février-mars. On rencontre les pics de paludisme pendant la saison des pluies couvrant la période qui s'étendait entre Mai et Octobre. Ceci fait que, pour une même symptomatologie et une même pathologie, le malade ne sera pas médicalement et socialement reconnu de la même façon – probablement mieux légitimé pour un paludisme que pour une grippe.

Ensuite, la fièvre, un des symptômes du paludisme, n'est pas toujours présent lors de la consultation. Notons que la fièvre n'est pas un symptôme spécifique à cette pathologie. Elle est l'expression commune d'un ensemble de maladies (Bonnet, 1999 ; Gruénais et al., 2005). Chez l'enfant Sylvain Faye (2009) expliquait que la fièvre était une manifestation qui accompagne son développement naturel (par exemple, la poussée dentaire). Ainsi, l'association de la fièvre au retour d'un voyage avec le paludisme est un travail complexe et témoigne en partie de la difficulté de poser un diagnostic.

Enfin, il semble exister un défaut de formation des médecins généralistes sur la prise en charge du paludisme. D'ailleurs, il a été constaté que, généralement, l'insuffisance de la formation médicale continue et/ou initiale des médecins généralistes et de la promotion de la prévention du paludisme peut retarder le diagnostic du paludisme (Pistone et al., 2010a) et par conséquent, peut conduire à des formes graves.

La combinaison de toutes ces difficultés – l'orientation de la consultation sur des maladies qui existent dans le paysage français, la pratique de l'automédication – retardent le diagnostic palustre et conduisent à l'aggravation des cas qui peut aller jusqu'à l'hospitalisation dans un service de réanimation.

L'analyse des différents parcours de prise en charge des patients hospitalisés au SMIT met en évidence le rôle primordial de la communication entre les différents acteurs qui gravitent autour de la prise en charge du paludisme en France. L'échange entre acteurs de santé et patients pour déceler l'origine de la « fièvre du retour » accélère le diagnostic. L'analyse des attitudes du médecin généraliste et du pharmacien d'officine face au paludisme d'importation montre la place prépondérante du « spécialiste » dans la prise en charge de cette maladie et, partant de là, montre leur participation faible dans la lutte contre le paludisme du retour.

Le risque palustre peut être perçu comme «exotique». L'exotisme du paludisme justifierait entre autres les difficultés que rencontre la médecine générale dans la prise en charge des malades impaludés et probablement la place accordée au paludisme dans la lutte contre les maladies à transmission vectorielle.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abbott A. (1988). *The system of professions. An essay on the division of labor*. Chicago: The University of Chicago Press, 452p.
- Adam E., Cognet, M. (2009). Pratiques des soignants dans la prise en charge des patients migrants. Colloque Internationale " Santé et mobilités au Nord et au Sud : circulations des acteurs, évolution des pratiques". Toulouse Université de Toulouse 2 le Mirail, France.
- Adam P., Herzlich, C. (1994). *La sociologie de la maladie et de la médecine*. Paris : Nathan, 127p.
- Aggoum A. (Sous la dir.) (2009). *Enquêter auprès des migrants : le chercheur et son terrain*, Paris, L'Harmattan, 160p.
- Agrati S. (2014). Impact des tests de diagnostic rapide de la grippe dans la prise en charge des patients adultes fébriles en période d'épidémie de grippe en cabinet de médecine générale, Thèse de médecine, Nice, 81p.
- Åkesson L., Eriksson-Baaz M., 2015, *Africa's Return Migrants: The New Developers ?*, London, Zed Books, 188 p.
<http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:859042/FULLTEXT01.pdf>
- Akoghéto M., Nahum A., (1996), Impact des moustiquaires imprégnées de delthaméthrine sur la transmission du paludisme dans un milieu côtier lagunaire, Bénin, *Bull. Soc. Path. Exot.*, 89, 4, 291-298.
- Ambrosetti E., Tattolo G. (2008). « Le rôle des facteurs culturels dans les théories des migrations », *Démographie et culture*, pp 3-16.
- Ammassari S., 2004, « From nation-building to entrepreneurship: the impact of élite return migrants in Côte d'Ivoire and Ghana », *Population, Space and Place*, 10 (2), pp. 133-154. DOI : [10.1002/psp.319](https://doi.org/10.1002/psp.319)
- Anaté K. (2015). « Dire le risque dans les langues africaines : communication et représentations du risque » in Pomel, S. (sous la dir.) *Du risque en Afrique. Terrains et perspectives*, Karthala- MSHA, pp 39-48.

- Ancelle T. (2008). Chimio prophylaxie du paludisme pour les séjours de longue durée en zone d'endémie, *Lettre de l'infectiologie*, Tome XXIII, n°6, Novembre-Décembre, pp 216-243.
- Andrys C., (2000). « Les cadeaux : règles et itinéraires des pratiques de don », in Garabuau-Moussaoui, I., Desjeux, D. (sous la dir.) (2000), *Objet banal, objet social. Les objets quotidiens comme révélateurs des relations sociales*, L'Harmattan, pp 155-172.
- Ansart S. et al., (2005). Illnesses in travelers returning from the tropics: a prospective study of 622 patients. *J Travel Med.* Dec. 2005 ;12 (6):312-318.
- Antoun F. et al., (2005). Recommandations relatives à la lutte antituberculeuse chez les migrants en France. Direction générale de la santé, groupe de travail Tuberculose migrants, 31 p.
- Appadurai A. (2005). *Après le colonialisme: les conséquences culturelles de la globalisation*. Paris: Payot et Rivages.
- Armengaud A., et al., (2008). A case of autochthonous Plasmodium vivax malaria, Corsica, August 2006. *Travel Med Infect Dis* ; 6(1-2) :36-40.
- Armengaud M., Picot S., Piccoli S. (1993). Évolution et tendances de 1986 à 1993 de l'attitude des voyageurs intercontinentaux au départ de France, vis à vis de la prophylaxie du paludisme. *Bull Soc Pathol Exot*, 86 : 421-3.
- Artavanis-Tsakonas S. et al., (2003). The war between the malaria parasite and the immune system: immunity, immunoregulation and immunopathology, Clin Exp Immunol. 2003 Aug;133(2):145-52.
- Attias-Donfut C., Tessier P. (2005). Santé et vieillissement des immigrants. *Retraite et Société* (46), 96-129.
- Aubry P., Gauzère B-A. (2018). Tests de diagnostic rapide par immunochromatographie en zones tropicales, Actualités 2017, <http://medecineticale.free.fr/cours/testrapide.pdf>
- Aubry P., Gauzière, B-A. (2017). Paludisme, actualités 2016, Médecine tropicale, <http://medecineticale.free.fr/cours/paludisme.pdf>

- Augé M. (1986). « Ordre biologique, ordre social : la maladie forme élémentaire » in Augé M., Herzlich C. (sous la dir.), *Le sens du mal*, Paris Archive contemporaines, pp 35-91.
- Baas M.C., Wetsteyn J-C., Van Gool T. (2006). Patterns of imported malaria at the academic medical center, Amsterdam, The Netherlands, *J.Travel Med* 13(1): 2-7.
- Banerjee A. (1999). Prise en charge du paludisme de l'enfant, y compris la prévention. Rapport de la 12ème Conférence de consensus en thérapeutique anti-infectieuse de la Société de pathologie infectieuse de langue française du 12 mars 1999 (Paris). Prise en charge et prévention du paludisme d'importation à Plasmodium falciparum.
- Banque Mondiale ou Banque Africaine de Développement (2011). Leveraging Migration for Africa : Remittances, skills and Investments (Démultiplier l'impact des migrations pour l'Afrique : Envois de fonds, renforcement des compétences et investissements) Washington, The World Bank, 236 p.
- Barre H., 2007 - Étude des risques de réintroduction du paludisme en Corse. Corte, université de Corse, 23/05/2007, 151 pages. Thèse d'Entomologie médicale / Parasitologie.
- Bart F., Thiriote C. (2015). « Conclusion » in Pomel, S. (sous la dir.) *Du risque en Afrique. Terrains et perspectives*, Karthala- MSHA, pp. 449-505.
- Bauchamps C. (1988). Fièvres d'hier, paludisme d'aujourd'hui. Vie et mort d'une maladie. *Annales Économies, sociétés, civilisations*, 43 (1), 249-275.
- Baxerre C., Le Hesran J.Y. (2004). Recours de soins en cas de fièvre chez l'enfant en pays Sereer au Sénégal entre contrainte économique et perception des maladies, *Sciences Sociales et Santé*, vol 22, n°4, pp 5-23.
- Beck U. (2001). *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*, Paris, Aubier.
- Becker H.S. (1985). *Outsiders. Étude de sociologie de la déviance*. Paris Am Métallé, 259p.
- Becker M. (1975). The Health Belief Model and personal health behavior. *Health Educations Monographs*, 324-473.
- Behrens RH., Alexander N. (2010). Malaria knowledge and utilization of chemoprophylaxis in the UK population and in UK passengers departing to malaria-endemic areas. *Malar J.* 12:461. doi: 10.1186/1475-2875-12-461.

- Behrens RH., et al., (2008). Declining incidence of malaria imported into the UK from West Africa. *Malaria J.*, 7:235.
- Behrens RH., et al., (2015). Imported malaria among people who travel to visit friends and relatives: is current UK policy effective or does it need a strategic change? *Malar J.* 9; 14:149. doi: 10.1186/s12936-015-0666-7.
- Ben Jalloun T. (1990). La solitude, le temps qui passe, l'espoir. *Nuit Blanche*, magazine littéraire (40), 44-46.
- Ben Soussan P. et al., (2002), *La parentalité exposée*, Èrès, 110 p.
- Bennegadi R., Bourdillon F. (1990). La santé des travailleurs migrants en France: aspects médico-sociaux et anthropologiques. *Revue Européenne des migrations*, 6(3), 129-144.
- Benoist J. (1996). *Soigner au pluriel. Essai sur le pluralisme médical*, Paris, Karthala.
- Berchet C., Jusot F. (2012). État de santé et recours aux soins des immigrés en France : une revue de la littérature. *BEH*, 2-3-4, pp 17-21.
- Berger E., Bois D. (2008). Expérience du corps sensible et création de sens. In Abadie S. (dir.). *La clinique du sport et de ses pratiques*, Nancy : Presses Universitaires de Nancy. pp. 92-107
- Berger P., Luckmann T. (2012). *La construction sociale de la réalité*, Armand Colin, 340p.
- Berry A., Iriart X., Magnaval JF. (2009). Nouvelles méthodes de diagnostic du paludisme. *Rev Fr Lab*; (416) :65-70.
- Blanke C. H. (2003). Increased malaria-morbidity of long-term travelers due to inappropriate chemoprophylaxis recommendations. *Trop Doct* ; 33 :117-9.
- Bley D. et al., (2007), Connaissances et perceptions du paludisme chez 103 voyageurs à destination intertropicale consultant le centre de conseil aux voyageurs du centre hospitalier universitaire de Bordeaux, France, *Médecine et maladies infectieuses*, 37, pp 678-683
- Bloy G., Schweyer F-X. (2010). "Introduction" in Bloy G., Schweyer F-X. (sous la dir.) *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Rennes, Presses de l'EHESP, pp 11-20.

- Bonnet D. (1990). Anthropologie et la santé mentale publique : une approche du paludisme au Burkina Faso. Dans D. Fassin, Y. Jaffré, *Sociétés, développement et santé* (pp. 243-258). Paris : UREF/ELLIPSES.
- Bonnet D. (2005). "Diagnostic prénatal de la Drépanocytose et interruption médicale de grossesse chez les migrantes africaines". *Sciences sociales et Santé*, 23 (2), 49-65.
- Bonono C. et al., (2005). L'influence de la famille dans la prise en charge du paludisme chez la primipare au Sud Cameroun. Fourth MIM Pan-African Malaria Conference 2005, Nov 2005, Yaoundé, Cameroun. Poster 544. <hal-01503329>
- Boucand M-E. (2014). « Les représentations des maladies rares génétiques, enjeux individuels et reconnaissance collective », Thèse de philosophie.
- Bouchaud O. (2005). Malaria: no shortage of patients but the market is failing. *La Revue du praticien* ;55(8): 829–31.
- Bouchaud O. et al., (2005). African immigrants living in France have long-term malarial immunity ? *Am J Trop Med Hyg* 2005; 72(1):21-5.
- Bouchaud O. et al., (2006). *Médecine des voyages, médecine tropicale*. Elsevier Masson.
- Bouchaud O. et al., (2013). *Médecine des voyages et tropicale. Médecine des migrants* (éd. 3). Paris : Masson.
- Boutin J.P. et al., (2005). Epidemiology of malaria. *Rev. Prat.* 55, 833—840.
- Bowman J., Murray R. (1990). Genetic variation and disorders in people of africa origin. Baltimore: *The johns hopkins university press*.
- Brodiez-Dolino A. (2015). La vulnérabilité, une nouvelle catégorie de l'action publique, *Informations sociales*, vol.2, n°188, pp. 10-18.
- Brodiez-Dolino A., et al. (2014) *Vulnérabilités sanitaires et sociales. De l'histoire à la sociologie*, Rennes, Presses universitaires de Rennes (Pur).
- Bruneel et al., (1999). Paludisme d'importation à Plasmodium falciparum. Quelle est la pertinence des critères de gravité de l'organisation mondiale de la santé ? *Med Mal Infect*, 29, pp 345-55.
- Buescher M.D, Rutledge L.C, Wirtz R.A. (1987). Effects of permethrine and DEET on bloodsucking arthropods. *Pestic Sci*; 21: 165-73.

- Calvez M. (2004), « Transition biographique et changement de perception des risques : l'apport de l'analyse culturelle », *Recherches sociologiques*, 1, 117-132
<http://www.i6doc.com/I6Doc/WebObjects/I6Doc5.woa/wa/ClientDA/i6doc>
- Calvez M. (2006). L'analyse culturelle de Mary Douglas : une contribution à la sociologie des institutions, *Sociologies*, en ligne : <http://sociologies.revues.org/document522.html>
- Carde E. (2007). Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins. *Santé publique*, 2 (19), 99-109.
- Carde E. (2011). De l'origine de la santé, quand l'ethnie et la race croisent la classe. *Revue européenne des migrations internationales*, vol.27, n°3, 26.
- Carnevale, P., Robert, V., Boudin, C., Halna, J.N., Pazart, L., Gazin, P., Richard, A., Mouchet, J., (1988), La lutte contre le paludisme par des moustiquaires imprégnées de pyrèthrinoides au Burkina Faso, *Bull. Soc. Path. Exot.*, 81, 5, 832-846 ;
- Castéla F., Legros F., Lagardère B. (2003). Le paludisme d'importation de l'enfant en France. *Arch Pediatr*, 758-65.
- Catania J. et al., (2013). Diagnostic dilemma in a returning traveler with fever, *Diagnostic Microbiology and Infectious Disease*, 77: 85-86.
- Caumes E. (2012). Du paludisme aux bactéries multirésistantes, de la fièvre jaune à la rougeole, la médecine des voyages évolue, *Beh* n° 20-21, Recommandations sanitaires pour les voyageurs en 2012, 2p.
- Caumes E. (2014). Quand les conseils médicaux aux voyageurs contribuent à protéger la France de l'implantation de maladies infectieuses exotiques. *Beh*, N° 16-17, 3 juin 2014, 51p.
- Caumes E., Camus D. (2017). Maladies vectorielles, entre la fin et le début, *Beh*, Hors-série | 6 juin 2017. Recommandations sanitaires pour les voyageurs en 2017, 61p.
- CDC (2015) General Refugee health guidelines, <https://search.cdc.gov/search/?query=general&utf8=✓&affiliate=cdc-main>
- CEC (2012). Etude comparative du prix du médicament entre la France et l'Allemagne, https://www.cec-zev.eu/fileadmin/user_upload/cec_zev/PDF/themes_conso/sante_allemande/prix_medicaments_etude.pdf

- Chalumeau, M et al., (2006). Delay in diagnosis of imported Plasmodium falciparum malaria in children. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* (25), 186-89.
- Chambonnet J-Y., Barberis P., Peren V. (2000) How long are consultations in French general practice? *Eur J Gen Pract*, 6:88- 92.
- Chareonviriyaphap T. et al., (2001). Insecticide-induced behavioral responses of Anopheles minimus. *J Am Mosq Contr Assoc* ; 17 : 13-22
- Chauvin, P., Parizot, I., & Labas, J. (2001). Etat de santé, recours aux soins et modes de fréquentation des personnes en situation précaires consultant des centres de soins gratuits. Dans M. Joubert, F. Facy, P. Chauvin, & V. Ringa, Précarisation, risque et santé (pp. 99-117). INSERM.
- Chemin L.-M. (2014). L'évolution du rôle du pharmacien d'officine français en tant qu'acteur de santé. *Sciences pharmaceutiques*. 2014. <dumas-01104324>, 127p.
- Chen LH. et al., (2009). Illness in long-term travellers visiting GeoSentinel clinics. *Emerg Infect Dis* ; 15(11) : 1773-82.
- Cilundika Mulenga P., Nyota Msenga O., Luboya Numbi O. (2016). La problématique de l'usage des Moustiquaires Imprégnées d'insecticides de Longue Durée (MILD) chez les enfants de moins de 5 ans en République Démocratique du Congo, *Pan Afr Med J*. Mar 16 ; 23 :101.
- Cissé, P. (2015). « Envois de fonds, utilisations et transformations socioéconomiques au Mali », in Kamdem, P. (sous la dir.), *Migrations et développement dans les Afriques de l'Ouest et du Centre*, Paris, L'Harmattan, pp. 191-206.
- Clément M., Bolduc N., (2004). « Regards croisés sur la vulnérabilité : le politique, le scientifique et l'identitaire », in Saillant F., Clément M. et Gaucher C. (dir.), *Identités, vulnérabilités, communautés*, Québec, Nota Bene, p. 61-82.
- CNRP. (2013). Rapport annuel d'activité.
- CNRP. (2016). Dossier de candidature, volet scientifique, mandature 2017-2021, 208p.
http://cnrpaludisme-france.org/docs/rapport_activites2015_dossierscientifique2017_2021.pdf

- Cogneau J. et al., (2002). Enquête de motivation sur la participation des médecins généralistes à une recherche en santé publique, *Santé publique*, n°2, vol.14, pp 191-199.
- Cognet, M., Hoyez, A.-C., Poiret, C. (2012). "Editorial : expérience de la santé et du soin en migration : entre inégalités et discriminations". Consulté l'Août 13, 2015, sur Revue européenne des migrations : <http://remi.reveues.org/158>
- Collet, B., Philippe, C. (dir.). (2008). *Mixités. Variations autour d'une notion transversale*. Paris. L'Harmattan.
- Collet, B., Santelli, E. (2012). *Couples d'ici, Parents d'ailleurs. Parcours de descendants d'immigrés*. Paris. PUF.
- Coluzzi, M. (2002). "Plasmodium Falciparum en Afrique subsaharienne. Annales de l'Institut Pasteur, 13, 81-99.
- Combemale P. (2001). La prescription des répulsifs. *Med Trop*; 61: 99-103.
- Cossar J-H., Reid D. (1992). Immunisation and health advice for travellers: the role of the general practitioner. *Health Bull (Edinb)*.; 50(6):428-432.
- Cresson G., Mebtoul M. (Sous la dir.) (2010). *Famille et santé*, Rennes, Presses de l'EHESP, 300 p.
- Cretot P, (2013). La vaccination comme moyen de prévention : analyse bénéfices-risques, comparaison des politiques vaccinales en Europe, freins et rôle du pharmacien d'officine, Thèse en Pharmacie.
- Curtis, S., Hoyez, A. (2012). Public health and migration. Mess, ed. Incyclopedia of global human migration.
- Curto De Casas S.I., Carcavallo U.R., (1995), Climate change and vector-borne diseases distribution, *Social Science and Medicine*, Vol. 40, n°11, pp. 1437-1440
- D'Arripe, A. et Routier, C. (2013), Au-delà de l'opposition entre savoir profane et savoir expert, une triangulation des méthodes. *Recherches qualitatives/ Hors-série*, n°15, pp 221-233.
- D'Ortenzio E. et al., (2008). Prolonged *Plasmodium falciparum* infection in immigrants, Paris, *Emerg Infect Dis*, 14(2) : 323-6.

- Dabiré, B. (2007). « Les déterminants familiaux de l'Emigration rurale au Burkina Faso », *African population studies*, vol. 22, n°1, pp 107-135.
- Daffé, G. (2008). « Les transferts d'argent des migrants Sénégalais. Entre espoir et risques de dépendance » in Diop M-C. (dir.) *Le Sénégal des migrations. Mobilités, Identités et Sociétés*, pp 105-131.
- Daffé G. (2009). « Les transferts d'argent des migrants Sénégalais : entre gains de bien-être et risque de dépendance », *Globelies 7ème Conférence internationale*, 6-8 Octobre, Dakar, Sénégal.
- Daffé G., Diagne, A. (2009). *Le Sénégal face aux défis de la pauvreté. Les oubliés de la croissance*, Karthala, 316p.
- Danis M. et al., (2002). Données actuelles sur le paludisme en France métropolitaine, *Med Trop*, 62 : 214-218.
- Dany L. (2011). Quand le traitement se fait maladie, *Sciences Sociales et Santé*, n°3, vol.29, pp 75-80.
- Darriet F. (2014). *Des moustiques et des hommes. Chronique d'une pullulation annoncée*. Marseille : IRD Éditions.
- Daum C., 2002, « Aides au "retour volontaire" et réinsertion au Mali : un bilan critique », *Hommes et migrations*, 1239, pp. 40-48.
- De coulou A., Wolff, F.-C. (2006). The location of Immigrants at Retirement: Stay/Return or "Va-et-Vient". *Institute of the Study Labour (IZA)(2224)*, Bonn.
- De Goucy, C. 2007, « Le retour au prisme de ses détours ou comment réintroduire de la proximité dans l'éloignement », *Revue européenne des migrations internationales* [en ligne], vol, 23, n°2.
- Décosse F. (2008). La santé des travailleurs agricoles migrants : un objet politique ? *Etudes rurales*, 182, pp 103-120.
- Delawarde C. et al., (2014). Aider les parents à être parents ? Modèles et pratiques des programmes « *evidence-based* » d'aide à la parentalité, *Annales Médico-psychologiques*, revue psychiatrique, Volume 172, Issue 4, pp. 273-279.

- Delvert M. (2014). Prise en charge pré-hospitalière du paludisme d'importation. Etude rétrospective de 230 cas diagnostiqués au CHU de Nîmes de 2000 à 2013, Thèse de Médecine, Université Montpellier 1, 128p.
- Dépelteau F. (2007). La démarche d'une recherche en sciences humaines : de la question de départ à la communication des résultats. Québec : Marquis.
- Derex J.-M. (2008). Géographie sociale et physique du paludisme et des fièvres intermittentes en France du XVIIème et XXème siècle. *Histoire, Economie et Société*, 39-59.
- Desenclos J-C., Lecollinet S. (2009). « Contexte de lutte antivectorielle en France » in Fontenille, D. et al., (2009). *La lutte anti vectorielle en France*, IRD Editions,
- Després C., et al., (2011). « Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche socio-anthropologique ». Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n° 170.
- Després, C. (2013). « Négocier ses besoins dans un univers contraint. Le renoncement aux soins en situation de précarité », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 6 |, mis en ligne le 29 juillet 2013, consulté le 05 mai 2015. URL : <http://anthropologiesante.revues.org/1078>
- Detrez, C. (2002). *La construction sociale du corps*, Editions Seuil, 257p.
- Develoux M., et al., (2012). Paludisme chez les migrants, expérience d'un hôpital parisien (2002-2010), *Bull. Soc. Pathol. Exot.*, 105 : 95-102.
- Deveugele A, et al., (2002). Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. *BMJ*, 325 : 472-8.
- Dewitte, P. (2000), Malade étranger, étranger malade ? *Hommes et Migrations*, n°1225, Mai-Juin.
- Dia, H. (2007). « Confiance et conflits d'intérêt : le difficile investissement au pays des migrants de la vallée du fleuve Sénégal » *Revue Européenne des Migrations Internationales*, 23, 3, pp29-49.
- Diallo T. (2007). Profil de formation du pharmacien au Mali et évolution de ses missions officinales. Thèse de Pharmacie, FMPOS, Université de Bamako, Mali. 2007, 108 pages.

- Diallo, S. Dit Baba (2015). « Parcours familiaux, situations migratoires et stratégies d'autonomie : le cas d'une lignée forgeronne de la vallée du fleuve Sénégal (XXe-XXIe siècles). » in Kamdem, P. (sous la dir.) *Migrations et développement dans les Afriques de l'Ouest et du Centre*, Paris, L'Harmattan, pp 71-91.
- Diallo, T. et al (2017). Paludisme et pharmaciens d'officine de Bamako (Mali) : Connaissance, attitudes et pratiques. *Revue Malienne d'Infectiologie et de Microbiologie*, Tome 9, pp 25-38.
- Dieng S. (2002). Pratiques et logiques de l'épargne collective chez les migrants maliens er Sénégalais. *Afrique et Développement*, XXVII(1 et 2), 144-174.
- Dimé M. (2013). « Comment investir si on doit faire face à autant de problèmes ? Enjeux et contraintes à la promotion de l'investissement chez les émigrés de retour au Sénégal » in Azoulay, G., Ancy, V., Dormoy, D., Crenn, C., Mangu, A., Thomashausen, A. (sous la dir.) *Mobilités et Migrations : figures et enjeux contemporains. Pluralités des regards et des disciplines*. Coll. Presses Universitaires de Sceaux, L'Harmattan, pp 135-149.
- Diome F. (2015). *Le ventre de l'Atlantique*. Editions Anne Carrière.
- Diouf I., et al., (2015). Détermination des paramètres du paludisme au Sénégal à partir des données météorologiques de stations et de réanalyses, Colloque de l'association internationale de climatologie, Liège 2015, pp 133-139. http://www.climato.be/aic/colloques/actes/ACTES_AIC2015/2%20Climatologie%20a pplicative/021-DIOUF_I-133-139.pdf
- Dorsey G, et al., (2000). Difficulties in the prevention, diagnosis, and treatment of imported malaria. *Arch Intern Med*; 160:2505—10.
- Dory, V., et al, (2009). La médecine générale dans le regard des futurs médecins généralistes, *Exercer*, 85, pp 4-7.
- Doudou D. T. et al., (2006). « La moustiquaire imprégnée d'insecticide comme moyen de lutte contre le paludisme : les raisons d'une adoption limitée en Côte d'Ivoire. Compte rendu de recherche », *Natures Sciences Sociétés*, 4/2006 (Vol. 14), p. 431-433.
- Douglas Mary, 2001 [1967], *De la souillure. Essai sur les notions de pollution et de tabou*, trad. Anne Guérin, Paris, La Découverte.

- Dourgnon P. et al., (2008). La santé perçue des immigrés en France. Une exploitation de l'Enquête décennale santé 2002-2003, *Questions d'économie de la santé*, 133, 6 p.
- Dozon J-P. (2001). « Quatre modèles de prévention » in Dozon J-P., Fassin D. *Critique de la santé publique : une approche anthropologique* Paris, Balland, pp. 23-46.
- Drillhé V., Delmont J., Soulas,G. (2012). *Conseils sanitaires aux voyageurs en médecine générale. Etude des connaissances et des pratiques sur un échantillon de 100 médecins généralistes marseillais*. Broché.
- Drulhe M., Sicot F. (dir.) (2011). *La santé à cœur ouvert. Sociologie du bien-être, de la maladie et du soin*, Presses Universitaires du Mirail, 305p.
- Duclos, D., (1994) « Quand la tribu des modernes sacrifie au dieu Risque (Mary Douglas et le risque comme concept culturel) », *Déviance et Société*, 8, 3 : 345-364.
- Dugravier et al., (2009). Compétences parentales et attachement dans la petite enfance : diminution des risques liés aux troubles de santé mentale et promotion de la résilience (CAPEDP) : une étude longitudinale de prévention précoce des troubles de la relation mère-enfant, *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, Volume 57, Issue 6, 2009, pp. 482-486.
- Duthe, G. (2008). Recrudescence du paludisme au Sénégal : la mesure de la mortalité palustre à Mlomp. (INED/ Population) Consulté le Novembre 04, 2013, sur www.cairn.info : <http://www.cairn.info/revue-population-2008-3-page-505.htm>
- Ebang Ondo E. (2012). « Perception de l'hôpital public et offre de soins de santé au Gabon : analyse des enjeux des interactions entre personnels et usagers du Centre Hospitalier de Libreville (CHL) », *Bulletin Amades* [En ligne], 85 | 2012, mis en ligne le 07 juin 2013, consulté le 11 décembre 2017. URL : <http://journals.openedition.org/amades/1398>
- Fainzang S. (1985). « La "maison du blanc": la place du dispensaire dans les stratégies thérapeutiques des Bisa du Burkina. », *Sciences sociales et santé*, vol.3, n°3-4, pp.105-128.
- Fainzang S. (1997). « Les stratégies paradoxales. Réflexions sur la question de l'incohérence des conduites des malades », *Sciences sociales et santé*, vol.15, n°3, pp.5-23.
- Fainzang S. (2006a). *La relation médecins-malades : information et mensonge*, PUF, 168p.

- Fainzang S. (2006b). Transmission et circulation de savoirs sur les médicaments dans la relation médecin-malade, In : Collin J., Otéro M, Monnais L, eds, *Le médicament au cœur de la socialité contemporaine. Regards croisés sur un objet complexe*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 1-8.
- Fainzang S. (2012). *L'automédication ou les mirages de l'autonomie*, Paris, PUF, 192p.
- Fall, A. (2003). « Quel façonnement organisationnel des centres de santé en Afrique de l'Ouest » in Jaffré Y. et Olivier de Sardan (sous la dir.) *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, APAD, Karthala, pp 217-236.
- Fall, M. (2011). *Présence africaine à Bordeaux de 1916 à nos jours*. Bordeaux : Pleine.
- Fanica, P.-O. (2006). « La disparition du paludisme dans la France rurale et la régression des terres humides ». *Etude et gestion des sols*, 13 (1), 53-61.
- Farmer, P. (1996). *Le Sida en Haïti : la victime accusée*, Préface de Françoise Héritier. Traduction française, par Corine Hewlett, du livre américain : *AIDS and accusation*, publié en 1992 par The University of California Press. Paris : Les Éditions Karthala, 1996, 414 p.
- Fassin D. (1990). « Maladie et médecine » in Fassin D., Jaffré Y., *Santé, développement et santé*, Paris, Les Éditions Ellipses, pp 38-49.
- Fassin D. (1999b). « L'anthropologie entre engagement et distanciation. Essai de sociologie des recherches en sciences sociales sur le sida en Afrique » in Becker J.P., Obbo C., Touré M. (éds.) *Vivre et penser le sida en Afrique*, Paris, Codesria, Karthala, IRD, pp 41-66.
- Fassin D., (1996), « Idéologie, pouvoir et maladie. Éléments d'une anthropologie politique du sida en Afrique », In : Cros M., ed, *Les maux de l'Autre*, Paris, L'Harmattan, 65-93.
- Fassin D., Bourdelais P. (2005). *Les constructions de l'intolérable : étude d'anthropologie et d'histoire sur les frontières de l'espace moral*, Paris, La Découverte, 240p.
- Fassin, D. (1999a). "L'indicible et l'impensé : la "question immigrée" dans les politiques du Sida". *Sciences sociales et Santé*, 17 (4), 5-36.
- Fassin, D. (2000a). "Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration". *Hommes et Migrations ; Santé, le traitement de la différence* (1225), 5-12.

- Fassin, D. (2000b). Entre politique du vivant et politique de la vie : pour une anthropologie de la santé. *Anthropologie et Sociétés*, 24 (1), 95-116.
- Fassin, D. (2001a). « La santé des immigrés et des étrangers : « Méconnaissance de l'objet et objet de reconnaissance" ». *Précarisations, risque et santé*, 187-96.
- Fassin, D. (2001b). Une double peine : la condition sociale des immigrés malades du Sida. *L'Homme*.
- Fassin, D. (2003). « Naissance de la santé publique : deux descriptions du Saturnisme infantile à Paris (1987-1989) ». *Genèses* 53, 139-152.
- Faye S. L. (2011). "Quand les tradithérapeutes ouest africains soignent l'infertilité à Dakar (Sénégal) : recompositions et dynamiques entrepreneuriales". *Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*. Médecine, mobilité et globalisation.
- Faye S. L., Ndoye T., Sokhna, C. (2007). Perceptions et usages populaires de la moustiquaire imprégnée et des ACT pour la prévention et le traitement du paludisme au Sénégal. *Final*.
- Faye S., et al., (2011). « Appropriation d'un nouveau protocole antipaludéen au Sénégal". Consulté le 28 Août, 2015, Sociologies : <http://sociologies.revues.org/3412>
- Faye S.L. (2009). « Du sumaan ndiig au paludisme infantile : la dynamique des représentations en milieu rural sereer sinig (Sénégal) », vol. 27, n° 4, pp. 91-112. [En ligne] http://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_2009_num_27_4_1947
- Faye S.L. (2012), Comprendre la non-utilisation des moustiquaires imprégnées à longue durée d'action (MILDA) au Niger, *Médecine et Santé Tropicales* ; 22 : 203-209
- Fenner L. et al., (2007). Imported infectious disease and purpose of travel, Switzerland. *Emerg Infect Dis* 13(2) : 217–222.
- 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.
- Fischer G-N. (2008). L'expérience du malade. L'épreuve intime, Dunod, 144p.
- Fishbein M., Ajzen, I. (1975). Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research. Reading MA : Addison Wesley.

- Flahaux M.-L., (2013). *Retourner au Sénégal et en RD Congo. Choix et contraintes au cœur des trajectoires de vie des migrants*, Louvain-la-Neuve : Presses universitaires de Louvain, 348 p.
- Flahaux M.-L., Beauchemin C., Schoumaker B., (2014). « De l'Europe vers l'Afrique : les migrations de retour au Sénégal et en République démocratique du Congo », *Populations & Sociétés*, 515, 4 p.
- Flahaux M.-L., Eggerickx T., Shoumaker B., (2017). Les migrations de retour en Afrique », *Espace populations sociétés* [En ligne], 2017/1 | 2017, mis en ligne le 25 juin 2017, consulté le 24 mars 2018. URL : <http://journals.openedition.org/eps/7081> ; DOI : 10.4000/eps.7081
- Flanquart H. (2016). *Des risques et des hommes*, Paris, PUF, 344p.
- Fontenille, D. et al, (2009). *La lutte anti vectorielle en France*, IRD Editions, 1179 p.
- Fouquet, T. (2007). Imaginaires migratoires et expériences multiples de l'altérité : une dialectique actuelle du proche et du lointain. *Autrepart*, 41, 83-97.
- Fouquet, T. (2008). Migrations et globalisation dakaroise in M. C. Diop, *Le Sénégal des migrations. Mobilités, Identités et Sociétés* (pp. 305-319). Crepos, Karthala, Onu Habitat.
- Gachot B., Bruneel F., Pays J. -F. (2004). *Paludisme*. Doin.
- Galan J. (2016). *La surprise de l'autre*. Tome 1, Lulu, 512p.
- Gandoulou, J. (1989). *Au coeur de la sape, moeurs et aventures des congolais à Paris*. Paris: L'Harmattan.
- Garnier J.M., et al., (2001). Quelle prophylaxie pour l'enfant voyageur ? Journée « Situation et perspectives en prophylaxie antipaludique », Marseille, le Pharo.
- Garson, J.-p. (2005). "Le retour sur le retour". *Après demain*.
- Gautret P, et al, (2009). Multicenter EuroTravNet/GeoSentinel study of travel-related infectious diseases in Europe. *Emerg Infect Dis*. nov 2009;15(11):1783- 1790.
- Gazin, P. (1990). Le paludisme dans les grandes villes d'Afrique noire. *Afrique Médecine et Santé* ; 49 : 22.

- Gétaz L. et al., (2014). Les maladies tropicales persistantes chez les migrants, *Rev Med Suisse*, 10 : 827-23.
- Girard, T. (2013). Comment pense Mary Douglas ? Risque, culture et pouvoir, *Ethnologie Française*, vol.43, pp 137-145.
- Giust-Desprairies F. (2003). *L'imaginaire collectif*. France: éd. Éres, coll. Sociologie clinique.
- Godard, J. (2009). « La médecine générale, la prévention et la santé publique », *Santé Publique*, 6 (Vol. 21), p. 613-614. DOI 10.3917/spub.096.0613
- Godin, G. (1988). « Fondements psychosociaux dans l'étude des comportements reliés à la santé. » *Santé et société* (2), 5-20.
- Godin, G. (1991). « L'éducation pour la santé : les fondements psycho-sociaux de la définition des messages éducatifs », *Sciences sociales et santé*. Volume 9, n°1, pp. 67-94.
- Goffman, E. (1973). *La mise en scène de la vie quotidienne*, Paris, Editions de Minuit.
- Good B., (1998), *Comment faire de l'anthropologie médicale ?* (Version originale, 1994), Paris, Les Empêcheurs de Tourner en Rond.
- Gruénais M-E. (1990). « Le malade et sa famille. Une étude de cas à Brazzaville », In Fassin D. et Jaffré J., *Santé, développement, société*, Paris, Ellipse, pp. 227- 42.
- Gruénais M.-E. (2003). Les personnels de santé et populations face à l'expérience ordinaire des fièvres en Afrique subsaharienne. *Médecine tropicale*, 63 (3), 271-275.
- Gruénais M.-E., Ndoye T., Babo J. P. (2005). Le paludisme, maladie mal soignée. *Géopolitique africaine* (21), pp. 139-149.
- Guilbaud, A. (2008) *Le paludisme. La lutte mondiale contre un parasite résistant*, Préface de Guillaume Devin, Paris, L'Harmattan, 160p.
- Guillou, A.V. (2009), Immigration thérapeutique, immigration pathogène. Abandonner le parcours thérapeutique pour l'"expérience migratoire" (commentaire) [notes critiques]. *Sciences sociales et santé*, vol 27, n°1, pp 63-71.
- Hachimi S.Y., Ze A. (2013). *Le fardeau socio-économique du paludisme en Afrique : une analyse économétrique*, PUL.

- Hadou et al., (2001). Résultat d'une enquête au « retour du voyage », réalisée par le centre par le contre de vaccinations internationales et de conseils aux voyageurs de Strasbourg, *Bull Soc Pathol Exot*, 94, 180p.
- Hagmann S. et al., (2010). Illness in children after international travel: analysis from the GeoSentinel Surveillance Network. *Pediatrics*; 125:1072-80.
- Hamel C., Moisy M. (2011). "Migrations, conditions de vie et santé en France à partir de l'enquête Trajectoires et Origines en 2008. *BEH* 2-3-7, 21-24.
- Hamer DH. et al., (2008). Knowledge and use of measures to reduce health risks by corporate expatriate employees in western Ghana. *J Travel Med*; 15:237-42.
- HAS. (2008). Paludisme, Commission de la transparence. Avis 18 Mars, 2008. Note de synthèse. <http://docplayer.fr/20767868-Commission-de-la-transparence-avis-19-mars-2008.html>
- HAS. (2012). Malarone 250 mg/100mg, comprimé pelliculé, boîte de 12, plaquette thermoformée, Commission de la transparence, Avis du 1fevrier 2012. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-02/malarone_01022012_avis_ct11510.pdf
- HAS. (2016). Évaluation des actes de diagnostic biologique des infections à Plasmodium, Argumentaire, 104p.
- HAS. (2017). Lariam 250 mg, comprimé sécable, boîte de 8, plaquette thermoformée, Commission de la transparence, Avis 2 du 22 février 2017. http://www.roche.fr/content/dam/roche_france/fr_FR/doc/Produits/Lariam/Lariam_RI_22-02-2017.pdf
- HCSP. (2009). Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité.
- HCSP. (2013). Les indicateurs de suivi des inégalités de santé.
- Herzlich, C. (2003). "La santé et le social". *Revue d'épidémiologie et de santé*, N°51, 377-380.
- Hill D.R. (2006). The burden of illness in international travelers. *N Engl J Med*; 354:115—7.

- Houeto D, et al., (2007). Malaria control among children under five in sub-Saharan Africa: the role of empowerment and parents' participation besides the clinical strategies. *Rural Remote Health*. 7(4):840. www.rrh.org.au/journal/article/840
- Hourzel, D. (sous la dir.) (1999). *Les enjeux de la parentalité*, Èrès, 200p.
- Hoyez, A.-C. (2011). "Accès aux soins des migrants en France et la "culture de l'initiative locale" Une analyse des contextes locaux à l'épreuve des orientations nationales". Consulté le Août 13, 2015, sur Cybergeog: European journal of geography, Espaces, Société et Territoire: <http://cybergeog.revues.org/24796>
- Huneau K. (2008). Conseils aux voyageurs : étude des représentations et du vécu des médecins généralistes de Loire-Atlantique par la méthode du focus group. Nantes : Université de Nantes.
- Igun, U. A. (1994) Reported and actual prescription of oral rehydration therapy for childhood diarrhoeas by retail pharmacists in Nigeria. *Soc. Sci. Med.* 39(6), 797± 806.
- INSEE. (2010). Bases de données du recensement de 2010.
- INSEE. (2015). Estimation de la population française en 2015.
- Isnard, C. (2011). La compétence relationnelle dans le soin en médecine générale. Enquête ethnographique : pour une éthique située de la dimension de care. Thèse pour le doctorat en médecine générale, Université de Bordeaux, 163p.
- Jaffré Y. (1999). Pharmacies des villes, pharmacies « par terre », *Le Bulletin de l'APAD*, 17, *Anthropologie de la Santé*, édition électronique, 12 Février 2017, <http://apad.revues.org/document482.html>.
- Jaffré Y., Olivier de Sardan J.-P. (dir.) (2003). *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala, 444p.
- Jaffré Y., Olivier de Sardan J.P. (1999) *La construction sociale des maladies*, Paris, PUF.
- Jaffré Y., Olivier de Sardan J.P., (1995b). Tijiri la naissance sociale d'une maladie, *Cahiers Sciences Humaines*, XXXI, 4, 773-795.
- Jamouille, P. (2013). *Par -delà les silences. Non-dits et ruptures dans les parcours d'immigration*. Paris: La Découverte.

- Jeannel D. (2007). Perception des risques infectieux lors des déplacements à l'étranger, attitudes et pratiques des Français métropolitains, 2006. *Bull Épidémiologique Hebd.* ;(25/26) :221- 224.
- Jelinek T. et al., (2002). Imported falciparum malaria in Europe: sentinel surveillance data from the European network on surveillance of imported infectious diseases. *Clin Infect Dis*;34(5):572-6.
- Jennings RM., De Souza JB., Todd JE. (2006). Imported Plasmodium falciparum malaria: are patients originating from disease-endemic areas less likely to develop severe disease? A prospective, observational study. *Am J Trop Med Hyg* 75(6):1195–9
- Jodelet D. (2006a). « Culture et pratiques de santé », *Nouvelle revue de psychosociologie* 2006/1 (n° 1), p. 219-239. DOI 10.3917/nrp.001.0219
- Jodelet D. (2006b), « Place de l'expérience vécue dans le processus de formation des représentations sociales », in Haas, V. *Les savoirs du quotidien*, Rennes, PUR, 235-255.
- Joshi MS., Lalvani A. (2010) 'Home from home': risk perceptions, malaria and the use of chemoprophylaxis among UK South Asians. *Ethn Health.* 15:365–75. doi: 10.1080/13557851003729098.
- Joublin H. (2010). *Le proche de la personne malade dans l'univers des soins. Enjeux éthiques de proximologie*. Préface de Hirsch E., Toulouse, Èrès, 311p.
- Kamdem, P. (2015). "Comprendre les liens migrations et développement dans les Afriques de l'Ouest et du Centre" in Kamdem, P. (sous la dir.), *Migrations et développement dans les Afriques de l'Ouest et du Centre*, Paris, L'Harmattan, pp 9-13.
- Kepseu, N. (2011). Prévention du paludisme et rôle du pharmacien d'officine dans la prise en charge, Thèse de pharmacie, Université de Bordeaux.
- Koenig CA, (2016). Le rôle du Pharmacien dans l'humanitaire : Exemple de l'épidémie d'Ebola en Guinée, thèse en Pharmacie.
- Kofoed P.-E. et al., (2004). « Which Children Come to Health Center for Treatment of Malaria? *Acta Tropica*, 90, pp. 17-22.

- Kotobi, L. (2000). " Le malade dans sa différence : les professionnels et les patients migrants africains à l'hôpital". *Hommes et Migrations, Santé, le traitement de la différence* (1225), 62-72.
- Kouakou, J.-P. B. (2013). *Perception et prise en charge du paludisme en médecine traditionnelle en Côte d'Ivoire*. L'Harmattan.
- Koumba, T. (2014). *Expérience migratoire et changement de stéréotypes sociaux*. Publibook.
- Kouokam Magne, E. (2012), « Paludisme et interprétations sociales du changement climatique à l'ouest du Cameroun », *Territoire en mouvement Revue de géographie et aménagement* [En ligne], 14-15 | 2012, mis en ligne le 01 juillet 2014, consulté le 25 octobre 2016. URL : <http://tem.revues.org/1726> ; DOI : 10.4000/tem.1726
- Krucien, N., et al., (2011). Les transformations de l'offre de soins correspondent-elles aux préoccupations des usagers de médecine générale ? *Questions d'économie et de santé*, n°163, pp 1-6.
- Lacheze, G., (2009). Le conseil du pharmacien pour un voyageur à destination de zones tropicales. Thèse de pharmacie, Université de Bordeaux, 286p.
- Lamara, F., Aiach, P. (2000). La place de la santé et des soins chez les Tsiganes migrants, *Hommes et Migrations*, n° 1225, pp. 117-121.
- Lamy A. (2017). Mise en cause et légitimation du discours d'expérience sur les forums de discussion en ligne, *Quadermi*, 93, pp 43-52.
- Langhore J. et al., (2008). Immunity to malaria: more questions than answers, *Nat Immunol*. 2008 Jul;9(7):725-32. doi : 10.1038/ni.f.205.
- Langhorne J., Ndungu FM., Sponaas AM., Marsh K. (2008). Immunity to malaria: more questions than answers. *Nat Immunol* 9 (7):725-32.
- Latour, E. (2003). « Héros du retour », *Critique internationale*, CERI, 19, pp 171-189.
- Laude A. (2013). Le patient entre responsabilité et responsabilisation, *Les tribunes de la santé*, vol.4, n°41, pp 79-87.
- Laurent, P.-J. (2012). Engager l'anthropologie du développement à prendre en considération le malaise post colonial. *Bulletin L'A.P.A.D* 34-36. Consulté le Mars 22, 2016, sur <http://apad.revue.org/4108>

- Le Barbé L., Lebel T. (1997). Rainfall climatology of the HAPEX-Sahel region during the years 1950-1990, *Journal of Hydrology* 188, 43–73.
- Le Breton-Lerouillois, G. (2015). Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er Janvier 2015. CNOM/DATA.
- Le Breton, D. (2000), *Passions du risque*, Paris, Métailié.
- Le Breton, D. (2011), *Anthropologie du Corps et Modernité* (6ème édition) PUF, 330p.
- Le Breton, D. (2012). *Sociologie du risque*, Paris, PUF, 128p.
- Le Breton, D., (2003), *Des conduites à risque. Des jeux de mort au jeu de vie*, Paris, PUF.
- Le Corne et al, (2004). Paludisme grave d'importation chez l'adulte : étude rétrospective de 32 cas admis en réanimation, *Pathologie Biologie* 52, pp 622-626.
- Le Coz, P. (2004). « Maladie et temporalité », in Patrick Ben Soussan, *Le cancer : approche psychodynamique chez l'adulte*, ERES « L'Ailleurs du corps », 2004 (), p. 57-78.
DOI 10.3917/eres.benso.2004.01.0057
- 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.
- Leclerc, A., Fassin, D., Granjean, H., Kaminski, M., & Lang, T. (2000). Les inégalités sociales de santé. Paris : La découverte/INSERM.
- Leder K. et al., (2006). Illness in travelers visiting friends and relatives: A review of the GeoSentinel Surveillance Network. *Clin Infect Dis.* 43(9):1185-93
- Legros F., Danis M. (1998). Surveillance of malaria in European union countries. *Euro Surveill* ;3(5):45-7.
- Lehalle H. et Mellier, D. (2005). Psychologie du développement. Enfance et adolescence. Cours et exercice (2^e édition), Paris, Dunod.
- Leimdorfer F., Marie, A. (eds) (2003). *L'Afrique des citoyens. Sociétés civiles en chantier (Abidjan, Dakar)*, Kharthala, 402p.
- Leke R. G., Mbacham, W. F., & Tallah, E. T. (2010). Guide pratique et lutte contre le paludisme. Etudes africaines. L'Harmattan.
- Lenoble-Bart A., & Damone, E. (2015). Introduction. Dans S. (. Pomel, *Du risque en Afrique. Terrains et perspectives* (pp. 8-12). Paris et Pessac, Karthala et MSHA.

- Leventhal H., Leventhal E.A., Cameron L. (2001). Representations, procedures and affect in illness self-regulation. A Perceptual-cognitive model in Baum A., Revenson T-A, Singer J-E (ed) Handbook of health psychology. Mahwah, New Jersey, Lawrence Erlbaum, 19-48.
- LMDE. (2011). Enquête nationale sur la santé des étudiants. 3ème assise de la santé des étudiants. Tours : Congrès de la LMDE. Dossier de presse.
- Lundwall E. et al., (2005). Paludisme : se protéger des piqûres d'anophèles, *La revue du praticien*, n°55, pp 841-848.
- Malvy D. et al., (2002). Expérience de l'association atovoquone-proguanil en traitement du paludisme non compliqué à Plasmodium falciparum : à propos de 112 cas. *Med Trop* 62 : 229-31.
- Malvy D., et al., (2006). Risk of malaria among French adult travellers. *Travel Med Infect Dis* 4:259–69. Epub 2005 Sep 23
- Manlhan A. (2008). Maladies ordinaires et itinéraires thérapeutiques des immigrants sénégalais en France. A propos de la souffrance dans l'expérience migratoire. Bordeaux : Université Bordeaux 2, Département d'Anthropologie.
- Marbough S. (2012). « Le parcours de soins du patient adulte hospitalisé pour paludisme grave en unité de soins intensifs à Bordeaux de 2009 à 2011 : facteurs de risque de paludisme sévère et prévention », Bordeaux.
- Marche H., Pian A. (2014) Vieillir et faire face au cancer : des ressources objectives aux ressources sélectives, *SociologieS* [En ligne], Premiers textes, consulté le 01 mai 2018. URL : <http://journals.openedition.org/sociologies/4798>
- Marcoccia M. (2003). Parler politique dans un forum de discussion, *Langage et société*, n° 104, 2003, pp. 9-55.
- Mascarello M. et al., (2009). Imported malaria in immigrants to Italy: a changing pattern observed in north eastern Italy, *J Travel Med* 16 (5): 317-21.
- Massé R, (2006). *De la responsabilité paternaliste de l'État à la responsabilité individuelle : les enjeux éthiques de la santé publique* dans Éric Gagnon et Francine Saillant, *De la responsabilité éthique et politique*, Éditions Liber, Montréal, 287 pages.

- Massé R. (1995b). *Culture et santé. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Gaëtan Morin, 499p.
- Massé R., (1995a). *Culture et santé publique*, Montréal, Gaëtan Morin.
- Massé R., (1997). Les mirages de la rationalité des savoirs ethnomédicaux, *Anthropologie et Sociétés*, XXI,1, 53-72 (édition électronique, <http://biblio-thèque.uqac.ca/> pp. 5-34).
- Massé R., et al., (2011, Novembre 28). « Perceptions populaires du risque et savoirs experts en contexte de pandémie : le cas du A(H1N1) au Québec ». Consulté le 20 Août, 2015, sur *Anthropologie & Santé* : <http://anthropologiesante.revues.org/739>
- Massé R., Saint-Arnaud J. (2003). *Éthique et santé publique, enjeux valeurs et normativités*. Les Presses de l'Université Laval, 413 pages.
- Massé, R. (2007). Le risque en santé publique, piste pour un élargissement de la théorie sociale. *Sociologie et Société*, 39 (1), 3-27.
- Matteelli M., et al., (1999). Epidemiological features and case management practices of imported malaria in northern Italy 1991e1995. *Trop Med Int Health* ;4(10):653e7.
- Mauss, M. (1923). *Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans sociétés archaïques*, Paris, PUF
- Mazzella S. (2014). *Sociologie des migrations*. Paris : PUF, 128p.
- Mbarga J., Foley R-A. , Decollogny A., (2014) « De la relation pharmaciens-usagers. Reconfigurations et négociations dans une pharmacie suisse », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 9 | 2014, mis en ligne le 15 octobre 2014, consulté le 08 novembre 2017. URL: <http://anthropologiesante.revues.org/1494>
- Mebtoul M. (2001). « Santé et société en Algérie : le travail de santé des femmes », in Aiach P., Cèbe D., Cresson G., Philippe C. (dir.), *Femmes et hommes dans le champ de la santé. Approches sociologiques*, Rennes, Presses de l'EHESP, pp. 281-320.
- Mebtoul M. (2010). « La dimension sociopolitique de la production de santé en Algérie », in Cresson G., Mebtoul M. (sous la dir.), *Famille et santé*, Rennes, Presses de l'EHESP, pp. 21- 30.
- Mesnard A. (2004). Temporary and Capital Market Imperfections. *Oxford Economic Papers*, 56, 242-262.

- Migeot V., et al. (2006). "Comportements de santé des étudiants d'IUT de l'Université de Poitiers". *Santé Publique*, 195-205.
- Millet J-P. et al., (2008). Imported malaria in a cosmopolitan European city: a mirror image of the world epidemiological situation. *Malaria J.* 7:56.
- Mondain N. (2017). « Migration, transnationalisme et reproduction sociale », *Espace populations sociétés* [En ligne], 2017/1 | 2017, mis en ligne le 01 juin 2017, consulté le 03 avril 2018. URL : <http://journals.openedition.org/eps/7083> ; DOI : 10.4000/eps.7083
- Montalban A. et al., (2012). Construction politique des marchés et politiques des prix. Le cas de l'industrie pharmaceutique, *Congrès de l'Association française d'économie politique*, Juillet, Paris, France. Disponible sur HALSHS.
- Moore G., Showstack J. (2003) Primary care medicine in crisis: toward reconstruction and renewal. *Ann Intern Med* ; 138:244-7.
- Morgan M., Figueroa-Munoz JI. (2005). Barriers to uptake and adherence with malaria prophylaxis by the African community in London, England: focus group study. *Ethn Health.* 10:355–72. doi: 10.1080/13557850500242035.
- Morin E. (2011). Évaluation des besoins de formation des médecins généralistes en médecine des voyages. Proposition d'un module de formation spécifique. Thèse de médecine générale, Université de Nantes, 58p.
- Mosnier et al., (2007). Pathologie au retour de voyage observée en médecine de ville, France, 2005-2006, *BEH thématique 25-26* : 224-226.
- Nau et al, (2011). L'accès palustre : diagnostic- critères de gravité- prise en charge initiale, Urgences 2011, chapitre 40, 12 p.
- Naudé, A.-J. (2000). Le saturnisme, une maladie sociale de l'immigration. *Hommes et Migrations* (1225), 13-22.
- Naudin J. et al., (2014). Fièvre au retour de voyage à l'étranger chez l'enfant. *mt pédiatrie* 2014 ; 17(2) : 116-23 doi:10.1684/mtp.2014.0516

- Ndiaye L. (2008). La place du sacré dans le rituel thérapeutique négro-africain, *Ethiopiques*, n°18, Littérature, philosophie et Art. http://ethiopiques.refer.sn/spip.php?page=imprimer-article&id_article=1615
- Ndoye T. (2009). *La société sénégalaise face au paludisme : politiques, savoirs et acteurs*, Paris, Karthala, 312p.
- Ndoye, T. (2007). Acteurs, système et politiques de santé au Sénégal. Des directives de lutte contre le paludisme à leur mise en actes : les rationalités d'acteurs à l'œuvre. Thèse Anthropologie Sociale, EHESS.
- Neave P.E. et al. (2014b). Challenges facing providers of imported malaria-related healthcare services for Africans visiting friends and relatives (VFRs) *Malar J.*13:17. doi: 10.1186/1475-2875-13-17.
- Neave P.E. et al., (2010) A review of risk factors for imported malaria in the European African diaspora. *J Travel Med.*; 17:346–50. doi: 10.1111/j.1708-8305.2010.00440. x.
- Neave P.E. et al., (2014a). “You’re losing your Ghanaianess”: understanding malaria decision-making among Africans visiting friends and relatives in the UK. *Malar J.*; 13:287. doi: 10.1186/1475-2875-13-287.
- Neave P.E., Taylor, S., Behrens, R.H. (2013). Does public subsidy of the cost of malaria chemoprophylaxis reduce imported malaria? A comparative policy analysis. *Malar J.* ; 12: 238.
- OCDE, (2008). “Partie III : Les migrations du retour : un nouveau regard” dans *Perspectives des migrations internationales en 2008*. Editions OCDE. http://dx.doi.org/10.178./migr_outlook-2008-7-fr
- Olesen F., Dickinson J., Hjortdahl P. (2000). General practice: time for a new definition. *BMJ*; 320:354-7.
- Olivier de Sardan J-P., (1995). « La politique du terrain. Sur la production des données en Anthropologie », *Enquête*, 1 : 71-109
- Olivier de Sardan J.-P., Jaffré Y. (2003). *La médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris : Karthala.

- Olivier de Sardan, J-P. (2008). « A la recherche des normes pratiques de la gouvernance réelle en Afrique », African Power et Politics Program.
- OMS Europe. (2013). Cadre régional pour la surveillance et la lutte contre les moustiques invasifs et vecteurs de maladies et les maladies ré émergentes à transmission vectorielle.
http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/196231/63wd09f_Vector-borne.pdf
- OMS. (1976) 22^e rapport du comité d'experts de l'OMS sur les insecticides (1976).
http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_585.pdf
- OMS. (2000). Severe falciparum malaria, Communicable Diseases Cluster, Trans R Soc Trop Med Hyg 94 (Suppl1)/ S1-S90.
- OMS. (2008). La santé des migrants, flux migratoire et mondialisation. Rapport Annuel.
- OMS. (2010). Voyageurs internationaux et santé, Rapport annuel, 268 p.
- OMS. (2012). Les recommandations sanitaires pour les voyageurs internationaux.
- OMS. (2013). OMS Recommended Long-Lasting Insecticidal Nets. Updated 29 October 2013.
- OMS. (2014). Rapport sur le paludisme dans le monde. Consulté le Août 22, 2015, [www.who.int : http://www.who.int/malaria/publications/world/malaria_rapport_2014/](http://www.who.int/malaria/publications/world/malaria_rapport_2014/)
- OMS. (2016). Rapport sur le paludisme dans le monde (Résumé), 24p.
<http://www.who.int/malaria/publications/world-malaria-report-2016/report/fr/>
- Ouattara F. (2004). « Une étrange familiarité », *Cahiers d'études africaines* [En ligne], 175 | 2004, mis en ligne le 30 septembre 2007, consulté le 03 avril 2017. URL: <http://etudesafricaines.revues.org/4765>; DOI: 10.4000/etudesafricaines.4765
- Palvi A. et al., (2014). Vaccinations and malaria prophylaxis for long-term travellers travelling from Greece: A prospective, questionnaire-based analysis, *Travel Medicine and Infectious Disease*; 12: 764-770.
- Paré Toé L. et al., (2009). "Decreased motivation in the use of insecticide-treated nets in a malaria endemic area in Burkina Faso", *Malaria Journal*, 8: 175.
- Parola P., et al., (2005). Le paludisme à l'hôpital Nord de Marseille : étude prospective de 352 cas. *Med Mal Infect* (35), 482-88.

- Parsons T. (1939). « The professions and social structure », *Social forces*, 17, pp. 457-467.
- Pato e Silva I. (2006). Identités visibles et vécues des jeunes dans une cité d'habitat social : Saige-Formanoir à Pessac. In : *Sud-Ouest européen*, tome 22, 2006. Vivre la ville, vivre Bordeaux (Coordonné par Guy Di Méo) pp. 77-87.
www.persee.fr/doc/rgpso_1276-4930_2006_num_22_1_2926
- Comiti, V.-P., Patureau, J. (2005). La santé des migrants en France : spécificités et politiques sanitaires. Dossier d'immigration. *Santé, Société et Solidarité* n°1, 129-137.
- Pauliat, H. (2013). Les politiques publiques de santé en Europe : Peut-on concilier contraintes financières et qualité des soins ? Entretiens Universitaires Réguliers pour l'Administration en Europe. Limoges : Université de limoges.
- Payet, J.-P., Battegay, A. (Eds). (2008). La reconnaissance à l'épreuve. Explorations socio-anthropologiques. Lille : Presses Universitaires du Septentrion.
- Pennec, S. (2010), « La médecine générale, une profession consultante » entre profession savante et prestations de services » in Géraldine Bloy et François-Xavier Schweyer. *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Presses de l'EHESP, pp.207-220.
- Peretti-Watel P. (2010). *La sociologie du risque*. Paris : La Découverte.
- Peretti-Watel P., Maotti J.P. (2009). *Le principe de prévention. Le culte de la santé et ses dérives*, Le Seuil, 112p.
- Peretti-Watel, P. et al, (2009). La prévention en question. Attitudes à l'égard de la santé, perceptions des messages préventifs et impact des campagnes. *Evolutions* (18), 1-6.
- Pérouse de Montclos M.A. (2008). « Les migrations au secours de l'Afrique noire ? », in *Annuaire Suisse de politique de développement*, vol 27, n°2, pp.43-41.
- Phongi A., Mabika Mabika, C. (2015). « Transferts d'argent et investissements économiques : part de la famille et expérience des congolais installés en Europe » in Kamdem, P. (sous la dir.), *Migrations et développement dans les Afriques de l'Ouest et du Centre*, Paris, L'Harmattan, pp 155-190.
- Picaudou, N. et Riviol, I., (2008). *Retours en Palestine. Trajectoires, rôle et expérience des retournées dans la société palestinienne après Oslo*, Paris, Karthala, 290 p.

- Pin A. S. (2004). Voyage en zone tropicale : place des conseils aux voyageurs en médecine générale. Enquête auprès des médecins généralistes d'Ille et Vilaine. Rennes : Université de Rennes.
- Pistone T., et al. (2010a). Le paludisme d'importation au CHU de Bordeaux de 2000-2007 : épidémiologie, prise en charge et comparaison avec les données nationales. *Société de pathologie exotique*, Volume 103, Issue 2, pp 104–110 |
- Pistone T., et al. (2010b). Malaria prevention behaviour and risk awareness in French adult travelers. *Travel Medicine and Infectious Disease* ; 8, 13-21.
- Pistone T., et al., (2007). Malaria risk perception, knowledge and prophylaxis practices among travellers of African ethnicity living in Paris and visiting their country of origin in sub-Saharan Africa. *Trans R Soc Trop Med Hyg*, Oct;101(10):990-5.
- Pistone, T. et Malvy, D. (2011), Faut-il rembourser la prévention médicamenteuse du paludisme du voyageur ? *Tribunes, ADSP* ; 16 : 46-48.
- Pistone, T., et al., (2008), Reimbursement of malaria chemoprophylaxis for travelers from Europe to Sub Saharan Africa: Cost-effectiveness analysis from the perspective of the French national health insurance system; *Health Policy*; 88: 186–199.
- Pistone, T., et al., (2014). “Epidemiology of imported malaria give support to the hypothesis of ‘long-term’ semi-immunity to malaria in sub-Saharan African migrants living in France”, *Travel Medicine and Infectious Disease*, 12, 48-53.
- Ponçon N. et al., (2008). A quantitative risk assessment approach for mosquito-borne diseases: malaria re-emergence in southern France, *Malaria Journal*, 7 : 147, doi:10.1186/1475-2875-7-147
- Ponçon, N. (2008). Etude des risques de ré-émergence du paludisme en Camargue. Montpellier : Université Montpellier II.
- Popelier, A.L., Duhot, D., Kandel O. (2008). Quels sont les critères déterminant la durée de la consultation en médecine générale ? *Exercer*, 80, pp 56-57.
- Pourtain, V. et al., (2005). Systèmes de santé et programmes de lutte contre la Tuberculose et le paludisme en Côte d'Ivoire et au Sénégal. Dans L. Vidal, A. Salam, Gadou, D. Les professionnels en Afrique de l'Ouest. Entre savoirs et pratiques (pp. 45-81). Paris : L'Harmattan.

- Powell B., Ford C. (2010). Risks of travel, benefits of a specialist consult. *Cleve Clin J Med.* 1;77 (4):246 - 254.
- Quiminal C., 2002, « Retours contraints, retours construits des émigrés maliens », *Hommes et Migrations*, p. 1236, pp. 35-43.
- Quiminal, C. (1991). "Gens d'ici, gens d'ailleurs. Migrations Soninké et transformations villageoises. Paris : Christian Bourgois.
- Quivy R., Campenhoudt, L. (1988). Manuel de recherche en sciences sociales. Paris : Dumond.
- Rapp R., et al., (2011), Prévention du paludisme d'importation en France métropolitaine, ADSP, n°76, pp. 36-39
- Rateau, P. et Rouquette, M-L. (1998), Introduction à l'étude des représentations sociales, Grenoble, PUG, 156p.
- Rault J.-B., Martinez V. (2011). Fièvre au retour d'un pays tropical, *Traité de Médecine Akos*, http://www.bichatlarib.com/publications.documents/3606_AKOS_fievre_retour_2011.pdf
- République du Sénégal, ministère de la santé et de l'action sociale, PNLP (2015). Plan stratégique national de lutte contre le paludisme au Sénégal 2016-2020, doc.multigr. 171p.
- Reviriego J. (2002). Paludisme et mobilité : Etude anthropologique à « Santé-voyage » (Hopital Saint-André, Bordeaux), Mémoire de D.E.A d'Anthropologie Biologique, Université Bordeaux 1, 60p.
- Rezkallah N., Epelboin, A. (1997). Chronique du saturnisme infantile 1989-1994 : enquête ethnologique auprès des familles parisiennes originaires du Sénégal et du Mali. L'Harmattan.
- Riccio B. (2002). Toubab' and 'Vu Cumprà': Italian perceptions of Senegalese . Dans R. D. Grillo, & J. Pratt. (eds.), *The Politics of Recognizing Difference*. (p. Aldershot: Ashgate.). Italia.
- Riccio B. (2005). Talking about migration. Some ethnographic notes on the ambivalent representation of migrants in contemporary Senegal. *Journal of african studies*.

- Riccio B. (2006). « « Transmigrants » mais pas « nomades » », *Cahiers d'études africaines* [En ligne], 181 | 2006, mis en ligne le 01 janvier 2008, consulté le 24 mars 2018. URL : <http://journals.openedition.org/etudesafriaines/15142>
- Richard-Lonoble, D., Danis, M., Saliou, P. (2013). La médecine tropicale d'hier à aujourd'hui, *Bull. Acad. Natle Med.* Vol.197, n°7, pp 1353-1364.
- Robert, V., Carnevale, P., (1991) Influence of deltamethrin treatment of bed nets on malaria transmission in the Kou Valley, Burkina Faso, *Bull. World Health Organ.*, 69, 6, 735-740.
- Robichaud- Ekstrand, S., Vandal, S., Viens, C., & Bradet, R. (2001). Les modèles de comportements de santé. *Recherches en soins infirmiers* (64), 59-77.
- Roger M. (1993). « Sumaya dans la région de Sikasso : une entité en évolution » in Brunet-Jailly (éd), *Se soigner au Mali. Une construction des sciences sociales. Douze expériences de terrain.* Hommage à Claude Pairault, Paris, Karthala, pp 83-125.
- Romeyer, H. (2012), la santé en ligne. Des enjeux au-delà de l'information, *Communication*, Vol. 30/1.
- Ropers, G. et al. (2004). Nationwide Survey of the Role of Travel Medicine in Primary Care in Germany. *J Travel Med.*;11(5):287-294.
- Rosenstock, I.-M. (1960). What research in motivation suggests for public health? *American Journal of public health* (50), 295-302.
- Rovira, C. (2014). Place des généralistes pour les conseils sanitaires aux voyageurs dans les pays en développement : enquête à l'aéroport de Roissy Charles de Gaulle (France). *Human health and pathology*. <dumas-01147930>, 89 p.
- Ryan E.T, et al., (2002). Illness after international travel. *N Engl J Med.* 15; 347(7):505-516.
- Sainsaulieu I. (2010). L'hôpital et ses acteurs. Appartenances et égalité, Belin (Coll. Perspectives Sociologiques), Paris.
- Sakoyan, J., Musso, S., Mulot, S. (2011). Quand la santé et les médecines circulent. Introduction au dossier thématique Médecines, mobilités et globalisation. *Anthropologie et Santé*, 3.

- Sall L. (2009). Terrains fermés, terrains ouverts, quelles politiques, in Aggoum, A. (dir.) *Enquêter auprès des migrants. Le chercheur et son terrain*, L'Harmattan, pp. 65-80.
- Samassa, F. (2016). *La saisonnalité du paludisme dans un milieu urbain : le cas de Bamako*, Editions Universitaires Européennes, 112p.
- Sambou, C. (2012). Le rôle du père auprès des femmes enceintes et des enfants dans le contexte du VIH au Sénégal, Mémoire de master 2, ISPED, Université de Bordeaux, 57p.
- Sansot, P. (1986). *Les Formes sensibles de la vie sociale*. Paris, PUF, 1986, 215 p.
- Santé Publique France (2017) Grippe, Bulletin Hebdomadaire, semaine 4, 8p.
- Santé-Voyage. (2014). Rapport d'activité.
- Santin, A. et al., (1998). Chimio prophylaxie antipaludique des voyageurs français au départ de Paris pour 8 destinations tropicales. *BEH* 1998. 19:78-79.
- Sarradon-Eck, A. (2002), La rencontre médecin-malade est aussi le lieu d'une médiation du lien social, *La revue du praticien. Médecine générale*, 16 (578), pp 938-943.
- Sarradon-Eck, A. (2004). « Pour une anthropologie clinique : saisir le sens de l'expérience du cancer ». Dans P. Ben Soussan, A.-o. HAL (Éd.), *Le cancer, approche psychodynamique chez l'adulte*, (pp. 31-45). ERES.
- Sarradon-Eck, A. (2009). « Médecin et anthropologue, médecin contre anthropologue : dilemmes éthiques pour ethnographes en situation clinique ». *ethnographiques.org*, Numéro 17 - novembre 2008 L'éthique en anthropologie de la santé : conflits, pratiques, valeur heuristique [en ligne].(<http://www.ethnographiques.org/2008/Sarradon-Eck> - consulté le 15.09.2017)
- Sarradon-Eck, A. (2010), « « Qui mieux que nous ? » Les ambivalences du « généraliste-pivot » du système de soins », in Géraldine Bloy et François-Xavier Schweyer, *Singuliers généralistes, Sociologie de la médecine générale*, Presses de l'EHESP « Métiers Santé Social », pp. 253-270. DOI 10.3917/ehesp.bloy.2010.01.0253.
- Sayad, A. (1991). *L'immigration ou le paradoxe de l'altérité*. Bruxelles: Universitaires, De Boeck.

- Sayad, A. (1999). *La double absence. Des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*. Paris: Seuil.
- Schachter, S., Singer, S., (1962). « cognitive, social and physiological determinants of emotional states » Psychological Review, vol. LXIX, pp 379-399.
- Schilthuis J.H. et al., (2007). Factors determining use of pre-travel preventive health services by West African immigrants in The Netherlands. *Trop Med Int Health*. 12:990–998. doi: 10.1111/j.1365-3156.2007.01856. x.
- Schlagenhauf P., Petersen E. (2012). Standby emergency treatment of malaria in travellers: experience to date and new developments. *Expert Rev Anti Infect Ther*; 10:537- 46.
- Schlagenhauf P., Steffen R., Loutan L. (2003). Migrants as a major risk group for imported malaria in European countries. *J Travel Med* ;10(2):106-7
- Scolari C., et al., (2002). Knowledge, attitudes, and practices on malaria preventive measures of migrants attending a public health clinic in northern Italy. *J Travel Med*. 9:160–2. doi: 10.2310/7060.2002.23177.
- Seringe E, al., (2011). Severe Imported Plasmodium Falciparum Malaria, France, 1996–2003. *Emerg Infect Dis.*, 17 (5): 807- 13.
- Shankland, P., Lomboy, B. (2011). Utilité des modèles théoriques pour la conception et l'évaluation de programmes en prévention et promotion de la santé, *Pratiques Psychologiques* Volume 17, Issue 2, pp. 153-172.
- Sibony D. (1998). *Entre-deux : l'origine en partage*, Paris, Ed. Du Seuil, 398.
- Siegrist, J. (1988). Models of health behaviour. *European Heart Journal*, 9, 709-714.
- Simon G. (2006). *La planète migratoire de la mondialisation*. Paris: Armand Colin.
- Sinatti G. (2011). « Mobile Transmigrants' or 'Unsettled Returnees' ? Myth of Return and Permanent Resettlement among Senegalese Migrants », *Population, Space and Place*, 17, pp. 153–166. DOI : [10.1002/psp.608](https://doi.org/10.1002/psp.608)
- Singy P., Guex P. (2008). *Communication et médecine. La prévention du Sida auprès des populations migrantes d'origine subsaharienne*. Limoges : Lambert-Lucas.

- Sirna, F. (2009). « L'enquête biographique : réflexions sur la méthode », in Aggoum d'A. *Enquêter auprès des migrants. Le chercheur et son terrain*, Paris, l'Harmattan, pp 9-30.
- Smith AD. et al., (2008). Imported malaria and high-risk group: observational study using UK surveillance data 1987-2006, *BMJ* 337: a120.
- SPILF (2001), Prise en charge et prévention du paludisme d'importation à plasmodium falciparum, *Bull Soc Pathol Exot*, 94, 2 bis, pp. 215-219.
- SPILF (2017). Prise en charge et prévention du paludisme d'importation. Mise à jour 2017 des RPC 2007, 71p. <http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/spilf/recos/2017-palu-texte-final.pdf>
- SPILF, (2005) Prise en charge de la grippe en dehors d'une situation de pandémie 2005. [en ligne] *Médecine et maladies infectieuses* 2005; 35 (S4) : 237-24 http://www.infectiologie.com/site/medias/_documents/consensus/grippe-court-e
- SPILF. (2007). Recommandations pour la pratique clinique. Prise en charge du paludisme plasmodium falciparum.
- Spindler M., Damone E. (2015). « Le temps du risque », in Pomel, S. (sous la dir.) *Du risque en Afrique. Terrains et perspectives*, Karthala- MSHA, pp21-30.
- Stark O. (1991). *The migration of labor*. Oxford: Basil Blackwell.
- Stewart-Brown S. (2008). Improving parenting: the why and the how, *Arch Dis Child*, 93, pp. 102-104
- Strauss A. (1992), *La trame de la négociation, sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan, 319p.
- Suchocka, A., Kovess-Masfety, V. (2006). Promotion et prévention en santé mentale chez les jeunes enfants : revue de la littérature, *Ann Med Psychol*, 164, pp. 183-194
- Tall, S. (2009). *Investir dans la ville africaine: les émigrés et l'habitat à Dakar*. Dakar: Crepos, Karthala.
- Tatem A.J. et al., (2017). The geography of imported malaria to non-endemic countries: a meta-analysis of nationally reported statistics. *Lancet Infect Dis.*;17(1) :98-107. Doi : 10.1016/S1473-3099(16)30326-7. Epub 2016 Oct 21.

- Therrien, C., Le Gall, J. (2012) Nouvelles perspectives sur la mixité conjugale : le sujet et l'acteur au cœur de l'analyse, *Regards croisés sur la mixité sociale*, Numéro 17, Automne, 2012, p. 1–20.
- Thierfelder C. et al., (2008). Trends in imported malaria to Basel, Switzerland. *J Travel Med* 15 (6): 432-436.
- Thomas G. (2014). *Identité, missions et ancrage local des bibliothèques de quartier : l'exemple de la bibliothèque Pablo Neruda dans le quartier Saige-Formanoir à Pessac*, Pessac, Diplôme universitaire de technologie, 59p.
- Tijou-Traoré, A. (2010), L'expérience de la production des savoirs profanes sur le diabète chez les patients diabétiques à Bamako (Mali), *Sciences sociales et santé*, vol.28, n°4, pp 41-76
- Timéra M. (2002). « Les migrations des jeunes sahéliens : affirmation de soi et émancipation », *Autrepart*, 18, pp 37-49.
- Timera M., Garnier, J. (2009). Les africains en France, vieillissement et transformation d'une migration. *Hommes et Migrations*, 25-35.
- Tomson, G. and Sterky, G. (1986) Self-prescribing by way of pharmacies in three Asian countries. *The Lancet* ii, 620±622.
- Tonda, J. (2005). *Le souverain moderne. Le corps du pouvoir en Afrique central (Congo, Gabon)*. Paris: Karthala.
- Toovey S. et al., (2007). Special infectious disease risks of expatriates and long-term travellers in tropical countries. Part I: malaria. *J Travel Med*; 14:42-9.
- Trape, J.F. (1999), « Changements climatiques et maladies infectieuses : le cas du paludisme et de la borréliose à tiques », *Médecine et Maladies infectieuses*, vol. 29, Issues 5, pp 296-300.
- Tsui J, Saraiya M, Thompson T, Dey A, Richardson L. (2007), Cervical cancer screening among foreign-born women by birthplace and duration in the United States. *J Women's Health (Larchmt)*, 16(10) :1447-57.
- UFC QUE CHOISIR (2012). *Pharmacies. Prix et conseils, le grand bazar !* Avril, n°502, 28–30.

- Urbain J. D., (2003), *Ethnologue mais pas trop*, Paris, Petite Bibliothèque Payot.
- Van der geest S., Finkler K., (2004). « Hospital ethnography: introduction », *Social Science and Medicine*, 59: 1995-2001.
- Van der Geest, S., Sarkodie S. (1998). The fake patient: A research experiment in a Ghanaian hospital. *Social Science and Medicine* 47 (9):1373-1381.
- Van Herck K. et al., (2003). Travelers' knowledge, attitudes, and practices prevention of infectieuses diseases: results from a pilot study, *J Travel Med*, 10: 75-78.
- Vauquiez, L. (2006). Santé et protection sociale des étudiants. Rapport d'information.
- Veisse, A. (2010). "Droit à la santé des migrants/étrangers". In O. Bernard, J.-F. Corty, D. Tabuteau, *Pratique et éthique médicale à l'épreuve des politiques sécuritaires*. Actes de colloque Santé/Médecin du monde (pp. 65-70). Santé Presse de Sciences Po.
- Vernazza-Licht N., Bley D., Raude J. (2012). Comment les professionnels de santé confrontés à l'émergence de nouvelles arboviroses gèrent l'interface santé/environnement. *SHS Web of Conferences*, 3, 02006 (2012) DOI :10.1051/shsconf/2012030200.
- Vidal L., (2004), *Ritualités, santé et sida en Afrique*, Paris, IRD, Karthala.
- Vidal L., Fall A.S., Gadou D. (sous dir.) (2005). *Les professionnels de santé en Afrique de l'Ouest. Entre savoirs et pratiques*, L'Harmattan, 330p.
- Viveret, P. (2011). « Stratégies de transitions vers le bien-être face aux démesures dominantes » in Caillé, A., Humber, M., Latouche, S., Viveret, P., *De la convivialité : Dialogues sur la société conviviale à venir*, La Découverte, pp 25-41.
- Waitzenegger F. (2002). *Femmes entre ville et campagne : influences et contraintes aux changements sanitaires (Niakhar, Sénégal)*, Montréal, Université de Montréal, Thèse de doctorat en démographie.
- Warburton D.E, Nicol C.W, Bredin S.S. (2006). Health benefits of physical activity: the evidence, *CMAJ*, 14;174(6):801-9.
- Weber M. (1959). *Le savant et le politique*, Paris, Plon.
- Weber, F. (2013). *Penser la parenté aujourd'hui. La force du quotidien*. Éditions Rue d'ULM, 262p.

- Williams, J., Chitre, M., Sharland, M. (2002). Increasing Plasmodium falciparum malaria in southwest London: a 25 years' observational study. *Arch Dis Child.*, 86 (6), 428-30.
- Wolffers, I. (1987) Drug information and sale practices in some pharmacies of Colombo, Sri Lanka. *Soc. Sci. Med.* 25, 319±321.
- WONCA Europe (2002). La définition européenne de la médecine générale/médecine de famille. 2002.
- Wright, R. (2010). « The moral animal: why we are, the way we are » The new science of evolutionary psychology.
- Wunenburger, J.-J. (1995). *La vie des images*. Strasbourg: Presses Universitaires de Strasbourg.
- Yi JK. (1994), Factors associated with cervical cancer screening behavior among Vietnamese women. *J Community Health* ;19(3):189-200.
- Young, H.P. (2008). « Social norms », The new Palgrave dictionary of Economics, Ed. Steven M. Durlauf and Lawrence E. Blume, Palgrave Macmillan.
- Zaman, S. (2013). L'hôpital comme microcosme de la société : Ethnographie d'un hôpital du Bangladesh. *Anthropologie et Sociétés*, 37 (3), 45–62. Doi :10.7202/1024078ar
- Zelizer, V. (2006). Circuits in economic life. *Economic sociology. European Electronic Newsletter*, 8(1), 30-35.

Annexe 1 : Présentation du quartier de Saige



Source : https://cdn.radiofrance.fr/s3/cruiser-production/2016/05/6f84aced-5fa3-4a47-880f-8b9699f3dcff/870x489_20150313_144820.jpg

Saige est un quartier populaire qui se situe dans la commune de Pessac. Il se situe à environ 7 km du centre de l'agglomération bordelaise. Saige-Formanoir est limité au sud par la Rocade, à l'est par le campus universitaire, au nord par un ensemble d'habitation formé de pavillons individuels et à l'ouest il intègre les cinq barres résidentielles des Acacias. C'est un quartier essentiellement constitué de logements sociaux (HLM). Au total, on dénombre 6 tours de 18 étages et de 109 logements chacun et 10 immeubles de trois étages chacun. Ces tours sont construits entre 1970 et 1977 pour abriter les populations venues de Mériadeck, quartier central de Bordeaux rénové, la résidence Formanoir (désignation provenant de l'implantation d'une ferme du même nom) (Pato e Silva, 2003). Très vite, de forts contingents de populations immigrées s'y installent. Ces derniers qui représentent aujourd'hui la population dominante, viennent du Chili, de la Turquie, de l'Afrique de l'Ouest (Sénégal en

majorité), et de l'Afrique du Nord. On parle facilement de la présence de 40 ethnies. Cette multiplicité a joué un rôle important dans le développement social et culturel du quartier.

Avec les dynamiques sociales et urbanistiques des quinze dernières années, ce quartier a connu des changements importants de son cadre de vie, notamment pour ce qui concerne le logement et les équipements, les liaisons interurbaines (l'arrivée du tramway a créé un lien fort entre Saige et le centre-ville) et la consolidation du tissu social (Thomas, 2014). Ces transformations ont eu des répercussions positives sur la qualité de vie des habitants et ont permis la fixation des habitants et l'arrivée de nouveaux groupes sociaux, comme les étudiants (avec la construction de logements étudiants), les retraités, les ménages monoparentaux etc.

Actuellement, ce quartier compte 5130 habitants. Sa population est jeune avec 27% d'enfants et des adolescents. Les personnes âgées représentent 15 % de sa population. Toutefois, Saige-Formanoir fait partie des 13000 quartiers en France jugés prioritaires par l'État. En effet, le taux de chômage est 20%.

Il dispose d'un bon maillage en service public (maison de quartier, salle de sport, bibliothèque, poste, un centre Alain Coudert, plusieurs commerces de proximité). Le quartier est également caractérisé par une forte présence associative. Il y a plusieurs, notamment l'Association de Soutien avec Tous les Immigrés (ASTI) Pessac, l'association des locataires, l'association des parents d'élèves, l'association des étudiants. Ces associations jouent un rôle important dans la vie des habitants du quartier.

Toutefois, en matière de santé, on constate une faible présence d'infrastructures médicales. Les hôpitaux les plus proches se situent à quelques kilomètres. La clinique Saint-Martin proche du quartier dispose d'un service d'urgence pour problèmes de pieds et de mains. Les médecins généralistes maillons du système de santé français y sont rares. Seuls trois médecins généralistes exercent encore dans ce quartier. Ceci s'explique par le fait que les médecins généralistes qui sont partis à la retraite n'ont pas été remplacés. La présence des deux pharmacies l'une à côté de l'autre constitue pour les habitants du quartier une autre solution pour parer au manque criard de médecins généralistes.

Annexe 2 : Description des enquêtés

Il s'agit dans cette annexe de faire trois tableaux représentant les différentes catégories d'acteurs ayant participé à cette enquête. Ces trois tableaux descriptifs donnent un aperçu général sur les principales caractéristiques sociodémographiques des personnes ayant participé à cette enquête.

Tableau 4 : Principales caractéristiques sociodémographiques des voyageurs migrants

N° enquêté	Prénom fictif	Sexe	Age	Nationalité	Situation matrimoniale/nbre enfants	Profession	Durée résidence en France/années	Antécédents voyages	Lieu d'entretien
1	Salif	M	26	Sénégalaise	Célibataire	Étudiant	2 ans	1 ^{ère} fois	Saïge
2	Bintou	F	25	Sénégalaise	Célibataire	Étudiant	2 ans	1 ^{ère} fois	Saïge
3	Jean	M	46	Franço-Camerounais	Marié/3 enfants	Agent d'entretien	22 ans	Régulier	Bègles
4	Samba	M	39	Sénégalaise	Marié/2 enfants	Agent sécurité	11 ans	Régulier	Saïge
5	Lathat	M	28	Sénégalaise	Célibataire	Plongeur	4 ans et demi	Occasionnel	Saïge
6	Yandé	F	29	Tchadienne	Célibataire	Aide à domicile	6 ans	Régulier	Saïge
7	Pape	M	31	Sénégalaise	Marié/1 enfant	Agent sécurité	5 ans	Régulier	Saïge
8	Saliou	M	42	Franco-sénégalais	Marié/ 3 enfants	Auto-entrepreneur	16 ans	Régulier	Talence
9	Ousmane	M	34	Sénégalais	Célibataire/1 enfant	Agent sécurité	9 ans	Régulier	Talence
10	Fanta	F	29	Sénégalaise	Mariée	Femme de ménage	7 ans	Occasionnel	Saïge
11	Ousseynou	M	38	Sénégalaise	Marié	Auto-entrepreneur	12 ans	Régulier	Saïge
12	Angélique	F	39	Guinéenne	Veuve	Cuisinière	13 ans	Occasionnel	Talence
13	Seydou	M	31	Sénégalaise	Marié/1 enfant	Enseignant	8 ans	Régulier	Saïge
14	Jules	M	30	Sénégalaise	Célibataire	Aide à la personne	6 ans	Occasionnel	Saïge
15	Fatou	F	53	Congolaise	Mariée/4 enfants	Chômage	25 ans	Régulier	Santé-Voyage
16	Coumba	F	25	Franco-congolaise	Célibataire/1 enfant	Étudiante	22 ans	1 ^{ère} fois	Santé-Voyage
17	Rama	F	29	Franco-tchadienne	Célibataire	Éducatrice sportive	29 ans	1 ^{ère} fois	Santé-Voyage
18	Ngor	M	30	Sénégalaise	Célibataire	Étudiant	5 ans	Régulier	Talence
19	Moustapha	M	30	Sénégalaise	Marié/1 enfant	Étudiant	10 ans	Régulier	Saïge
20	Doudou	M	31	Malienne	Marié	Étudiant	4 ans	Régulier	Saïge
21	Fodé	M	35	Guinéenne	Marié	Ouvrier	6 ans	Régulier	Saïge
22	Aziz	M	30	Sénégalaise	Célibataire	Docteur en sociologie	8 ans	Régulier	Saïge
23	Sokhna	F	52	Sénégalaise	Mariée/4 enfants	Mère au foyer	21 ans	Régulier	Santé-Voyage

24	Ndeye	F	44	Franco-guinéenne	Mariée/2 enfants	Secrétaire administratif	32 ans	Régulier	Santé-Voyage
25	Pascaline	F	38	Congolaise	Mariée/2 enfants	Garde d'enfants	8 ans	Occasionnel	Santé-voyage
26	Dibor	F	58	Nigériane	Mariée/ 2 enfants	Interprète	28 ans	Occasionnel	Santé-Voyage
27	Pathé	M	32	Ivoirienne	Marié/1 enfant	Agent sécurité	3 ans	Occasionnel	Santé-Voyage
28	Mme Doucouré	F	30	Sénégalaise	Mariée	Étudiant	4 ans	Régulier	Saige
29	Mr Doucouré	M	39	Sénégalaise	Marié	Mécanicien	13 ans	Régulier	Saige
30	Jérôme	M	32	Gabonaise	Célibataire	Informaticien	7 ans	Régulier	Talence

Tableau 5: Caractéristiques sociodémographiques des patients impaludés

N° entretien	Prénom fictif	Sexe	Age	Nationalité	Situation matrimoniale/nbre enfants	Profession	Type de voyageur	Pays visité	Expérience voyage	Type paludisme	Durée résidence en France /années	Lieu entretien
1	Djibril	M	59	Franço-sénégalais	Divorcé/8 enfants	Retraité	Migrant	Sénégal	Régulier	Simple	40 ans	SMIT/ Domicile
2	Jeannette	F	34	Française	Célibataire	Juriste	Non-migrant	Tanzanie	Régulier	Simple	–	SMIT
3	Fifi	F	38	Gabonaise	Mariée/1 enfants	Aide à domicile	Migrant	Gabon	Régulier	Simple	9 ans	SMIT
4	Pierre	M	26	Camerounais	Célibataire	Footbaleur	Migrant	Cameroun	Régulier	Simple	8 ans	SMIT/ Domicile
5	Yacine	F	36	Congolaise	Mariée	Infirmière	Migrant	Congo	Régulier	Simple	8 ans	SMIT
6	Astou	F	36	Franço-camerounaise	Mariée/3 enfants	Aide-soignante	Migrant	Cameroun	Régulier	Simple	20 ans	SMIT
7	Justin	M	48	Française	Marié/3 enfants	Commercial	Non-migrant	Cote d'Ivoire	Occasionnel	Simple	–	SMIT
8	Yolande	F	36	Française	Célibataire	Humanitaire	Non - migrant	RCA	Régulier	Grave	–	SMIT
9	Monique	F	42	Franco-camerounaise	Mariée/ 3 enfants	Garde d'enfant	Migrant	Cameroun	Régulier	Simple	20 ans	SMIT/ domicile
10	Daniel	M	46	Français	Marié/2 enfants	Informaticien	Non-migrant	Côte d'Ivoire	Régulier	Simple	–	SMIT/ domicile
11	Sophie	F	47	Française	Mariée/1 enfant	Viticultrice	Non - migrant	Gabon	1 ^{ère} fois	Grave	–	SMIT
12	Paul	M	51	Français	Divorcé	Chauffeur routier	Non-migrant	Sénégal	Occasionnel	Grave	–	SMIT

Tableau 6: Caractéristiques sociodémographiques des acteurs de santé

N° entretien	Prénom fictif	Sexe	Age	Situation matrimoniale/nbre enfants	Spécialité	Années d'expérience	Lieu entretien
1	Maurice	M	58	Marié/2 enfants	Médecin généraliste	27 ans	Cenon
2	Anitah	F	42	Mariée/ 3 enfants	Médecin généraliste	11 ans	Bordeaux
3	Moado	M	60	Marié/1 enfant	Médecin généraliste	31 ans	Langon
4	Issa	M	53	Marié	Médecin généraliste	14 ans	Saint-Augustin
5	Apha	M	45	Célibataire	Maladie infectieuse et tropicale	15 ans	SMIT/Santé-voyage
6	Georges	M	32	Célibataire	Maladie infectieuse et tropicale	3 ans	SMIT
7	Hady	M	55	Marié	Médecin généraliste	22 ans	Bègles
8	Corinne	F	47	Mariée/3 enfants	Médecin généraliste	15 ans	Bordeaux
9	Martin	M	39	Marié	Pharmacien	9 ans	Quartier populaire bordeaux
10	Bernard	M	43	Divorcé/ 1 enfant	Pharmacien	14 ans	Quartier périphérique bordeaux
11	Fatoumata	F	37	Mariée	Pharmacienne	8 ans	Quartier périphérique bordeaux
12	Adama	F	51	Mariée/2 enfants	Pharmacienne	23 ans	Quartier centre-ville bordeaux

Annexe 3 : Fiche d'informations voyageurs à Santé-Voyage sur le paludisme

ATTENTION AU PALUDISME

Le paludisme (ou Malaria) est une affection due à un parasite unicellulaire appelé « *PLASMODIUM* » transmis à l'homme la nuit par un moustique du genre "*ANOPHELES*" au vol silencieux et à la piqûre indolore. Pour des raisons diverses, le paludisme n'est présent que dans certaines régions chaudes du globe, plus particulièrement dans les régions intertropicales.

IL FAUT SAVOIR QUE :

- 1) Un délai d'incubation minimum de 7 jours est nécessaire entre la piqûre de l'anophèle et la survenue des symptômes du paludisme.
- 2) Le paludisme se caractérise par un **symptôme essentiel et constant : la FIEVRE**. Cette fièvre correspond à la destruction des globules rouges du sang. Cette destruction provoque une réaction en chaîne qui perpétue la maladie.
- 3) Le paludisme peut conduire au **décès sans un traitement adapté précoce**.
- 4) Un paludisme **traité** correctement est un paludisme **guéri**. Le paludisme n'est donc **pas une maladie chronique**.
- 5) Il n'y a **pas de vaccination efficace** contre le paludisme.
- 6) Le "*PLASMODIUM FALCIPARUM*" est la variété du parasite la plus **fréquente**, la plus **dangereuse** et la plus **résistante** à certains médicaments anti-paludiques mais le *Plasmodium falciparum* ne peut pas perdurer plus de 6 mois (90% pas plus de 2 mois) dans l'organisme après le retour d'une zone infestée.
- 7) Le choix du médicament anti-paludique est devenu souvent délicat, car la **NIVAQUINE** a **perdu quasiment son efficacité** sur toutes les souches de *Plasmodium falciparum*. Cette situation impose des choix variables et adaptés en fonction des régions visitées et du type de séjour.
- 8) Les autres variétés de *Plasmodium* (*vivax*, *ovale*, *malariae*) n'induisent pas de gravité mais peuvent perdurer plus longtemps que le *falciparum* dans l'organisme (quelques mois à quelques années).
- 9) Quelques chiffres sur le paludisme en France:
 - **7000 cas par an en France en provenance des pays infestés** dont les 3/4 sont hospitalisés.
 - Au moins **30 décès par an en France qui pourraient être évités** par un traitement adapté précoce.

EN PRATIQUE :

PREVENTION DU PALUDISME :

L'association bien conduite de la prophylaxie médicamenteuse + la moustiquaire imprégnée + le répulsif cutané le soir + l'imprégnation vestimentaire offre une protection de plus de 95 % contre le paludisme, mais pas totale...

Penser au paludisme en cas de fièvre en voyage et dans les 6 mois suivant votre retour : consulter VITE un médecin en lui précisant votre voyage en zone impaludée.

TRAITEMENT DE RESERVE :

Le traitement présomptif (dit « de réserve ») contre la paludisme se conçoit *uniquement en cas de fièvre dans une zone impaludée dépourvue de structure médicale fiable*.
Dans tous les cas, se rapprocher en **urgence d'une structure de santé en cas de vomissements, de fièvre persistante au 4^{ème} jour du début du traitement ou de signes de gravité tel que : troubles de conscience, prostration, épilepsie, essoufflement, "jaunisse"**.

SANTE VOYAGES : 05.56.79.58.17

www.tropisante.com

Annexe 4 : Questionnaire Santé-Voyage destiné aux voyageurs

SANTE - VOYAGES

N° fiche :

A REMPLIR PAR LE PATIENT : (entourer les mentions utiles)

Médecin Traitant (Nom / Ville) :

DATE :

Comment avez-vous connu Santé-Voyages ? : Médecin traitant / Pharmacie / Hôpital / Ami(s) / Famille / Presse / Internet / Autre :

Vous avez pris RDV Santé-Voyages pour: Fièvre jaune Ppb rupture stock vaccin Conseil

1- ETAT CIVIL :

NOM : PRENOM :

ADRESSE complète :

E-mail @: Tél :

SEXE: Masculin / Féminin POIDS:kg DATE NAISSANCE:/...../.....

Lieu de naissance: ville.....pays.....

Pays de résidence:..... Si né à l'étranger, Année d'installation en France:.....

Nombre de frères + sœurs :..... Pays de naissance mère:..... père:.....

Nombre de personnes vivant actuellement au domicile (adultes et enfants):

Situation actuelle ? (1 seule réponse): Etudiant/élève Retraité Sans Emploi

En activité / Travail, précisez votre Profession :

Niveau d'Etudes (1 seule réponse): Etudes supérieures Bac Brevet Primaire

2- PAYS DE DESTINATION: PAYS 1 (Principal) :

PAYS 2 :PAYS 3 :

AUTRES :

Tour du Monde : oui non Personnel Navigant : oui non

DATE DE DEPART :/...../.....

DUREE DU SEJOUR : (1 réponse à préciser en Jours Ou Semaines Ou Mois Ou Années)

/...../ Jours /...../ Semaine(s) /...../ Mois /...../ Année(s)

MOTIF PRINCIPAL DE SEJOUR (cocher 1 seule réponse) :

Voyage organisé Tourisme individuel/Sac à dos Séjour au pays d'origine (natif ou non)

Professionnel/Etudes < 6 mois Expatriation > 6 mois Humanitaire

MODE DE VIE SUR PLACE (entourer) :

Alimentation type Occidentale / Locale / Les 2

Séjour en..... Ville / Brousse / Les 2

Chambre avec Climatisation..... Oui / Non / ne sait pas

Envisagez-vous une activité particulière? Plongée / Bouteille / Trekking / autre :

A remplir par le **PATIENT** : (cocher ou entourer les mentions utiles)

3- ANTECEDENT(S) DE VOYAGE(S):

Avez-vous déjà **Voyagé** et/ou **Vécu** en région(s) « Est » ou « Sud » du Monde ? oui / non
 Si Oui, merci de renseigner le tableau ci-dessous (cochez et précisez) :

Région(s) Sud et Est du Monde	Préciser +++ Pays ou Territoire(s)	Durée cumulée totale (1 réponse par région du monde)
<input type="checkbox"/> Europe de l'Est <input type="checkbox"/> Russie		... jours / ... mois/ ...an(s)
<input type="checkbox"/> Sous-Continent Indien <input type="checkbox"/> Océan Indien (hors DOM)	<input type="checkbox"/> Inde <input type="checkbox"/> Pakistan <input type="checkbox"/> Népal <input type="checkbox"/> Sri Lanka <input type="checkbox"/> Maurice <input type="checkbox"/> Madagascar <input type="checkbox"/> Comores	... jours / ... mois/ ...an(s)
<input type="checkbox"/> Afrique du Nord <input type="checkbox"/> Proche et Moyen-Orient		... jours / ... mois/ ...an(s)
<input type="checkbox"/> Afrique Sub-Saharienne : <input type="checkbox"/> de l'Ouest <input type="checkbox"/> Centrale <input type="checkbox"/> de l'Est <input type="checkbox"/> Australe (Sud)		... jours / ... mois/ ...an(s)
<input type="checkbox"/> DOM-TOM <input type="checkbox"/> Antilles autres		... jours / ... mois/ ...an(s)
<input type="checkbox"/> Amérique Latine (hors DOM)		... jours / ... mois/ ...an(s)
<input type="checkbox"/> Asie: <input type="checkbox"/> Sud-Est <input type="checkbox"/> Centre <input type="checkbox"/> Pacifique (hors TOM)		... jours / ... mois/ ...an(s)

4- ETAT DE SANTE

Avez-vous de la FIEVRE en ce moment ?oui / non

Pour les femmes : êtes-vous ENCEINTE ?oui / non

a) Antécédents Médicaux Personnels = Important (entourer : préciser...):

Episode de Jaunisse nouveau-né enfance adulte oui / non / ne sait pas

Hépatite virale (préciser : A / B / C / E ?) : oui / non / ne sait pas

Maladie du Thymus / Thymectomie/ Myasthénie : oui / non / ne sait pas

Déficit immunitaire : Séro HIV+ / Transplanté : oui / non / ne sait pas

Cancer : oui / non / ne sait pas

Diabète : oui / non / ne sait pas

Maladie rénale : oui / non / ne sait pas

Maladie(s) du Coeur / Artérite / Hypertension Artérielle : oui / non / ne sait pas

Phlébite / Embolie Pulmonaire : oui / non / ne sait pas

Sclérose en plaques / Maladies. Neuro (ex.Epilepsie) : oui / non / ne sait pas

Anxiété/ Insomnie rebelle / Dépression / Pb Psy : oui / non / ne sait pas

Rhumatismes inflammatoires (hors arthrose) : oui / non / ne sait pas

Autres , préciser :oui / non / ne sait pas

b. ImmunoSupresseur(s) ? antécédent(s) en cours oui / non / ne sait pas

Corticoïdes Méthotrexate Anti-TNFa (Rémicade, Enbrel, Humira,..) Chimio

Si oui, préciser Nom, dose, dates début/fin :

c) Traitement Médical en cours (préciser Tous les médicaments (contraceptifs compris) :

.....

d) **Antécédents Familiaux notables:** si oui Précisez, (notamment Sclérose en plaques) :

e) **Avez-vous un antécédent d'Allergie ? (entourer les mentions utiles)**

-à l'Oeuf : oui / non / ne sait pas
-Asthme : oui / non / ne sait pas
-Rhino-conjunctivite / Urticaire / Œdème Quincke / Choc allergique oui / non / ne sait pas
 Allergie : Médicaments Aliment(s) Autre(s) oui / non / ne sait pas

Si oui, précisez à quoi :

f) **Pensez-vous avoir déjà été vacciné contre l'hépatite A (voyage) ?** oui / non / ne sait pas
(différent du vaccin hépatite B +++). Si possible, précisez: Havrix Avaxim Vaqta Twinrix

5- QUIZZ PERCEPTION DES RISQUES : (entourer votre choix)

Pour vous, quel est LE principal risque lié à votre voyage ? Diarrhée / Paludisme / Insécurité
Quel(s) mode(s) de transmission pour le paludisme ? Hygiène / Moustique / Sol / Plie
Quel est LE mode de transmission de l'Hépatite A ? Péril fécal et alimentaire / Sexuel / Salivaire / Transfusion

Les réponses à ce questionnaire sont exclusivement destinées à des fins médicales et de recherche. Certaines informations codées peuvent faire l'objet d'une exploitation statistique anonyme. Vous disposez d'un droit d'accès qui s'exerce auprès du médecin chef de service. **signature patient :**

à remplir par le MEDECIN +++ :

VACCINS (ou IMMUNISATION) A JOUR CONTRE :

Tétanos : oui / non / ne sait pas
Polio : oui / non / ne sait pas
Hépatite B : oui / non / ne sait pas
Fièvre jaune : ...Date dernier : /...../..... oui / non / ne sait pas
Hépatite A : ...Date dernier : /...../..... (inj 1 / 2/ Naturel) oui / non / ne sait pas
Typhoïde :Date dernier : /...../..... oui / non / ne sait pas
Méningite A+C : oui / non / ne sait pas
Méningite A+C+Y+W135 : oui / non / ne sait pas
Rougeole : ...Date dernier : /...../..... (inj 1 / 2/ Naturel).....oui / non / ne sait pas
Autres, précisez : Grippe / Rage / Encéphalite Japonaise /.....

Pour les jeunes enfants :

BCG : oui / non / ne sait pas
Pneumo enfant :oui / non / ne sait pas

NOTE MEDICALE :

Doit réfléchir pour (cochez) : DTP VHA TYPH PJ AC/YW135 RAG EJ Autre:.....

Refus patient malgré conseil médical (cochez + signature patient) : Hépatite A :

Typhoïde : Fièvre Jaune : Méningo : Rage :

Encéphalite Japonaise : Tétanos-Polio : Antipaludique :

.....

.....

.....

.....

.....

VACCIN	Date	N° de lot	Primo-vaccin	
Fièvre jaune			Oui	Non

VACCIN	1 ^{ère} Injection	2 ^{ème} Injection	3 ^{ème} Injection	Rappels
DTP + Coq				
Hépatite B				
Hép. A+B				

VACCIN	1 ^{ère} injection – J0	2 ^{ème} injection –	Rappels
Hép A adulte			
Hép A enf.			
Hép.A+Typh			

VACCIN	1 ^{ère} injection – J0	Rappels
Typhoïde		
Méningo A+C		
Méningo A+C+Y+W135		

VACCIN	1 ^{ère} injection	2 ^{ème} injection	3 ^{ème} injection	Rappels
Antirabique				
Enc. à tiques				
Enc. japonaise				
Autre(s)				

Chimio-prophylaxie	<input type="checkbox"/> Malarone	<input type="checkbox"/> Doxypalu	<input type="checkbox"/> Lariam	<input type="checkbox"/> Savarine
	<input type="checkbox"/> Nivaquine+Paludrine	<input type="checkbox"/> Nivaquine	<input type="checkbox"/> Aucune	

Traitement De réserve-	<input type="checkbox"/> Aucun –
	<input type="checkbox"/> Malarone <input type="checkbox"/> Coartem / Riamet <input type="checkbox"/> Quinine –

Protection antivectorielle	<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Répulsif cutané	<input type="checkbox"/> Répulsif vêtement
	<input type="checkbox"/> Moustiquaire	<input type="checkbox"/> Climatisation	

Dates				
Cachet du Médecin				

TABLES DES MATIÈRES

DÉDICACE.....	5
REMERCIEMENTS.....	6
SOMMAIRE	8
SIGLES ET ABBREVIATIONS	11
LISTES DES FIGURES	13
LISTES DES TABLEAUX.....	13
INTRODUCTION GÉNÉRALE	14
ANTHROPOLOGIE DES RISQUES LIÉS À LA MIGRATION ET AUX VOYAGES.....	19
<i>État de santé des migrants dans la littérature française</i>	<i>19</i>
<i>Exposition à des maladies avant la migration.....</i>	<i>23</i>
<i>Les conditions de vie dans le pays d'accueil à l'origine de risques sanitaires spécifiques chez les migrants.....</i>	<i>29</i>
<i>Exposition à des maladies lors du voyage dans le pays d'origine</i>	<i>30</i>
SITUATION DU PALUDISME EN FRANCE	35
<i>La surveillance et le risque de réémergence en France ?</i>	<i>37</i>
<i>La situation à Bordeaux.....</i>	<i>43</i>
Service Santé-voyage	43
Service des maladies infectieuses et tropicales (SMIT)	47
PROBLÉMATISATION DE LA RECHERCHE	50
CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL	58
<i>L'approche ethnologique ou culturelle de Mary Douglas sur le risque.....</i>	<i>58</i>
<i>Le Health Belief Model (HBM).....</i>	<i>63</i>
<i>Cadrage conceptuel : éléments de définition du risque et conceptualisation de l'hypothèse générale</i>	<i>64</i>
STRUCTURATION DE LA THÈSE	69
CHAPITRE 1 : Méthodologie et présentation du contexte de l'étude	71
Introduction	71

1.1. INTÉGRATION DE L'ANTHROPOLOGUE AU SEIN D'UNE STRUCTURE SANITAIRE : SANTÉ-VOYAGE ET LE SMIT	72
1.2. STRATÉGIES D'ENQUÊTE À L'EXTÉRIEUR DES STRUCTURES HOSPITALIÈRES.....	75
1.2.1. <i>L'approche identitaire.....</i>	75
1.2.2. <i>La stratégie du « faux patient »</i>	78
1.3. MÉTHODES ET TECHNIQUES MOBILISÉES.....	80
1.3.1. <i>L'entretien semi-directif.....</i>	80
1.3.2. <i>L'observation directe</i>	82
1.3.3. <i>La méthode d'analyse</i>	83
1.4. PRÉSENTATION DES ENQUÊTÉS	83
1.4.1. <i>Les voyageurs migrants originaires des pays d'Afrique subsaharienne de Bordeaux.....</i>	83
1.4.2. <i>Les patients hospitalisés pour un paludisme.....</i>	86
1.4.3. <i>Les acteurs de santé</i>	87
Conclusion.....	87
CHAPITRE 2 : Situations lors du retour temporaire au pays d'origine.....	89
Introduction	89
2.1. LA MIGRATION ASSOCIÉE À LA RÉUSSITE.....	90
2.2. LES ATTENTES DE LA FAMILLE NON-MIGRANTE	93
2.2.1. <i>L'envoi des fonds à la famille non-migrante.....</i>	93
2.2.2. <i>Des coûts supplémentaires qui s'ajoutent aux envois déjà réalisés.....</i>	96
2.3. LA NÉCESSITÉ DE SE PRÉPARER POUR AVOIR LES MOYENS DE FAIRE FACE AUX DEMANDES	99
2.4. L'AMBIVALENCE AUTOUR DE LA « TOUBABISATION ».....	101
2.5. LA PLACE DE LA SANTÉ DANS LES INTERACTIONS AVEC LA FAMILLE	108
2.6. PLACE DES PRÉOCCUPATIONS DE SANTÉ LORS DU RETOUR TEMPORAIRE	110
2.6.1. <i>Les différentes préoccupations lors des préparatifs du retour temporaire</i>	112
2.6.2. <i>La prévention du risque palustre lors du retour temporaire</i>	116
2.7. DES STRATÉGIES D'ÉVITEMENT DU RISQUE PALUSTRE : SAISONNALITÉ ET RÉSIDENCE.....	121
2.7.1. <i>Choix des dates en fonction de la saisonnalité</i>	121
2.7.2. <i>Partir le moins longtemps possible pour réduire le risque palustre.....</i>	122
2.7.3. <i>Choix des lieux de résidence</i>	124

Conclusion.....	126
CHAPITRE 3 : Voyageurs migrants face à la prévention du risque palustre :	
connaissances, perceptions et recours	127
Introduction	127
3.1. Construits sociaux autour du risque palustre et/ou du paludisme	128
3.1.1. CONNAISSANCES GÉNÉRALES SUR LE PALUDISME.....	129
3.1.1.1. <i>Connaissances en matière de prévention contre le paludisme</i>	<i>129</i>
3.1.1.2. <i>Évolution des connaissances et politiques de lutte contre le paludisme</i>	<i>130</i>
3.1.1.2. <i>Pour prévenir le risque palustre, « il faut dormir sous une moustiquaire »....</i>	<i>131</i>
3.1.2. LES CONNAISSANCES SUR L'ÉTIOLOGIE DU PALUDISME	140
3.1.3. CRISTALLISATION DES REPRÉSENTATIONS SOCIALES DU PALUDISME EN	
CONTEXTE DE MIGRATION	145
3.2. Les perceptions du risque palustre	147
3.2.1. « BANALISATION ET/OU MINIMISATION DU RISQUE PALUSTRE	147
3.2.2. LA QUOTIDIENNETÉ DU RISQUE PALUSTRE.....	152
3.2.3. LA PERCEPTION FATALISTE DU RISQUE PALUSTRE	154
3.3. Conceptions de la prévention du risque de paludisme.....	155
3.4. Les barrières à l'utilisation de la chimioprophylaxie : le frein économique et le	
rapport différencié au médicament	158
3.4.1. LE FACTEUR ÉCONOMIQUE	158
3.4.2. LE RAPPORT AU MÉDICAMENT.....	165
3.5. Les limites des stratégies préventives	169
Conclusion.....	175
CHAPITRE 4 : L'expérience du paludisme grave comme événement significatif dans le	
recours à la prévention du risque palustre	177
Introduction	177
4.1. Les expériences du paludisme	177
4.1.1. L'EXPÉRIENCE INDIVIDUELLE ET CORPORELLE	178
4.1.2. L'EXPÉRIENCE À TRAVERS LES AUTRES	178

4.2. Les temporalités de l'expérience vécue et perçue du paludisme.....	179
4.2.1. ÉVALUER, DÉFINIR ET APPRÉCIER LA GRAVITÉ DU PALUDISME	180
4.2.2. L'EXPÉRIENCE PASSÉE DU PALUDISME	181
4.2.2.1. <i>L'expérience de Jules</i>	<i>182</i>
4.2.2.2. <i>Lorsque les relais familiaux réduisent la perception de la gravité du paludisme dans le pays d'origine.....</i>	<i>185</i>
4.2.2.3. <i>Consolidation du corps grâce à l'expérience du paludisme.....</i>	<i>187</i>
4.2.2.4. <i>Accès palustre comme moyen de réadaptation.....</i>	<i>190</i>
4.2.2.5. <i>Le sentiment d'invulnérabilité</i>	<i>194</i>
4.2.2.6. <i>Une « impression africaine » d'une immunisation contre le paludisme</i>	<i>195</i>
4.2.3. EXPÉRIENCE DU PALUDISME EN FRANCE	198
4.2.3.1. <i>« Je n'imaginai pas avoir un paludisme en France »</i>	<i>198</i>
4.2.3.2. <i>« Quand j'ai été hospitalisée pour le paludisme, je me suis dit : c'est grave »</i>	<i>199</i>
4.2.3.3. <i>Rapport à l'hôpital et représentation de l'hospitalisation</i>	<i>200</i>
4.3. Des comportements ambivalents.....	202
4.3.1. L'EXPÉRIENCE COMME MOTEUR DE CHANGEMENT DE COMPORTEMENTS PRÉVENTIFS	202
4.3.1.1. <i>« Avec mon expérience ici, j'ai plus peur du paludisme et j'accepterai n'importe quel moyen de prévention ».....</i>	<i>202</i>
4.3.1.2. <i>« Je respecterai les mesures préventives et je conseillerai aux autres de faire pareil »</i>	<i>205</i>
4.3.1.3. <i>Se (ré)investir et être ambassadeur de la prévention auprès des autres voyageurs</i>	<i>205</i>
4.4. Quand l'expérience des parents fait de la prévention du risque de paludisme pédiatrique une priorité.....	208
4.4.1. LORSQUE LE FAIT D'ÊTRE PARENT ENCOURAGE LE RECOURS À LA PRÉVENTION DU PALUDISME	209
4.4.2. LES PARENTS ACCEPTENT SURTOUT D'ACHETER LA CHIMIOPROPHYLAXIE QUE POUR LEURS ENFANTS	211
4.4.3. FAMILLE MIXTE ET RECOURS À LA PRÉVENTION	216
Conclusion.....	219

CHAPITRE 5 : Acteurs de santé : rôle et mobilisation dans la prévention et la prise en charge du paludisme	220
Introduction	220
5.1. Rôle et place du médecin généraliste dans le système de soin	221
5.2. Médecine générale dans la prévention et la prise en charge du paludisme	225
5.2.1. LES DIFFICULTÉS DU MÉDECIN TRAITANT DANS LA PRÉVENTION DU PALUDISME D'IMPORTATION	225
5.2.2. PARCOURS DE PRISE EN CHARGE EN CAS D'IMPORTATION DU PALUDISME	231
5.2.2.1. <i>Reconnaître et interpréter une « fièvre du retour » comme un paludisme.....</i>	<i>232</i>
5.2.2.1.1. Cas 1 : Absence d'association des symptômes de « fièvre du retour » et de mal de tête à un accès palustre	235
5.2.2.1.2. Cas 2 : Interprétation de la « fièvre du retour » comme symptôme d'une autre maladie déjà expérimentée	238
5.2.2.1.3. Cas 3 : Assimilation de la « fièvre du retour » à la grippe	240
5.2.3. QUELQUES FACTEURS EXPLICATIFS	243
5.2.3.1. <i>La formation et le défaut d'information.....</i>	<i>243</i>
5.2.3.2. <i>Le manque de temps.....</i>	<i>248</i>
5.2.3.3. <i>Les médecins généralistes reçoivent peu de cas de paludisme ?</i>	<i>249</i>
5.2.3.4. <i>L'inconstance de la fièvre : symptôme ou manifestation trompeurs</i>	<i>253</i>
5.3. Le retard de diagnostic et thérapeutique	254
5.3.1. LORSQUE LA CONSULTATION INITIALE EN MÉDECINE GÉNÉRALE APPARAÎT COMME UN DES FACTEURS RALENTISSANT LA PRISE EN CHARGE	254
5.3.2. L'AUTOMÉDICATION COMME FACTEUR QUI RETARDE LE DIAGNOSTIC ET LA PRISE EN CHARGE	258
5.4. Le Pharmacien d'officine : quelle place dans la lutte contre le paludisme d'importation ?	261
5.4.1. « LE CONSEIL AUX VOYAGEURS SUR LES MALADIES TROPICALES N'EST PAS UNE ACTIVITÉ QUOTIDIENNE »	264
5.4.2. CONSEIL ET INFORMATION ASSOCIÉS À L'ORDONNANCE	264
5.4.3. QUAND LE PHARMACIEN D'OFFICINE CONSEILLE SPONTANÉMENT D'AUTRES PRODUITS COMPLÉMENTAIRES	266

5.4.4. SUBSTITUTION DE PRODUITS PRESCRITS PAR LE MÉDECIN.....	268
Conclusion.....	272
CONCLUSION GÉNÉRALE	274
ARBITRER ENTRE RISQUES IDENTITAIRE ET PALUSTRE.....	274
LA MÉDICALISATION DE LA PRÉVENTION EN QUESTION ?	276
LE PALUDISME : UNE MALADIE DIFFICILE À DIAGNOSTIQUER EN MÉDECINE DE VILLE ..	277
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	280
Annexe 1 : Présentation du quartier Saige	316
Annexe 2 : Description des enquêtés	318
Annexe 3 : Fiche d'informations voyageurs à Santé-Voyage sur le paludisme	324
Annexe 4 : Questionnaire Santé-Voyage destiné aux voyageurs	325
TABLES DES MATIÈRES	329